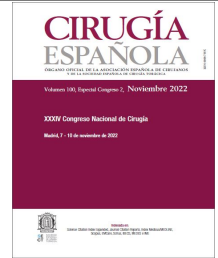




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-496 - ¿INFLUYE LA FIJACIÓN DE LA MALLA EN LA RECIDIVA DE LA HERNIA LAPAROSCÓPICA MEDIANTE LA TÉCNICA TAPP (*LAPAROSCOPIC TRANSABDOMINAL PREPERITONEAL*)?

Maderuelo García, Victoria María; Valentín-Gamazo González, Isabel; Castañera González, Ramón; Suero Rodríguez, Carleny; Aguado de Benito, Alicia; Salanova Rodríguez, Mariana; San José Santamarta, Henar; Louredo Méndez, Ángel

Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia.

### Resumen

**Introducción:** La hernioplastia laparoscópica tipo TAPP es una técnica aceptada cada vez en más hospitales por la evidencia científica descrita a su favor. Sin embargo, todavía no existe una técnica estándar y común para todos los centros y está por describir qué técnica de fijación de la malla y de cierre del peritoneo es mejor y supone un menor riesgo de recidiva herniaria.

**Métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo observacional de todos los pacientes intervenidos en nuestro centro de hernia inguinal bilateral mediante la técnica laparoscópica TAPP entre los meses de octubre de 2015 y diciembre de 2021. Se han recogido y analizado los datos de hospitalización y seguimiento en consultas externas de cirugía durante mínimo 1 año mediante el programa informático SPSS. Se describe en concreto el tipo de malla utilizado (poliéster vs. PVDF), el material mediante el cual se ha fijado la misma (*tacker* reabsorbible vs. cianocrilato) y la forma en la que se ha cerrado el *flap* de peritoneo (*tacker* reabsorbible vs. sutura barbada). En función de dichas técnicas, se evalúa el número de recidivas que han presentado cada una de ellas.

**Resultados:** Se han intervenido un total de 151 pacientes y 280 hernias inguinales. De las hernias intervenidas, el 23,5% fueron recidivas de hernioplastias anteriores y 77,5% primarias. 83,4% fueron hernioplastias inguinales bilaterales. El tiempo medio de intervención fue de 1 hora y 38 minutos (DE 28 min). Durante el seguimiento ambulatorio de los pacientes en el posoperatorio, 10 de ellos presentaron recidiva herniaria unilateral y 2 recidiva herniaria bilateral (5%). Según la malla utilizada, el 4,1% de las mallas PVDF presentó recidiva herniaria y el 7,9% de las mallas de poliéster, sin ser estos datos estadísticamente significativos. Según el material utilizado para la fijación, el 6,2% de los fijados con *tacker* presentó recidiva y únicamente el 1,4% del glubran, con un valor para  $p = 0,108$ , no estadísticamente significativo. Por último, según el cierre del *flap*, recidivaron el 2% de los cerrados con sutura barbada y 6,5% de *tackers* ( $p = 0,106$ ). De las hernias recidivadas eran todas primarias salvo 2 pacientes que eran recidivas de hernioplastias laparoscópicas, una fijada con *tackers* y la otra con glubran, sin obtener resultados significativos tampoco en este caso.

**Conclusiones:** En base a nuestros resultados no se puede concluir que la utilización de un tipo de malla, un tipo de fijación y de cierre sean más favorables que otro. Creemos que la heterogeneidad del tamaño muestral (hernias primarias y recidivadas, diferentes tamaños y tipos) así como el cirujano y el punto en la curva de aprendizaje en el que se encuentra contribuyen a la no obtención de diferencias estadísticamente

significativas. Por tanto, son necesarios estudios más minuciosos, emparejados aleatoriamente y de tipo prospectivo para conseguir unos resultados más robustos y estadísticamente significativos con los que se pueda concluir y hacer extensible los mismos a la población general.