



## 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 dehisencia 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.	%
<b>Edad</b>	72,5 [47-93]	
<b>Sexo</b>		
<b>Hombre</b>	33	71,7

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

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

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