



P-583 - EVENTRACIONES LATERALES NO ASOCIADAS A DEFECTOS MEDIALES. ANÁLISIS DE UNA SERIE PROSPECTIVA DE 36 PACIENTES

Trébol López, Jacobo; Sánchez Casado, Ana; García Plaza, Asunción; González Muñoz, Ignacio; González Sánchez, M Carmen; Franch Arcas, Guzmán; Blanco Antona, Francisco

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Objetivos: Desde 2018 concentraremos las eventraciones, especialmente las complejas, en un grupo de cirujanos que ampliamos nuestra formación en pared abdominal. Se presentan nuestros resultados en 36 pacientes con defectos exclusivamente laterales (tipo L EHS, no asociados a mediales). Abogamos por implantar prótesis *sublay* (retromuscular o preperitoneal) y por grandes refuerzos (más a mayor tamaño del defecto y/o denervación asociada), ampliando la disección hasta límites óseos frecuentemente e incluso al lado contrario en grandes defectos próximos al recto o con denervación asociada.

Métodos: Estudio prospectivo de pacientes intervenidos desde agosto de 2018 hasta marzo de 2025 basado en el registro EVEREG.

Resultados: 22 varones y 14 mujeres con edad media 68,08 años (45-93) e IMC medio 30,04 kg/m² (21,9-40,4, 18 #1 30 kg/m²). Comorbilidades: 16/36 HTA, 15/36 antecedentes oncológicos, 11/36 DM-2, 9/36 cardiopatía, 9/36 neumopatía, 8/36 nefropatía, 4/36 fumadores (12 ex), 15/36 otros factores de riesgo. Clasificación ASA: 17 II, 16 III y 3 IV. Características hernias: 2 L1, 11 L2, 11 L3, 7 L4, 1 L1-2, 2 L2-3, 1 L2+L4, 1 L1-2-3. Área media defecto/s 47,22 cm² (4-480), anchura y longitud medias 6,39 cm (2-15) y 6,39 cm (2-12); 5 W3 (#1 10 cm) y 26 W2. 6 paraostomales, 3 de trócar y 5 recidivadas (4 con prótesis previa). 1 bótox previo. Reparación: 5 urgentes, 31 programadas. Clasificación CDC: 29 I, 6 II, 1 III. 22 cirugía abierta, 6 laparoscopia, 8 robóticas. 6 asocian suturas/reparaciones intestinales. 18 asocian separación de componentes tipo TAR. Uso sistemático de malla, en 5 reparaciones dos (4 TAR con dudosa integridad peritoneal, 1 técnica sándwich por denervación). Posición malla principal: 19 retromuscular, 14 preperitoneal, 1 intraperitoneal, 1 supraponeuróticas y 1 intermuscular. Cierre completo defecto 86,1% (31/36), subtotal 5/36. *Overlap* mínimo medio malla soporte 8,8 cm (3-20) y tamaño medio malla soporte 644,72 cm² (36-2.475). 19 con procedimientos asociados destacando 5 adhesiolisis, 2 colectomías y una reconstrucción de Hartmann. 2 lesiones de intestino delgado intraoperatorias. Durante el ingreso 6 pacientes (16,67%) presentan 10 complicaciones, 6 grado I, 2 II, 1 III y 1 IV (UCI por complicación general). Las más frecuentes son: íleo (3), generales (2), infección de herida (ISQ) superficial (2) y seroma (1). 2 reintervenciones, 1 por perforación intestinal (caso de cirugía urgente) y 1 por hematoma superficial. 0 *exitus*. Estancia media 5,13 días (1-26, moda 2 y mediana 3,5). Al mes 9 complicaciones: 3 dolor, 2 hematomas, 1 seroma, 1 ISQ superficial tardía, 1 general y 1 recidiva interparietal (fallo plano posterior, resuelto mediante IPOM). A largo plazo: 1 *bulging* a 6 meses que al año se convirtió en recidiva, 2 dolores a 6 meses (1 se mantuvo al año y dos años). 2 recidivas (5,55%), 1 interparietal reparada y otra en paciente con IMC 37, trasplantado renal, con corticoides e inmunosupresores oligosintomática.

Conclusiones: Las eventraciones laterales pueden ser con frecuencia complejas. Los refuerzos con *overlap* amplios ofrecen buenos resultados, destacando las bajas recidivas. Concentrar la patología nos ha permitido obtener resultados esperanzadores. Debemos mejorar en disminuir el número de complicaciones y aumentar la proporción de cirugía mínimamente invasiva.