



P-473 - BENEFICIOS DEL ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO EN LA REPARACIÓN DE LAS HERNIAS INGUINOESCROTALES: NUESTRA EXPERIENCIA

Riba Combatti, Luisana; Bravo Salva, Alejandro; Gimeno López, Marta; Navarro, Anna; Pérez Guitard, Marc; Juvany Gómez, Monserrat; Pereira, José Antonio

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: Las hernias inguinoescrotales representan entre un 2 y un 6% de las hernias inguinales en países de altos recursos económicos. Esta condición constituye un desafío quirúrgico debido a la mayor morbilidad y mortalidad asociadas, así como mayor complejidad, e incidencia de complicaciones en comparación con las hernias inguinales convencionales. Las últimas directrices de la Sociedad Europea de Hernia (EHS) proponen la realización de una reparación abierta, aunque también sugieren que se pueden emplearse técnicas mínimamente invasivas con seguridad en cirujanos experimentados.

Objetivos: Analizar los resultados de pacientes intervenidos de hernia inguinoescrotal, mediante abordaje mínimamente invasivo (laparoscópico o robótico), comparándolos con el abordaje abierto, en nuestro centro.

Métodos: Análisis retrospectivo de la base de datos prospectiva de la Unidad de Pared Abdominal de nuestro hospital universitario. Se incluyen hernias inguinoescrotales, intervenidas por abordaje abierto (grupo A) vs. abordaje mínimamente invasivo (Grupo MIS) desde enero 2021 hasta diciembre 2023. Se comparan datos demográficos, comorbilidades, características de la hernia y resultados al mes y al año posoperatorio.

Resultados: Se incluyeron 98 casos (10,5%) de las 932 hernias inguinales intervenidas durante el período de estudio, con un seguimiento medio de 13,91 (\pm 11,2) meses. De estos, 78 (79%) se intervinieron por vía abierta (grupo A) vs. 20 casos (21%) por vía mínimamente invasiva (Grupo MIS): 15 casos laparoscópicos y 5 casos robóticos. Se observó homogeneidad en cuanto a la demografía y comorbilidades en ambos grupos. En cuanto a características de la hernia, en el Grupo MIS un 80% fueron bilaterales en comparación con el 28% en el Grupo A ($p = 0,001$), un 35% recidivadas vs. 7,7% en el Grupo A ($p = 0,004$) y en un 40% se realizó una reparación de hernia ventral/incisional asociada vs. 6,4% en el Grupo A ($p = 0,001$). No hubo diferencias estadísticas en cuanto a complicaciones y tiempo quirúrgico entre ambos grupos. En el análisis de subgrupos de hernias bilaterales no había diferencias estadísticamente significativas excepto una reducción en la estancia hospitalaria en el Grupo MIS: 1,14 días (\pm 1,32) vs. 2,3 (\pm 2,1) ($p = 0,008$). En el subgrupo de recidivadas los resultados son homogéneos excepto mayor número de CMA en el Grupo A: 24 (38,7%) vs. 7 (19,4%); ($p = 0,038$). Por último, en el análisis de factores de riesgo, se relaciona el hematoma cuando la hernia es bilateral: OR 3,4; IC95% 1,05-11,1; $p = 0,036$ e irreductible: OR 3,8, IC95% 1,16-12,4; $p = 0,024$. El seroma se asoció con otras complicaciones del sitio quirúrgico OR 2,41, IC95% 1,5-3,7; ($p = 0,001$).

Conclusiones: El abordaje mínimamente invasivo puede ofrecer beneficios significativos en casos de hernia inguinoescrotal bilateral, o con hernia ventral asociada, sin conllevar un mayor tiempo quirúrgico. Los

resultados sugieren que la cirugía mínimamente invasiva puede ser una opción viable y efectiva para el tratamiento de esta patología compleja siempre y cuando sea realizada por cirujanos con especial dedicación a la cirugía de pared abdominal.