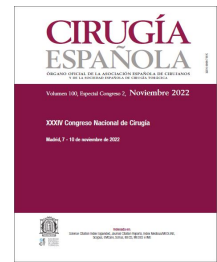




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



OR-077 - RESULTADOS DE 121 EVENTROPLASTIAS CON IMPORTANTE REPRESENTACIÓN DE CASOS DE COMPLEJIDAD MODERADA-MAYOR. LA IMPORTANCIA DE CONCENTRAR LA PATOLOGÍA

Trébol, Jacobo; Sánchez Casado, Ana Belén; García Plaza, Asunción; González Muñoz, Ignacio; Muñoz Bellvís, Luis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Objetivos: Desde 2018 se han concentrado las eventraciones, especialmente las complejas, en 4 cirujanos que han ampliado su formación, como paso previo a crear una unidad especializada. Se presentan los resultados de 121 pacientes.

Métodos: Abogamos por implantar prótesis sublay (retromuscular o preperitoneal) y se han introducido la toxina botulínica y el TAR. Estudio prospectivo basado en el registro EVEREG. Comparamos nuestros resultados con los estándares de acreditación.

Resultados: 55 varones y 66 mujeres con edad media 65,36 años (35-93) e IMC medio 30,08 kg/m² (18,7-47,5, 67 ≥ 30 kg/m²). Comorbilidades: 19,5% DM-2, 48% HTA, 13% cardiopatía, 18% neumopatía, 7,3% nefropatía, 23,6% antecedentes oncológicos, 17,9% fumadores, 57,7% otros factores de riesgo. 95,1% ASA II/III. Características hernias: 101 mediales, 10 laterales y 10 combinadas. Área media defecto/s 82,42 cm² (2-480), anchura y longitud media 6,98 cm (2-20) y 9,38cm (1-30); 22 W3 (≥ 10 cm) y 82 W2. 4 paraostomales y 30 recidivadas (27 con prótesis). 4 administración previa toxina botulínica. Reparación: 115 electivas. Clasificación CDC: 86% I, 10,7% II, 2,5% III y 0,8% IV. 91,7% cirugía abierta, 8,3% mínimamente invasiva. 8,3% asocian suturas/reparaciones intestinales. 24 separaciones de componentes (19,8%), 6 anteriores y 18 TAR. Uso sistemático de malla, en 19 reparaciones dos (casos seleccionados de TAR, separación anterior o técnicas sándwich en M1W3 o recidivas). Posición malla principal: 63 (52,1%) retromuscular, 45 (37,2%) preperitoneal, 8 (6,6%) intraperitoneal, 3 supraponeuróticas y 2 premusculares. Cierre completo defecto 89,3% (108). *Overlap* medio 8,2 cm (1-23). Tamaño medio mallas: profunda 469,57 cm² (35-2.250) y superficial 1.232,21 cm² (50-2.500). 56 procedimientos asociados destacando 14 dermolipectomías, 6 explantes protésicos (2 infectadas), 5 resecciones colorrectales, 4 reconstrucciones tránsito y 3 colecistectomías. 7 complicaciones intraoperatorias (5,8%): 1 sangrado parietal, 6 lesiones intestinales (5 deserosamientos, 1 perforación). Durante el ingreso 24 pacientes (19,8%) presentan complicaciones, 17 grado I, 4 II, 2 III y 1 IV (UCI por complicación general). Las más frecuentes son: íleo (7), generales (5), hematoma (5) y seroma (4). 2 infecciones de herida (ISQ, 1 profunda, 1 cavitaria) sin afectar malla. 3 reintervenciones (2,48%), 2 por causas no relacionadas con la reparación. 0 *exitus*. Estancia media 4,07 días (0-26, moda y mediana 3). Al mes 20 complicaciones, destacando seromas (9 tipo I, 3 II y 1 III), 3 ISQ superficiales diferidas, y 2

oclusiones (1 precisa cirugía). A largo plazo: 4 *bulging*, 3 seromas tardíos, 1 ISQ al año, 1 ISQ cronificada (probable implicación protésica). Dolor crónico: 5 a 6 meses y 3 a 24 meses, 1 resuelve con infiltraciones y otro espontáneamente. 6 recidivas (4,96%), 5 en borde malla, 1 en sitio original; 3 asintomáticas y 3 pendientes cirugía. 2 tenían infección protésica, 1 asociaba fístula enterocutánea, otra era de complejidad mayor (por factores de riesgo) y 2 de complejidad estándar.

Conclusiones: Concentrar la patología nos ha permitido obtener resultados comparables a los estándares de acreditación globales en una casuística con alta representación de la complejidad moderada-mayor. Destacan los resultados en ISQ, reintervenciones y recidivas. Debemos mejorar en disminuir el número de complicaciones y aumentar la cirugía mínimamente invasiva.