



P-512 - RECIDIVA PRECOZ DE LA HERNIA INGUINAL: ¿MARCADOR DE FRACASO O LECCIÓN PARA EL PROGRESO?

Pérez Dionisio, Inés María¹; Cañas Orellana, Juan Miguel¹; Ramos Torres, Marta¹; Roldán Aviña, Juan Pastor²; Parra Membrives, Pablo¹

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital del S.A.S. El Tomillar (Complejo Hospitalario de Valme), Dos Hermanas.

Resumen

Introducción: La recidiva de la hernia inguinal puede utilizarse como marcador de calidad de una Unidad de Cirugía General, siendo la reparación herniaria una intervención con baja tasa de complicaciones de manera habitual. En el caso de las recidivas precoces, clásicamente se han achacado a errores técnicos o a reparaciones inadecuadas, siendo muy útiles para valorar la calidad técnica de un equipo.

Objetivos: Comparar las recidivas precoces (< 24 meses tras la cirugía primaria) de hernias inguinales intervenidas vía abierta y laparoscópica y la relación de la recidiva con la técnica realizada y los factores de riesgo predisponentes del paciente.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de muestras relacionadas, basado en información recogida en la base de datos asistencial DIRAYA. Población de 163 pacientes varones mayores de 14 años intervenidos de hernia inguinal recidivada unilateral entre los años 2014-2023, entre los que seleccionamos 24 pacientes que cumplen además la condición de recidiva en los primeros 24 meses posoperatorios.

Resultados: De nuestra población inicial de 163 pacientes, seleccionamos a los 24 de ellos que sufrieron una recidiva herniaria inguinal en los primeros 24 meses tras la cirugía primaria, lo que comportó una tasa de recidivas precoces del 14,8%. En el caso del 16,66% de los pacientes presentaron una segunda recidiva posterior a la valorada en este estudio. Solo 1 de los pacientes que sufrieron una recidiva precoz fue intervenido por un cirujano residente. El 66,7% de estos pacientes sufría sobrepeso/obesidad, con solo un 33,3% de pacientes con normopeso con recidivas precoces. El 29,16% de los pacientes eran fumadores y el 37,5% exfumadores. Un 8,33% presentaban diagnóstico de EPOC/SAOS en algún grado. Solo 1 (4,16%) paciente era diabético. El 62,5% de estos pacientes presentó un ASA superior a ASA II. Con respecto a la lateralidad no hubo diferencias entre hernias izquierdas o derechas. Con respecto al total de intervenidos el 58,3% recidivó tras una cirugía primaria abierta, con solo el 41,7% recidivadas tras cirugía laparoscópica. La técnica que más frecuentemente recidivó respecto a todas las valoradas, abiertas o mínimamente invasivas, fue el Lichtenstein con un 25%, seguido del Plug. En el 12,5% de los casos se retiró la malla previa al intervenir la recidiva y solo un 4,2% presentaron complicaciones, ninguna de ellas superior a un Clavien-Dindo II. En el caso de las hernias primarias intervenidas vía abierta un 68,7% se reintervino vía abierta en la recidiva, mientras que el 100% de las intervenidas vía laparoscópica en la hernia primaria fueron intervenidas vía abierta en la recidiva. De toda la muestra, el 71,2% fue intervenida vía abierta en la recidiva, por lo que se encontraron diferencias significativas en el abordaje de la recidiva en comparación con la hernia primaria ($p < 0,001$).

Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad fueron factores de riesgo para recurrencias precoces en nuestra muestra. Las comorbilidades asociadas como el tabaco fueron factores de riesgo de recurrencia precoz. La mayoría de los pacientes reintervenidos por recurrencias precoces se realizaron por técnicas abiertas, siendo el Lichtenstein la más utilizada.