



O-117 - EVALUACIÓN RADIOLÓGICA DEL EFECTO DE LA TOXINA BOTULÍNICA (TB) EN LA PREHABILITACIÓN DE LA PARED ABDOMINAL, ¿ES NECESARIO ASOCIAR ELECTROMIOGRAFÍA (EMG) A LA INFILTRACIÓN ECO-DIRIGIDA?

Quevedo Cruz, David; Nieto Sánchez, Marta; Guerrero Antolino, Pablo; Gutiérrez, Carmen; Serrano Molina, Alba María; Carreño Sáenz, Omar; Bueno Lledó, José; Pous Serrano, Salvador

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Aunque se trata de un procedimiento habitual en la prehabilitación de la pared abdominal en cirugía compleja no existe evidencia suficiente para recomendar la asociación de EMG a la infiltración.

Objetivos: Comparar la eficacia radiológica de inyectar TB eco-guiada por parte de cirugía o por neurofisiólogos asociando electromiografía. Evaluar las características clínicas, procedimientos, complicaciones y recidivas de la serie.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo y analítico. Se recolectaron los datos prospectivamente desde enero 2017 hasta febrero 2024 de todos los pacientes intervenidos por eventración abdominal compleja (W3 y/o Tanaka > 20%) que requirieron (TB) asociado o no a neumoperitoneo progresivo (NPP). Se excluyeron todos los pacientes en los que no se realizó tomografía computarizada de control post prehabilitación. El estudio de los datos se usó el programa estadístico IBM® SPSS® versión 25 realizando los test estadísticos pertinentes.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes. (38 hombres y 22 mujeres), con una edad media de $62 \pm 10,5$ años. Las comorbilidades más frecuentes fueron la obesidad (76,7% de los pacientes con un IMC medio de $29,5 \pm 6,6$ Kg/m²), HTA (56,7%) y diabetes (30%). El diámetro transverso medio del oficio herniario fue de $12,3 \pm 4,4$ cm, el diámetro craneocaudal fue de $13,9 \pm 5,8$ cm y el índice de Tanaka fue de $22 \pm 16\%$. El tiempo operatorio medio ha sido de 200 ± 77 min. El procedimiento más empleado fue la reparación retromuscular (60%). La complicación más común resultó ser la dehiscencia de la herida quirúrgica (26,7%) y la infección de herida quirúrgica (16,7%) que se asociaron de forma significativa al uso del NPP (p 0,011 y p 0,013 respectivamente). No se objetivó ninguna recidiva clínica durante el seguimiento, 11 [5,75-18] meses. 33 pacientes están dentro del grupo de la TB infiltrada por cirugía (grupo 1), mientras que los 27 más antiguos de la serie fueron infiltrado por neurofisiología con EMG asociada (grupo 2). Las medidas radiológicas utilizadas para valorar la quimio-denervación son la elongación muscular y la reducción del grosor de la musculatura lateral infiltrada. Dentro del grupo 1, la longitud media de la musculatura lateral antes de la TB ± NPP ha sido de $12,4 \pm 3,7$ cm y tras la prehabilitación ha sido de $15,3 \pm 5,2$ cm, (p 0,01). El grosor medio antes de la prehabilitación ha sido de $2,57 \pm 1,12$ cm, y tras la misma ha sido de $1,6 \pm 0,9$ cm, p 0,01. Dentro del grupo 2, la longitud media de la musculatura lateral antes de la TB ± NPP ha sido de $11,1 \pm 2,1$ cm y tras la prehabilitación ha sido de $15,2 \pm 2,2$ cm, (p 0,01). El grosor medio antes de la prehabilitación ha sido de $2,24 \pm 0,77$ cm, y tras la misma ha sido de $1,2 \pm 0,46$ cm, p 0,01.

Conclusiones: La infiltración eco-guiada de TB realizada por cirujanos especializados en cirugía de pared abdominal parece ser tan eficaz como la proporcionada por parte de neurofisiólogos con ecografía asociada a EMG.