



O-111 - ¿INCREMENTA LA MORBILIDAD LA SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES EN LA VÍA ROBÓTICA? ANÁLISIS COMPARATIVO E-TEP VS. E-TEP-TAR ROBÓTICO

Estébanez Peláez, Guillermo; Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota; González de Godos, Andrea; Bueno Cañones, Alejandro David; Sánchez González, Javier; Toledano Trincado, Miguel; Martín Esteban, María Luz; López Rodríguez, Beatriz

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción y objetivos: La cirugía de pared abdominal ha tenido una gran evolución en los últimos años. Actualmente, el *gold standard* es la colocación retromuscular de la malla (Rives). Además, la separación posterior de componentes (TAR) es una técnica demandante tanto en cirugía abierta como en mínimamente invasiva. La morbilidad asociada al TAR está demostrada en cirugía abierta, pero no hay estudios que comparen esta técnica frente al Rives en cirugía robótica. En este trabajo se pretende realizar un análisis comparativo de los resultados entre Rives (E-TEP y TARUP) y aquellos Rives que asocian TAR (uni o bilateral) en cirugía robótica.

Métodos: Se extrajeron los datos de una base de datos prospectiva de hernias de pared abdominal. La base de datos empleada fue Access (v14.accdb). De un total de 293 eventraciones, se seleccionaron 92 pacientes en los que se realizó E-TEP/TARUP, asociando o no TAR, por vía robótica. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la plataforma SPSS (versión 29.0.1.0).

Resultados: De los 92 pacientes, en 60 se realizó Rives robótico (49 E-TEP y 11 TARUP) y en 32 de ellos se asoció TAR (28 E-TEP + hemiTAR, 1 E-TEP + TAR bilateral, 1 TARUP + hemiTAR y 2 TARUP + TAR bilateral). Los dos grupos fueron homogéneos en cuanto a sexo, tipo de hernia (incisional o primaria), localización de la hernia (mediante la clasificación EHS), recidivadas o no, reductibilidad antes de la intervención y utilización de toxina botulínica previa. No presentaron homogeneidad en: ASA, mayor número de pacientes ASA III en los que se asoció TAR (14 vs. 11, $p = 0,01$); diámetro de la hernia, en las W3 1 Rives y 12 Rives+TAR ($p = 0,000$), con un diámetro medio transversal en los Rives de 4,80 cm (desviación 2,41), frente a 7,75 cm (desviación 2,92) en TAR ($p = 0,000$); y tamaño transversal de la malla, mayor en TAR (21 vs. 25,8 cm, $p = 0,023$). No hubo diferencias significativas durante la cirugía en: adhesiolisis intraoperatoria (28 Rives vs. 21 TAR), cierre de fascias tanto anterior (60 Rives vs. 31 TAR) como posterior (49 Rives vs. 25 TAR), material y fijación de la malla, colocación de drenaje y conversiones (no hubo). Tampoco hubo diferencias significativas en el posoperatorio: número de reintervenciones (1 Rives vs. 2 TAR), complicaciones posoperatorias (2 Rives y 3 TAR), estancia media en días (3,1 Rives vs. 3,3 TAR), dolor posoperatorio medido mediante la escala EVA ($EVA < 5$ en 55 Rives vs. 25 TAR), síntomas en las revisiones en consulta y recidivas (4 Rives vs. 0 TAR). El tiempo quirúrgico fue mayor en TAR (259 vs. 129 minutos), $p < 0,005$.

Conclusiones: El tamaño del defecto herniario es mayor en aquellos pacientes en los que se asocia TAR a la técnica de Rives robótica. Por ende, también es mayor el tamaño transversal de la malla que se coloca. El tiempo quirúrgico también es mayor en estos pacientes. Sin embargo, añadir este gesto quirúrgico en aquellos pacientes que lo necesiten por tamaño de la hernia no parece aumentar el número de complicaciones, dolor ni morbilidad cuando se realiza por cirugía robótica.