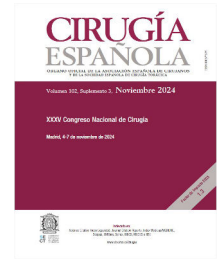




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-182 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TIPO DE CIERRE DE LA HERIDA PERINEAL EN LA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL EN NUESTRO CENTRO. INCIDENCIA DE HERNIA PERINEAL Y COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS ASOCIADAS

Cabanillas Vera, Gema; Ferrer Martínez, Alicia; Martínez Minuesa, Lucía Isabel; Sánchez Sánchez, Estefanía; Manuel Vázquez, Alba; Valle Rubio, Ainhoa; Jiménez Carneros, Virginia; Ramos Rodríguez, José Luis

Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Resumen

Introducción: La AAP como tratamiento del cáncer de recto puede plantear un reto para el cierre de la herida perineal, asociando morbilidad compleja. La incidencia de hernia perineal oscila entre el 2-30% según la literatura, relacionándose con tratamiento neoadyuvante, técnica de la AAP extraelevadora (ELAPE), reparación con malla biológica o cierre primario perineal. Este estudio valora la aparición de hernia perineal en los pacientes sometidos a ELAPE en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro de ELAPE desde enero 2017 a noviembre 2023.

Resultados: 46 ELAPE por cáncer de recto (45 pacientes) y enfermedad perineal grave en paciente con enfermedad de Crohn (1 paciente). Colocación del paciente: litotomía para tiempo abdominal y decúbito prono el tiempo perineal. 93,5% cirugía laparoscópica, 4,3% abierta y 2,2% conversión a abierta. Mediana de tiempo quirúrgico 6 horas [4-13]. Complicaciones posquirúrgicas: 17 pacientes (37%). Tipo: íleo paralítico (4 pacientes), complicaciones del estoma (3 pacientes) y colección perineal (1 paciente con cierre primario y 1 paciente con malla; no diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos; $p = 0,644$). Tipo de cierre del defecto perineal: malla 30 pacientes (65,2%), cierre primario 14 (30,4%) y colgajo musculocutáneo 1 (2,2%). Tipo de malla: doble componente (86,7%), polipropileno (3,3%), biológica (3,3%) y desconocido (6,7%). Tasa global dehiscencia cutánea 19,6% e infección herida perineal 15,2%. No diferencias estadísticamente significativas del cierre con malla perineal frente al primario en complicaciones posquirúrgicas ($p = 0,902$), dehiscencia cutánea ($p = 0,919$) e infección herida quirúrgica ($p = 0,626$). El tratamiento neoadyuvante tampoco aumentó de manera estadísticamente significativa la dehiscencia cutánea ($p = 0,362$) o infección herida quirúrgica ($p = 0,916$). Ningún paciente hernia perineal diagnosticada clínicamente. La mediana de seguimiento fue 40,33 meses.

Características demográficas (N = 46)		
	No.	%
Edad	72,5 [47-93]	
Sexo		
Hombre	33	71,7

Mujer	13	28,3
IMC	26,95 [15,34-41,14]	
Hábito tabáquico	17	37
Antecedentes personales		
Diabetes mellitus	6	19,6
Factores riesgo vascular	31	67,4
Cardiológicos	8	17,4
Respiratorio	10	21,7
Eventos vasculares mayores	4	8,7

Características anatomopatológicas (N = 46)		
	No.	%
Estadiaje prequirúrgico más prevalente		
IIIB	10	21,7
IVA	10	21,7
Metástasis sincrónicas	11	23,9
Hígado	5	10,9
Pulmón	2	4,3
Otras	4	8,7
Recidiva local (posintervención)	4	8,7
Tiempo desde cirugía a recidiva local (<i>mediana</i>)	15,9 meses [2,53-35,4]	
Recidiva metastásica	14	30,4
Tiempo desde cirugía a metástasis	120,4 meses [4,1-1.467,1]	

Tratamiento oncológico (N = 46)		
	No.	%
Tratamiento neoadyuvante	40	87,0
Quimioterapia (QT) y radioterapia (RT)	29	63,1
QT tratamiento único	7	15,2
RT tratamiento único	4	8,7

Conclusiones: Según la literatura, ELAPE aumenta la incidencia de hernia perineal por la escisión del músculo elevador del ano y tejido isquioanal. Factores como tratamiento neoadyuvante o complicaciones de herida quirúrgica -infección o dehiscencia- son predictores de la misma. No hay un consenso del tipo de malla o colgajo empleado en el cierre de la herida perineal, aunque hay consenso en superioridad de dichas técnicas con respecto al cierre primario.