

COMUNICACIONES PÓSTERES

CP 01 Visión TEP de hernioplastia Onstep

Barrios-Carvajal María¹, Pou-Santonja Guillermo², Martí-Cuñat Elena³

¹Hospital de Llíria. Llíria. Valencia (España). ²Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia (España). ³Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)

Objetivos: Onstep es una técnica de hernioplastia inguinal que combina la colocación preperitoneal de la malla de la reparación laparoscópica con la incisión y la disección de la reparación abierta. nuestro objetivo fue observar mediante el uso de laparoscopia TEP la posición de la malla en el espacio preperitoneal tras la realización de hernioplastia inguinal mediante la técnica Onstep.

Métodos: Se realizó hernioplastia Onstep según la técnica estándar descrita por A. Lourenço y R. S. da Costa en 2013. La incisión a nivel de la intersección de dos líneas rectas superior y lateral al medio de la sínfisis púbica. La fascia de Scarpa fue disecada para exponer la superficie anterior de la aponeurosis oblicua externa. El espacio entre la aponeurosis oblicua externa y los tejidos subyacentes fueron disecados digitalmente. El cordón espermático se identificó y se disecó para elevarlo fuera de la herida. Un saco herniario indirecto se identificó, se disecó y su contenido se redujo de forma habitual. Apertura de la fascia transversalis y disección con compresión 30 × 30 cm del espacio preperitoneal. Retirada la compresión, se insertó la malla empujando oblicuamente hacia el espacio de Retzius debajo del hueso púbico. Las colas de la malla permanecieron fuera de la incisión. Se comprobó con los dedos que la malla estaba completamente desplegada y sin arrugas debajo del hueso púbico en el espacio de Retzius y se procedió al cierre de la incisión de forma habitual. Una vez finalizada la hernioplastia Onstep, se realizó una incisión infraumbilical transversa con disección y apertura de la fascia del músculo recto anterior para acceder, tras disección con trocar de balón, al espacio preperitoneal, y se procedió a realizar laparoscopia TEP para documentar la posición de la malla en el espacio de Retzius.

Resultados: Mediante la visión con laparoscopia se pudo corroborar la adecuada posición de la malla en el espacio de Retzius, que coincide con las representaciones gráficas presentadas en la descripción original de la técnica (figs. 1-3).

Conclusión: El procedimiento Onstep ofrece una alternativa valiosa a los procedimientos de Lichtenstein de vía anterior y de reparación de hernia inguinal laparoscópica.

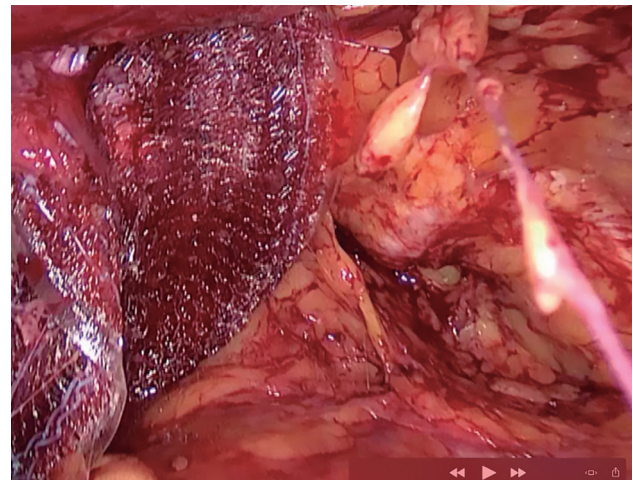


Figura 1.

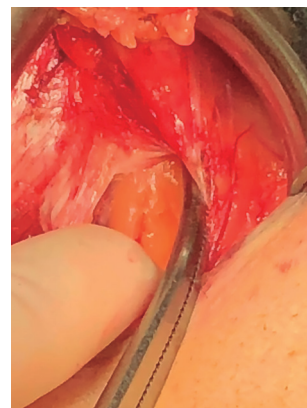


Figura 2.

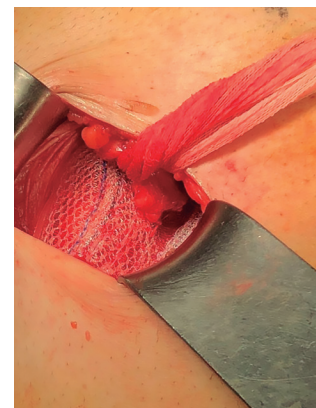


Figura 3.

CP 02 Tumoración inguinal gigante. ¿Tumor de partes blandas o hernia inguinal? Importancia de las pruebas de imagen

Trujillo Díaz Jeancarlos, Ruiz Soriano María, Montes Manrique Mario, Vázquez Fernández Andrea, Gómez Carmona Zahira, Ortiz de Solórzano Aurusa Javier, Merino Peñacoba Luis, Núñez del Barrio Henar, Blanco Antona Francisco, Beltrán de Heredia y Rentería Juan

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España)

Introducción: Las tumoraciones de la pared abdominal son un motivo frecuente de consulta. Generalmente la presentación clínica y la exploración nos permiten plantearnos una sospecha diagnóstica. Sin embargo, en algunas ocasiones llegar a un diagnóstico correcto puede ser más complejo, por lo que resulta fundamental la ayuda de pruebas de imagen, como la ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética.

Método: Paciente mujer de 74 años que consulta por tumoración en región inguinal de 10 años de evolución que ha ido aumentando de tamaño. La exploración revela en la zona inguinal derecha una tumoración que llega hasta labio mayor, dura, no móvil, no doloroso, no reductible, no aumenta con Valsalva. Dado la exploración física inespecífica se decide realizar TC que confirma una gran hernia inguinal con contenido graso y un asa de intestino delgado. Se interviene quirúrgicamente visualizándose una tumoración de consistencia dura de 10×20 cm por encima de la aponeurosis del oblicuo mayor, tras su apertura impresiona tratarse de una masa grasa adherida a un asa de intestino delgado que se separa y se reduce fácilmente, realizándose resección de la tumoración y hernioplastia inguinal según técnica de Lichtenstein. El posoperatorio fue satisfactorio. El estudio histológico confirmó tejido adiposo con abundante fibrosis e inflamación crónica con extensa necrosis grasa sin signos de malignidad.

Resultados y conclusiones: Las tumoraciones en la región inguinal son en su mayoría secundarias a una hernia inguinal (HI), son raros los casos que puedan tratarse de un tumor de partes blandas (TPB) como un lipoma o liposarcoma, una adenopatía inguinal o un absceso. La sintomatología y la exploración física nos ayudan a diferenciarlas. Las HI no complicadas suelen ser tumoraciones que aumentan con la bipedestación y Valsalva, y se reducen con cierta facilidad. Por el contrario, los TPB no suelen modificarse con maniobras de Valsalva, aumentan de tamaño con el tiempo y no son reductibles. Algunas veces ante tumoraciones grandes, como el caso presentado, suele ser difícil diferenciarlos solo con la exploración física, por lo que resultan fundamentales las pruebas de imagen, que nos permitirá llegar a un diagnóstico certero y plantear un manejo adecuado, en nuestro caso la TC fue fundamental (figs. 1 y 2).

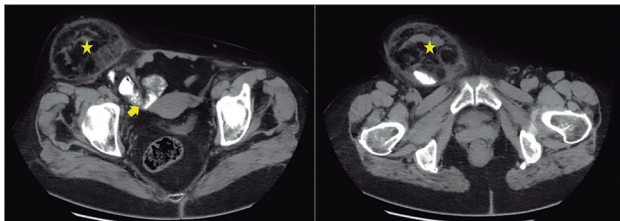


Figura 1.

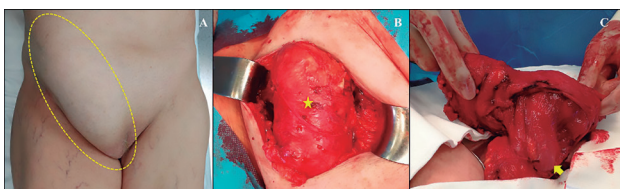


Figura 2.

CP 03 Tratamiento laparoendoscópico de la hernia inguinal. Colocación de la malla sin fijación

López-Mosquera Bayón Eusebio, Cabrera Pereira Ana, García Fernández Jonás, Sosa Rodríguez Valentina, Pérez Prudencio Elena, Arango Bravo Altea

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón (España)

Objetivos: Trasladar a nuestra actividad asistencial habitual las recomendaciones de The Hernia Surge Groupe, en su documento mundial de consenso, publicado en enero de 2018, y compartir con la comunidad quirúrgica nuestra experiencia.

Métodos: Se han analizado 17 pacientes consecutivos (enero-marzo 2018) con hernia inguinal a los que se les realizó una hernioplastia laparoendoscópica totalmente extraperitoneal (TEP). Se realizó disección con balón y se colocó en todos ellos una malla de polímero titanizado de 10×15 cm, sin fijación en absoluto. Anteriormente a estos casos solíamos utilizar un sistema de anclaje de nitinol (aleación de níquel y titanio) o adhesivo tisular.

Los pacientes eran todos hombres y 4 (23,5%) de las hernias eran bilaterales

Resultados: El 88,2% fueron dados de alta en régimen de CMA. No hubo complicaciones inmediatas o tempranas, ni dolor que justificase necesidad de analgésicos en la revisión mensual. El tiempo quirúrgico es similar y la acomodación de la malla en el espacio resulta satisfactoria

Conclusiones: Durante muchos años los cirujanos hemos considerado muy importante darle consistencia y solidez a la reparación de la hernia inguinal. Primero mediante suturas y más tarde en los años 60 del siglo pasado con la introducción de las prótesis. Las reparaciones con prótesis si bien se realizaban libres de tensión, aportaron serios problemas por la fijación de la malla, relacionados con el traumatismo tisular, las lesiones nerviosas por atrapamiento y el dolor crónico consecuente (10-12% de los 20 millones de pacientes operados anualmente en el mundo). La introducción en los años 80 de las técnicas laparoendoscópicas nos ha ayudado a ver que no necesitábamos de la solidez en la reparación ni de dar muchas suturas para fijar la malla.

La evidencia científica mundial demuestra que la fijación de la malla, en la reparación laparoendoscópica de la hernia inguinal es innecesaria.

CP 04 Infrecuente asociación de hernia inguinal y neoplasia maligna

Curado Soriano Antonio, Bascuas Rodrigo Beatriz, Naranjo Fernández Juan Ramón, Valera Sánchez Zoraida, Sánchez Moreno Laura, Pérez Huertas Rosario, Jurado Marchena Remedios, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Introducción: La incidencia de neoplasias en saco herniario es muy baja (0,07-0,5%). Lejars en 1889 clasificó el hallazgo en tres tipos: saculares, cuando el peritoneo del saco herniario está comprometido por lesiones malignas; intrasaculares, en neoplasias primarias de órganos inCárcerados en la hernia;

y extrasaculares, para tumores que protruyen por el orificio herniario sin afectar al saco. Objetivos: presentamos la rara asociación, de tipo sacular, entre hernia inguinal indirecta (L3P) y osteosarcoma extraesquelético, con la presencia de tumoración inguinal como única manifestación clínica.

Material y métodos: Varón de 74 años diagnosticado de hernia inguinal izquierda de cinco años de evolución con crecimiento significativo e inCárceración crónica en los últimos meses, motivo por el que se plantea cirugía. En el acto quirúrgico durante la disección y aislamiento del saco herniario, destaca la presencia de una nodulación polilobulada en el saco con áreas de aspecto óseo que engloban los vasos espermáticos conformando bloque sin posibilidad de preservar el testículo, realizándose extirpación en bloque con testículo de todo el saco herniario desde el orificio inguinal profundo. Reparación herniaria tipo Lichtenstein con malla progrid.

Resultados: El estudio anatomopatológico objetiva una formación nodular bien delimitada de 14 cm de tejido firme de aspecto óseo con amplias zonas de hemorragia. El tejido de aspecto tumoral no parece sobrepasar la cápsula. Adherido a esta formación se encuentra el testículo, sin alteraciones. Histológicamente, se corresponde con un osteosarcoma de alta grado de predominio osteoblástico con focos de necrosis. Posteriormente se realizó tratamiento quimioterápico por oncología tras estudio de extensión que objetivó adenopatías abdominales y metástasis pulmonares (figs 1-3).



Figura 1.

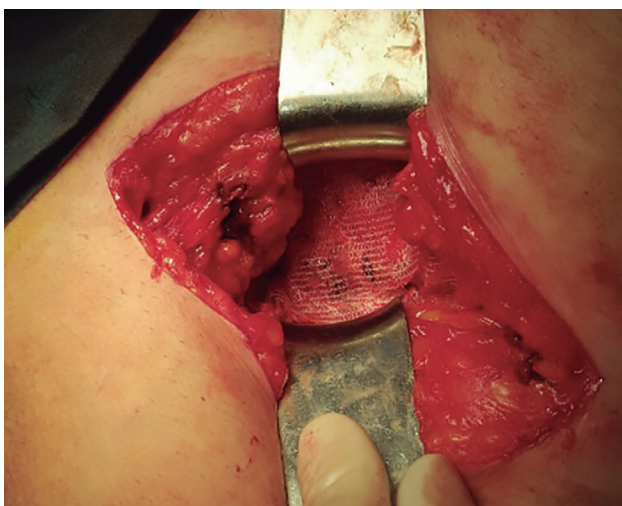


Figura 2.



Figura 3.

Conclusiones: Pese a la escasa frecuencia de estas neoplasias, debemos tenerlas presentes ante una hernia de larga evolución con inCárceración repentina, especialmente si el cuadro no se acompaña de signos de obstrucción ni dolor, siendo la presentación más frecuente como masa palpable asintomática de difícil reducción. Es necesario el estudio histológico de los sacos herniarios sospechosos macroscópicamente de malignidad.

CP 05 Complicación poshernioplastia Rutkow-Robbins

Almeida Sara, Pinto Bruno, Martins Rita, Rocha Ricardo, Calado José, Carneiro Carla, Nunes Vitor

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Amadora (Portugal)

Hombre de 65 años, con antecedentes de hernioplastia inguinal Rutkow-Robbins derecha. Se presentó al Servicio de Urgencia por tumefacción exudativa dolorosa en la región inguinal derecha con siete meses de evolución. Se realizó cosecha de material para histología (sin particularidades) y microbiología (se aislaron *E. coli*, MSSA y *P. mirabilis*, sensibles a Ciprofloxacino). Se hizo TC abdominal donde se identificó colección con 45 × 30 mm en la región inguinal derecha, en comunicación con la superficie cutánea y sin seguro plan de clivaje con segmento de colon. Operado, verificándose proceso inflamatorio entre el apéndice íleo-cecal y el plug herniario. Se procedió a apendicectomía por laparotomía mediana y extracción de prótesis por vía inguinal. Se optó por rafia de los planos peritoneales y aponeuróticos, dejándose el plan subcutáneo abierto, adaptándose un sistema de terapia de presión negativa. Posoperatorio sin incidencias (figs. 1-3).

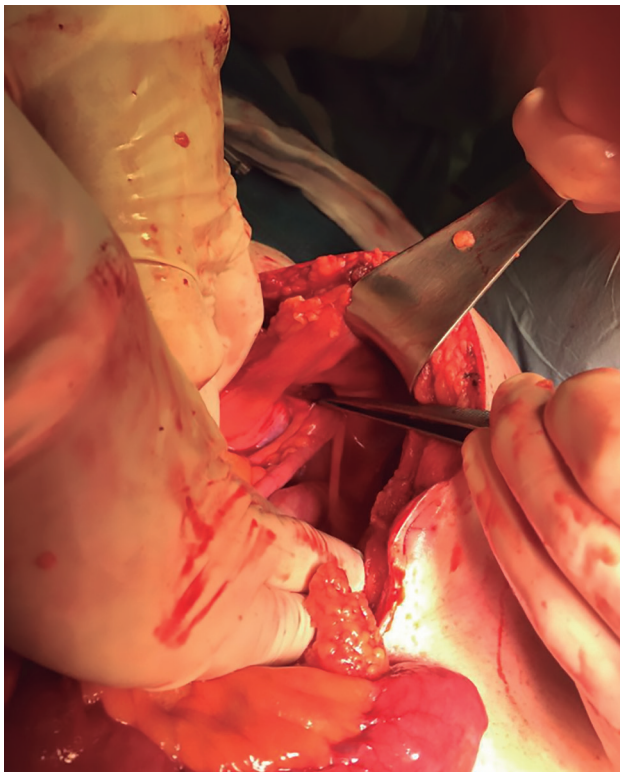


Figura 1.

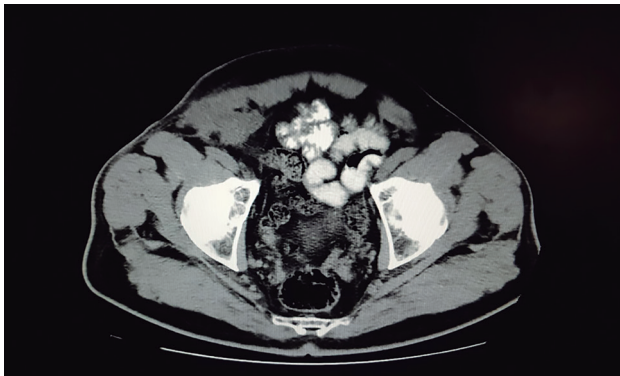


Figura 2.

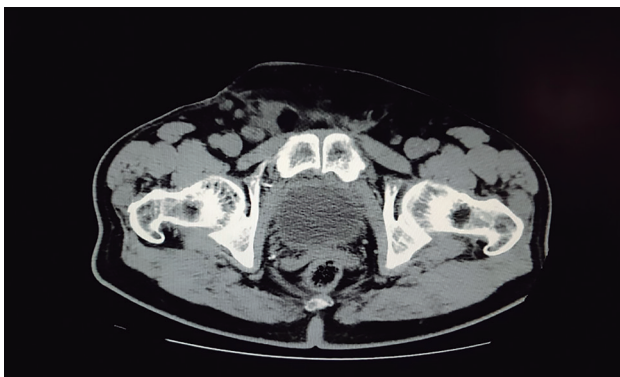


Figura 3.

CP 06 Cirugía programada de la hernia de Amyand en un hospital de alta resolución

Gutiérrez Moreno Marta, Pérez de la Fuente María Jesús, Jurado Jiménez Rosario, Gómez Bujedo Lourdes

Hospital de Alta Resolución de Utrera. Utrera Sevilla (España)

Mujer de 42 años derivada de urgencias por tumoración inguinal derecha dolorosa de aparición súbita. Exploración compatible con hernia crural derecha (figs. 1-3).

Ecografía: Formación quística en región inguinal derecho de probable procedencia ovárica a valorar mediante RM.

RM de pelvis con CIV: Quiste anexial derecho de 3 cm con contenido algo heterogéneo, sin nódulos intramurales ni captación de contraste. Por delante e independiente del ovario, lesión de 44 mm con septos craneales y pequeña imagen de contenido hemático o graso, no capta gadolinio y se introduce parcialmente en el anillo inguinal derecho pudiendo incluso proceder del ciego y corresponder a un quiste apendicular complejo. Moderada cantidad de líquido en parametrio y fondo de saco.

Cirugía programada: apendicectomía laparoscópica + hernioplastia crural derecha.

Ventajas de Hospital de Alta Resolución: a) menor tiempo de espera: derivada a consulta en 1 semana, cirugía en 1 mes, primera revisión en 3 semanas; b) cirugía programada; c) hernia no estrangulada; d) cirugía ambulatoria; y d) pronta recuperación.

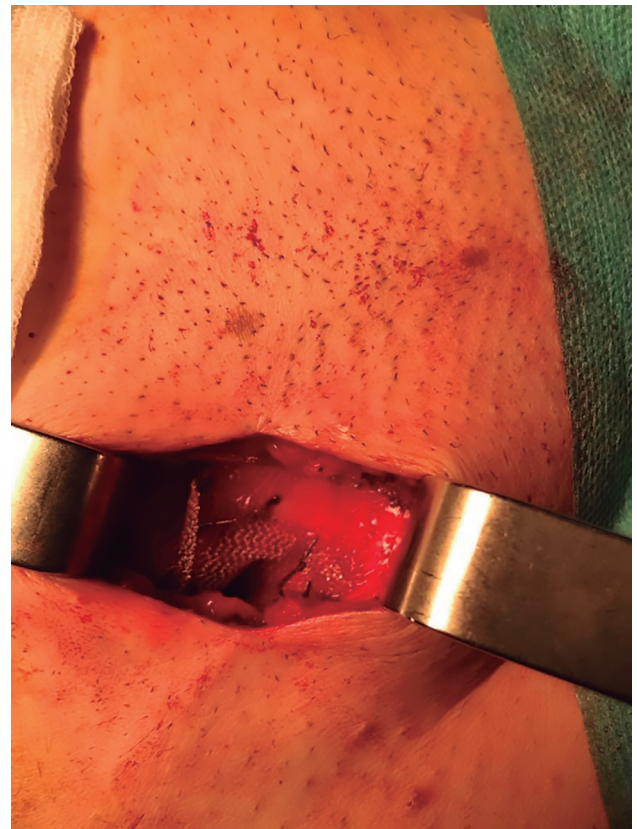


Figura 1.



Figura 2.

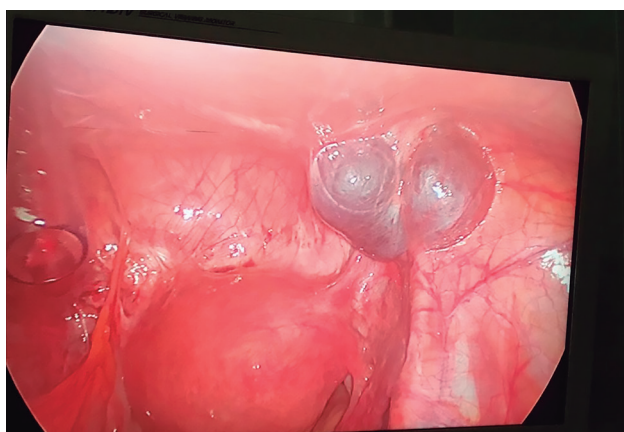


Figura 3.

CP 07 Uso de prótesis biológicas para la reconstrucción de la pared abdominal

Marchal Santiago Amando¹, Navas Cuéllar José Aurelio², Camacho Marente Violeta¹, Tallón Aguilar Luis¹, Tinoco González José¹, Padillo Ruiz Francisco Javier¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España). ²Hospital Virgen de Valme. Sevilla (España)

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia en la reconstrucción de la pared abdominal mediante el empleo de la prótesis biológica Permacol® en pacientes con hernias complejas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes incluidos en una base de datos prospectiva, incluyendo cirugía de eventraciones y abdomen abierto durante el periodo 2013-2017. Se analizan variables dependientes del paciente (edad, sexo, IMC, comorbilidad, intervenciones previas...), tipo de cirugía, complicaciones posoperatorias y recidivas tras seguimiento mínimo de 12 meses.

Resultados: Durante este período se realizaron 5 cirugías reconstructivas de pared abdominal empleando prótesis Permacol®: 4 casos de reparaciones de eventraciones complejas multirecidivadas (mínimo de 2 recidivas previas), presentando fístula entero-cutánea o supuración crónica en el 75% de los casos; y para la reconstrucción de la pared abdominal en un caso de abdomen abierto (tras 16 intervenciones quirúrgicas previas). La edad media fue de 56,8 años. El 80% de los pacientes eran mujeres. Dos pacientes presentaban obesidad = grado 2. Dos pacientes eran fumadores activos o broncopatas. Todas las hernias ventrales se localizaban en línea media (M3-M4), clasificándose según anchura en W2 (2) y W3 (3). Según la clasificación de Rosen, todas las hernias se clasificaron como estadio III, salvo un caso que fue I. La clasificación del Ventral Hernia Working Group (VHWG) para estimación del riesgo de incidencias en la herida quirúrgica estratificó al 60% de los pacientes como grado 3 o superior. La aplicación CeDAR (Carolinas Equation for Determining Associated Risks) estimó un riesgo de incidencias superior al 80% en 3 casos. En todos los casos se realizó eventroplastia (con/sin doble malla asociada) asociada a otros procedimientos intestinales. En cuanto a la morbilidad específica del sitio quirúrgico, se objetivó un caso de seroma y una infección de sitio quirúrgico superficial, que no precisaron tratamiento quirúrgico. Tras un seguimiento medio de 24 meses (12-36 meses), se registró una recidiva por diagnóstico clínico-radiológico.

Conclusión: A pesar de la escasa experiencia en el uso de esta malla, podemos considerar la malla Permacol® una alternativa factible en territorios contaminados y hernias multirecidivadas, con resultados aceptables a corto y largo plazo en términos de morbilidad y recidivas.

CP 08 Separación posterior de componentes con liberación del transversario (TAR): nuestra experiencia

Curado Soriano Antonio, Lara Fernández Yaiza, Bascuas Rodrigo Beatriz, Valera Sánchez Zoraida, Naranjo Fernández Juan Ramón, Jurado Marchena Remedios, Sánchez Moreno Laura, Pérez Huertas Rosario, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Introducción: La separación posterior de componentes es una autoplastia que nos permite la aproximación del colgajo musculoponeurótico de los rectos a la línea media en eventraciones de gran tamaño. Cuando se asocia al uso de una malla, se convierte

en una herramienta útil para tratar eventraciones complejas con grandes retracciones de los bordes aponeuróticos.

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia en el uso de la separación posterior de componentes con liberación de transversal desde 2016.

Material y método: Hemos realizado la técnica en 14 pacientes seleccionados con eventraciones de la línea media y defectos mayores de 15 cm de diámetro. La técnica se ha llevado a cabo mediante la apertura y liberación de las adherencias al saco en primer lugar. Para la reconstrucción se ha tallado el espacio retro-muscular y posteriormente entrado en el plano de Rossen. Hemos colocado dos mallas: una biodegradable y otra de polipropileno de baja densidad. Realizamos cierre en la línea media y colocación de dos drenajes, uno sobre la malla (retromuscular) y otro subcutáneo.

Resultados: De los 14 pacientes intervenidos, 8 hombres (57.14%) y 6 mujeres (42.85%), presentaron una mediana de IMC de 32,73 kg/m², ligeramente superior en el subgrupo de mujeres (34,11 kg/m² versus 31,96 kg/m²). La estancia promedio fue de 7 días. No presentaron complicaciones mayores (perforación intestinal inadvertida, evisceración o hemoperitoneo). En cuanto a las complicaciones menores, obtuvimos 3 seromas de herida quirúrgica (21.43%), 4 infecciones de herida quirúrgica (28.57%) (dos de ellas tratadas con terapia de presión negativa) y ningún hematoma. A largo plazo, con una media de seguimiento actual de 12 meses, los pacientes no han presentado recidiva (con un rango entre el menor tiempo de seguimiento de 1 mes y el mayor tiempo de seguimiento de 24 meses).

Conclusiones: La separación posterior de componentes es una herramienta útil y eficaz para el tratamiento de grandes eventraciones, obteniendo buenos resultados en términos de recidiva y de reconstrucción funcional, pero requiere de un conocimiento anatómico exhaustivo de los espacios laterales, no está exenta de complicaciones y la morbilidad puede ser elevada en manos inexpertas.

CP 09 Resultados provisionales del registro de eventraciones del Hospital Malvarrosa de Valencia

Torricó Folgado M.^a Ángeles¹, Martí Cuñat Elena¹, Martínez Lloret Alfredo¹, Martín Arévalo José², Pérez Santiago Leticia², Calvete Chornet Julio², Martí Martí Vicente², Ortega Serrano Joaquín²

¹Hospital Malvarrosa. Valencia (España). ²Hospital Clínico de Valencia. Valencia (España)

Introducción: EVEREG es una base de datos prospectiva *on line* en la que, desde julio de 2012, se registran de forma anónima los datos de las hernias aparecidas después de una laparotomía, recurrencias tras reparación previa de una hernia incisional o ventral, intervenidas en España. Participan 113 hospitales inscritos entre ellos el nuestro, con el objetivo de conocer la situación actual del tratamiento de la hernia incisional.

El Hospital Malvarrosa es un hospital público perteneciente a la Agencia Valenciana de Salud e integrado en el Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa, cuya principal actividad es especialmente la Cirugía Mayor Ambulatoria, aunque existen

también algunas camas para enfermos de corta estancia. Cuenta con 7 cirujanos de los cuales 3 tienen mayor vinculación con la cirugía de pared y han introducido los datos de las hernias intervenidas.

Objetivos: Nuestro hospital comenzó a registrar pacientes en mayo de 2014, y hasta marzo de 2018 llevamos recogidos 157, de los cuales más de la mitad han completado ya el seguimiento de dos años. Analizamos algunos de los datos obtenidos hasta el momento y los comparamos con los datos globales publicados.

Resultados y conclusiones: La edad media de los casos fue de 61,82 años, un 58.6% mujeres y 41.4% hombres. El IMC medio es de 28.88 kg/m². El 70% de pacientes son ASA II y solo un 14% de ellos con riesgo quirúrgico más elevado (ASA III). Todas intervenciones son electivas, el 86% por cirugía abierta, y el 18.5% fueron hernias recurrentes. En el 81.5% el diámetro transversal fue menor de 10 cm, se emplearon prótesis en la reparación en todos los casos y en el 55.4% se utilizaron dos mallas. La estancia media posoperatoria fue de 3.75 días, con complicaciones en el 9,6% siendo el seroma la complicación más frecuente. Las complicaciones posteriores fueron 20.4% en la primera visita, 7.6% a los 6 meses y 5.1% a los 12 meses.

Se ha realizado un estudio de no inferioridad para comparar con los datos obtenidos a nivel global (Resultados iniciales del Registro Español de Hernia Incisional Cir Esp. 2016; 94(10): 595-602) comprobando que los resultados no son inferiores con una $p < 0.0001$.

CP 10 Resultados del tratamiento de eventraciones complejas de pared abdominal mediante la técnica sandwich: análisis de complicaciones y recurrencia

Camacho Marente Violeta¹, Tallón Aguilar Luis¹, Pino Díaz Verónica¹, Navas Cuéllar Aurelio², Marchal Santiago Amando¹, Tinoco González José¹, Tamayo López María Jesús¹, Sánchez Arteaga Alejandro¹, Durán Muñoz Cruzado Virginia¹, Bustos Jiménez Manuel¹, Padillo Ruiz Javier¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España).

²Hospital Universitario de Valme. Sevilla (España)

Introducción: El tratamiento de la hernia incisional ha variado a lo largo de los años motivado por el alto índice de recurrencias, que alcanza el 20-30% en algunas series. Las modificaciones de la técnica han buscado siempre el tratamiento óptimo, menor número de complicaciones y un bajo índice de recidiva. Presentamos nuestra experiencia donde analizamos los resultados a 24 meses tras la reparación de hernias incisionales complejas mediante técnica *sandwich* con prótesis Bio-A y polipropileno

Objetivos: Valorar la incidencia de recidiva herniaria y complicaciones posoperatorias en pacientes con hernia incisional compleja sometidos a técnica *sandwich* con prótesis de Bio-A y PPL en nuestra unidad.

Material y método: Estudio retrospectivo donde se incluyen todos los pacientes intervenidos mediante técnica *sandwich* con prótesis de Bio-A y PPL desde enero de 2013 hasta diciembre de 2015. Las hernias se clasificaron según el grado de complejidad de Rosen. Se analizó la morbilidad y la recidiva clínica o radiológica a los 6, 12 y 24 meses.

Resultados: 75 pacientes fueron sometidos a eventroplastia tipo *sandwich* con doble prótesis (Bio-A+ PPL). Se intervinieron 45 mujeres (60%) y 30 hombres (40%). Se incluyeron pacientes estadios I, II y III de la clasificación de Rosen, siendo su distribución 16%, 46,7% y 37,3% respectivamente. La edad media de los pacientes fue de 55,71 años (22-82) y la mediana de IMC fue de 34,42 kg/m² (RIQ -Rango intercuartílico- 12). La mediana de estancia posoperatoria fue de 7 días (RIQ 5). 6,7% de los pacientes presentaron infección de la herida y 5 pacientes precisaron reintervención. 1 paciente presentó fistula enterocutánea posoperatoria y 4 pacientes (5,3%) fueron éxitos.

La incidencia de recidiva tras los dos primeros años tras la intervención fue de 22,6%, un 4% se produjo durante los 6 primeros meses posoperatorios y un 9,3% durante el primer año.

Conclusiones: En nuestra serie los resultados de este tipo de técnica, aunque se encuentran dentro de las cifras publicadas en la literatura, no los mejoran. Es por ello que actualmente se aboga por otro tipo de técnicas de separación de componentes como el TAR cuyos resultados parecen ser prometedores.

CP 11 Resultados de nuestro hospital en la reparación laparoscópica preperitoneal transabdominal (TAPP) de eventraciones abdominales

Pérez Santiago Leticia, Martí Cuñat Elena, Martínez Lloret Alfredo, Torrico Folgado M.^a Ángeles, Calvete Chornet Julio, Ortega Serrano Joaquín

Hospital Malvarrosa. Valencia (España)

Introducción: La reparación laparoscópica de las eventraciones abdominales esta adquiriendo más importancia debido a sus buenos resultados. Las indicaciones de esta técnica podrían resumirse en aquellos pacientes que no presentan contraindicación a la misma. Sin embargo, existen el llamado "paciente tipo" (edad media, no lesiones en piel, con defectos periumbilicales o supraumbilicales de tamaño pequeño) que sería el que más se beneficiaría de esta técnica.

Objetivo: Analizar las eventraciones intervenidas por vía laparoscópica preperitoneal transabdominal (TAPP) en nuestro hospital durante un periodo de 7 años.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo sobre una base de datos de nuestro servicio entre septiembre de 2010 y septiembre de 2017

Resultados: Un total de 35 pacientes fueron intervenidos en nuestro hospital, 18 hombres (51,4%) y 17 mujeres (48,6%). La edad media fue de 58 años (rango 39-75). Fueron intervenidos para corregir un único defecto 27 (77,1%) pacientes, a 7 (20%) se les corrigieron 2 defectos y a un paciente (2,9%) se le corrigieron tres defectos. La media del tamaño del defecto fue de 2,82 cm (rango 1-5 cm). Las eventraciones epigástricas supraumbilicales fueron las más reparadas (21, 60%), seguidas de las umbilicales (3; 8,6%) y las eventraciones de Spiegel izquierdas (3; 8,6%). Del total de pacientes, 32 de ellos pudieron completarse por vía laparoscópica mientras que 3 (9,3%) de los pacientes tuvieron que convertirse a vía abierta debido a la imposibilidad de disección y reducción del saco herniario. El posoperatorio en todos los pacientes fue satisfactorio sin apenas necesidad de tratamiento

analgésico. La media de estancia hospitalaria fue de 1,5 días (rango 1-3 días). Un total de 9 pacientes presentaron complicaciones (25,7%) siendo el seroma la más frecuente (5; 14,3%). Se reintervinieron a 2 pacientes, uno de ellos por recidiva de la eventración y otro por onfalitis de repetición con fistula cutánea.

Conclusiones: Aunque el número de pacientes intervenidos en nuestro hospital es reducido, en este análisis, se verifica la efectividad de la técnica en cuanto a manejo del dolor, reducción de estancia hospitalaria y baja tasa de complicaciones por lo que deberíamos ampliar el número de pacientes intervenidos mediante esta técnica.

CP 12 Resultado de la aplicación preoperatoria de toxina botulínica para la reparación de hernia incisional compleja

Sendino Cañizares Patricia, Mifsut Porcel Patricia, Kataryniuk Di Constanzo Yanina, Guerra Lerma Mikel, Sarriguarte Lasarte Aingeru, Vesga Rodríguez Ane, Rodeño Esteban Iratxe, Serrano Hermosilla Clara, Fernández Gómez Cuadrado Laura, Larrea Oleaga Jason, Errazti Olarteoetxea Gaizka, Colina Alonso Alberto

Hospital Universitario Cruces. Baracaldo (España)

Objetivos: Análisis descriptivo de los primeros casos de reparación de hernias incisionales tras aplicación de Botox preoperatorio. Valoración de la posibilidad de cierre primario sin necesidad de realización de separación anatómica de componentes.

Métodos: Se analizan los primeros 12 casos mediante un estudio descriptivo con el programa estadístico SPSSv23. Aproximadamente un mes previo a la intervención una dosis de entre 200 y 400 unidades de Toxina Botulínica Tipo A es administrada a nivel de los músculos oblicuos bajo control ecográfico.

Resultados: Se realizan 12 reparaciones de hernias incisionales en el periodo de 1 año, siendo el 41.7 % mujeres y el 58.3 % hombres con una edad media de 67 años. Los pacientes presentaban un IMC promedio de 32.4 y ASA 2-3. En referencia a las características del defecto herniario, un 58% se trataba de hernias de línea media y un 42% transversas. Presentaban un tamaño medio de defecto en sentido transversal de 11 cm. El 41.7% se le había realizado cirugía de pared previa.

El tiempo medio entre administración de toxina botulínica y la intervención fue de 37 días. No hubo complicaciones en relación a la inyección de toxina botulínica. Durante la intervención se pudo realizar un cierre primario en el 75 % de los pacientes, siendo ese porcentaje del 100% si sólo consideramos las eventraciones de línea media. Se realizó eventroplastia en el 83.3% de los pacientes, siendo la rafia la técnica realizada el 17% por cirugía simultánea sobre tubo digestivo.

La estancia media es de 7 días. Ninguno de los pacientes presentó una complicación mayor o igual a 2 según la clasificación de complicaciones quirúrgicas de Clavien y Dindo.

El tiempo medio de seguimiento es de 4 meses (mínimo de 1 mes y máximo de 12 meses), diagnosticándose un caso de recurrencia en un paciente en el que se realizó rafia sin colocación de malla.

Conclusiones: La administración de toxina botulínica por parte de radiólogos expertos es segura. Su aplicación preoperatoria puede mejorar la posibilidad de realización de cierre primario pudiendo reservar la técnica de separación anatómica de componentes en otros casos más complejos.

CP 13 Reconstrucción de pared abdominal tras cirugía de citorreducción e HIPEC

Carreño Sáenz Omar, García-Fadrique Alfonso, Trallero Anoro Marta, Caballero Soto María, Campos Máñez Jorge, Carbonell Tatay Fernando, Estevan Estevan Rafael

Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia (España)

Objetivos: El empleo de la cirugía de citorreducción (CRS) y la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se ha demostrado útil en el tratamiento de las metástasis peritoneales y tumores primarios peritoneales en pacientes seleccionados. Dada la extensión de la enfermedad, en muchos de ellos es necesario realizar amplias resecciones de pared abdominal y el empleo de prótesis para su cierre. El objetivo es valorar los resultados y la morbilidad de la pared abdominal en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a CRS y HIPEC que han precisado resección de pared abdominal y reconstrucción de la misma con malla en nuestro centro. Se han valorado las características de su enfermedad neoplásica, tipo de resección y tipo de reconstrucción, malla empleada, complicaciones a nivel de la pared abdominal y tasa de eventraciones/recaídas durante el seguimiento.

Resultados: De los 36 pacientes intervenidos con CRS y HIPEC en nuestro centro, 6 pacientes (20%) han necesitado de una resección de la pared abdominal y reparación con malla. El origen de todos los pacientes son tumores colorrectales y apendiculares. La media de PCI (índice de carcinomatosis peritoneal) fue de 7. En 4 pacientes las resecciones fueron de pared abdominal anterior y en 2 resecciones laterales. La media de anastomosis realizadas es de 0.9. En todos los pacientes se ha realizado HIPEC bidireccional con 5FU+leucovorin intravenoso y oxaliplatino intraperitoneal a 42.5°C durante 30 minutos. Las reconstrucciones de la pared abdominal incluyen técnicas de doble malla (2), supraponeurótica (2), periestomal (1) y SAC (1). Se han empleado mallas de polipropileno, mallas compuestas (polipropileno+PVDF) y mallas biológicas para la reconstrucción. Sólo 1 paciente presentó una complicación (seroma crónico asociado al uso de malla biológica). Ningún paciente necesitó reintervención ni reingreso. No hubo, asimismo, prolongación de la estancia por problemas secundarios a la pared abdominal. Con una media de seguimiento de 14.8 meses ningún paciente desarrolló eventración (tabla I).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el empleo de mallas para el cierre de la pared abdominal tras CRS y HIPEC es seguro y con buenos resultados a largo plazo.

CP 14 Hernia incisional: experiencia de un centro universitario

Martínez Guillermo, Rappoport Jaime, Domínguez Carlos, Silva Jorge, Jáuregui Carlos, Carrasco Jaime

Hospital Clínico Universidad de Chile. Independencia. Santiago de Chile (Chile)

Objetivo: El objetivo del presente estudio, es presentar la experiencia en un centro universitario, en el tratamiento de las hernias incisionales (HI).

Materiales y métodos: Se evalúan prospectivamente 672 pacientes operados por hernia incisional en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2012 y 2016. Se analiza cirugía electiva o urgencia, demografía, comorbilidades, cirugía primaria, tipo de reparación, prótesis, morbilidad y mortalidad de la serie. Análisis estadístico, Chi-Cuadrado.

Resultados: 72% eran mujeres y un 28% hombres. 57% menores 65 años. El IMC promedio 27 kg/m². La hipertensión arterial en 43%. Diabetes Mellitus en 15%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en un 2.3% e Hipotiroidismo en un 6%. Cirugía primaria: biliar 24%, gástrica 11%, urológica 5%, ginecológica 15%, cardiovascular 0.3%, coloproctológica 12% y 5% por laparotomía exploradora. 5% operados de urgencia. 92% cirugía abierta y 8% laparoscópica. Sin malla 3%. Onlay 78%, sublay 7%, inlay 2% y 2% intraperitoneal. Malla de Polipropileno en 85%. En un 1% de los pacientes hubo hematoma de pared, en un 2% hubo lesión de asa la cual se reparó en el mismo tiempo quirúrgico y un 0.1% de fistula enterocutánea. En un 97% de los casos no hubo complicación tanto intra como posquirúrgica. En nuestra serie no se registró mortalidad. Drenaje y faja rutinarios. Estadía hospitalaria promedio 3 días.

Conclusiones:

1. Limitar cirugía electiva a IMC menor a 32 disminuyó drásticamente la morbilidad posoperatoria.
2. La técnica Onlay presentó un excelente resultado.
3. La presente serie no registró mortalidad.

Tabla I

	Origen	PCI	Defecto	N.º anastomosis	Tipo malla	HIPEC	Técnica	Complicaciones	Seguimiento
1	Colon	PCI 4	Profilaxis colostomía	1	IPST	Oxaliplatino	Sublay	No complicación	14 meses
2	Recto	PCI 5	Pared anterior suprainfraumbilical. Eventración previa	0	Permacol 20x40 Optilene 30x30	Oxaliplatino	Sublay y Onlay (doble malla)	Seroma crónico	24 meses
3	Colon	PCI 10	Pared lateral derecha (FID)	2	Dynamesh 15x20	Oxaliplatino	Onlay	No complicación	18 meses
4	Colon	PCI 5	Pared anterior suprapúbica + exéresis peristio pubis	0	Tilene Mesh 30x30 Hernina Mesh 30x30	Oxaliplatino	Sublay y Onlay (doble malla)	No complicación	21 meses
5	Apéndice	PCI 11	Subxifoidea + pared anterior infraumbilical	2	IPOM 30x45	Oxaliplatino	Onlay técnica SAC	No complicación	6 meses
6	Recto	PCI 3	Pared lateral derecha (FID)	0	Dynamesh 15x20	Oxaliplatino	Onlay	No complicación	6 meses

CP 15 Fundamentos técnicos de la cirugía laparoscópica de las hernias ventrales mediante la técnica de la doble corona

Martín Cartes Juan Antonio, Bustos Jiménez Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)

Objetivo: Mostrar las ventajas de la cirugía laparoscópica de la pared abdominal. Ello se ha debido a los avances en cuanto a los materiales de prótesis, medios de fijación, así como a una mejor técnica operatoria. La vía laparoscópica proporciona un mayor confort en el posoperatorio inmediato, reduce el tiempo de hospitalización y la tasa de complicaciones. Reduce la cifra de recidivas, y ayuda a resolver casos multirrecidivados que por vía convencional plantearían un difícil reto al cirujano.

Método: Nuestro equipo quirúrgico, tomando como base la técnica de la doble corona descrita por LeBlanc, y con la experiencia que nos dan los años que llevamos aplicándola y los más de doscientos casos operados (207), hemos ido desarrollando algunas pautas con la doble finalidad de facilitar y normalizar el procedimiento, y con ello acortar el tiempo quirúrgico y mejorar los resultados. Dibujar los contornos del defecto sobre la piel abdominal, y recortar la prótesis con la misma forma y 3 cm más de radio. Luego marcar los cuatro “puntos cardinales” en piel y prótesis. Enrollar la prótesis para facilitar su introducción. Orientar la prótesis desplegada. A continuación, se fijan los “puntos cardinales” de la prótesis a la pared y se confecciona la corona externa. Por último, confeccionamos la corona interna en el borde del anillo.

Resultados: Con la técnica de la “doble corona”, y siguiendo las pautas descritas, hemos obtenido buenos resultados. La estancia media posoperatoria ha sido de 1,84 días, con tendencia a la disminución hasta situarse alrededor de 1,05-1,10. Pese a que en muchos casos se trataban de hernias multioperadas, la cifra de recidivas es de un 3,3% (figs. 1-3).

Conclusiones: Nuestros resultados nos demuestran que no es necesario el uso de suturas transmurales. El anclaje mediante suturas helicoidales facilita la realización de la hernioplastia, y disminuye el dolor posoperatorio, con lo que se disminuye el gasto hospitalario y se reducen las estancias posoperatorias. Es por ello que pensamos que la técnica de la “doble corona” es una alternativa que supera a la hernioplastia laparoscópica con suturas.



Figura 1.

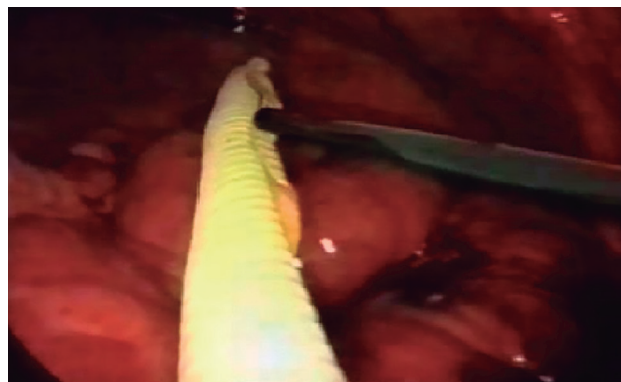


Figura 2.



Figura 3.

CP 16 Eventración suprapúbica gigante simulando una hernia inguino-escrotal: presentación de dos casos

Trujillo Díaz Jeancarlos, Ruiz Soriano María, Ortiz de Solórzano Aurusa Javier, Gómez Carmona Zahira, Vázquez Fernández Andrea, Montes Manrique Mario, Blanco Antona Francisco, Merino Peñacoba Luis, Núñez del Barrio Henar, Beltrán de Heredia y Rentería Juan

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España)

Introducción: Las eventraciones son una de las mayores complicaciones después de una laparotomía con una incidencia entre 10-20%. La eventración suprapúbica es rara y se localiza en la línea media infraumbilical a menos de 3 cm de la sínfisis del pubis. La mayoría son secundarias a incisiones de Pfannenstiel utilizadas en cirugías ginecológicas o en colorrectales laparoscópicas, y medias infraumbilicales usadas en las prostatectomías radicales. En la exploración física puede ser difícil en ciertos casos diferenciarlos de una hernia inguino-escrotal.

Método: Presentamos el caso de dos pacientes con eventraciones suprapúbicas que simulaban ser hernias inguino-escrotales. Primer paciente: 62 años, antecedentes quirúrgicos de herniorrafia inguinal derecha, adenomectomía retropúbica y prostatectomía. A la exploración física gran masa en región inguino-escrotal izquierda. Se realiza TC visualizándose una eventración en línea media suprapúbica con asas intestinales en su interior que descienden hacia región inguino-escrotal izquierda. Se realiza eventroplastia según técnica de Rives-Stoppa. Segundo pacien-

te: 71 años, antecedentes de prostatectomía y eventroplastia por evisceración. A la exploración presenta eventración línea media infraumbilical asociado a masa en región inguino-escrotal derecha. En la TC visualizamos defecto de pared abdominal en línea media con asas intestinales en su interior. Se realiza resección de malla previa y eventroplastia según técnica de Rives-Stopppa y TAR infraumbilical. Ambos pacientes presentaron un posoperatorio satisfactorio, y actualmente 6 y 12 meses después respectivamente se encuentran asintomáticos y sin signos de recidiva.

Resultados y conclusiones: Las eventraciones suprapúbicas se pueden confundir fácilmente durante la exploración física con una hernia inguino-escrotal (hasta un 60% de los casos), como en nuestros casos presentados, por lo que es recomendable la realización de una adecuada historia clínica, exploración física metódica y la realización de una ecografía o TC que nos confirmará el diagnóstico, el tamaño del defecto y el estado de los músculos rectos. Dada su baja incidencia el manejo ideal no está aún bien definido y existe controversia sobre la mejor técnica a utilizar en su reparación, pudiendo ser mediante abordaje abierto o laparoscópico. La reparación quirúrgica de este tipo de hernias es compleja, por la cercanía de estructuras óseas, vasculares y nerviosas (figs. 1 y 2).

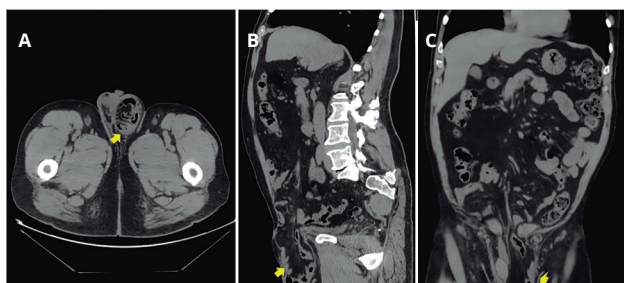


Figura 1. Tomografía computarizada, cortes axial (A), sagital (B) y coronal (C), donde se visualiza eventración de línea media suprapúbica, con asas intestinales en interior de saco herniario que desciende hacia región inguino-escrotal izquierdo, desplazando en canal inguinal hacia fuera.

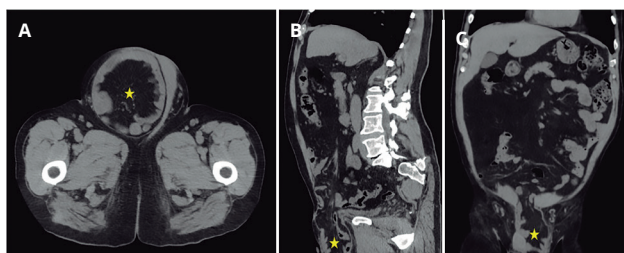


Figura 2. Tomografía computarizada, cortes axial (A), sagital (B) y coronal (C), donde se visualiza eventración de línea media suprapúbica, con asas intestinales en interior de saco herniario que desciende hacia región inguino-escrotal derecha simulando una hernia inguinal.

CP 17 Uso de mallas de ácido poliglicólico en ambientes contaminados

Marchal Santiago Amando¹, Camacho Marente Violeta¹, Navas Cuéllar José Aurelio², Tallón Aguilar Luis¹, Tinoco González José¹, Padillo Ruiz Francisco Javier¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España). ²Hospital Virgen de Valme. Sevilla (España)

Objetivos: Revisar el uso de la malla reabsorbible de ácido poliglicólico en cirugía abdominal urgente, determinar los factores en la que se indica la colocación de este tipo de malla y comprobar su posterior evolución clínica.

Métodos: Se han revisado todos los pacientes en los cuales se colocó una malla de ácido poliglicólico en el contexto de cirugía abdominal urgente entre 2013-2017. Así mismo se recogieron los datos que justificaron su utilización, el procedimiento realizado y los datos de su posterior seguimiento.

Resultados: Se han incluido 50 pacientes, de los cuales fallecieron 8 en el posoperatorio inmediato por causas relativas a la cirugía urgente o a la gravedad del proceso. 5 pacientes se excluyeron, uno por utilización en el lecho de una esplenectomía parcial, 2 por retirada de la malla por precisar otro procedimiento distinto y otro por utilización en la región inguinal. La edad media fue de 65 años. El motivo de su implantación fue la cirugía sucia, sucia-contaminada o contaminada, además de coexistencia de edad avanzada, infección de herida quirúrgica, inmunosupresión (incluyendo diabetes mellitus) u obesidad. La colocación fue en más del 97% supraaponeurótica como refuerzo del cierre laparotómico. Si atendemos a la clasificación del Ventral Hernia Working Group todas las hernioplastias recogidas son grados 3 (29 %) o 4 (71 %). Se han detectado 6 eventraciones y 1 evisceración con diagnóstico clínico (5) o radiológico (2) con un tiempo medio de seguimiento de 24.31 meses. En dos pacientes se retiró la malla posteriormente. Se detectaron 7 infecciones de sitio quirúrgico, 2 de las cuales precisaron desbridamiento y terapia negativa y 1 retirada de la malla (fig. 1).

Malla de Safil. Seguimiento

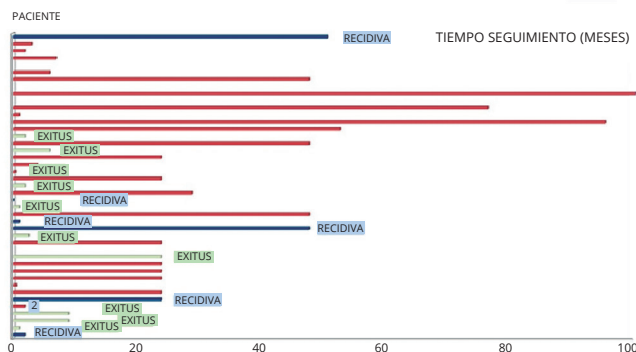


Figura 1.

Conclusiones: La utilización de mallas reabsorbibles a corto plazo como la malla de ácido poliglicólico, permite su utilización en campos contaminados como refuerzo en el cierre aponeurótico, en ocasiones como soporte para evitar la evisceración en pacientes graves o como refuerzo definitivo a pesar de un alto riesgo de eventración por el tipo de cirugía contaminada o sucia, si bien no hay estudios prospectivos o aleatorizados que apoyen su uso con una evidencia sólida.

CP 18 Uso de la sonicación en el diagnóstico de infecciones de mallas protésicas utilizadas en la reparación de hernia

Salar Vidal Llanos¹, Aguilera Correa John Jairo¹, Celdrán Uriarte Ángel², Esteban Moreno Jaime¹

¹Departamentos de Microbiología Clínica y ²Cirugía de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)

Introducción y objetivos: La colocación de mallas protésicas en la cirugía de reparación de hernia puede producir una serie de complicaciones posquirúrgicas, entre las cuáles la infección es una de las más importantes. Cuando ocurre, la adherencia bacteriana y la formación de una biopelícula en la superficie de la malla afectan a la integración del implante y a la regeneración del tejido del huésped. La prevención y los tratamientos no quirúrgicos para la infección de malla son limitados, por lo que a menudo requiere una extirpación quirúrgica de la malla para evitar complicaciones graves.

El objetivo del estudio es evaluar la utilidad de la técnica de sonicación, empleada con éxito en otros tipos de implantes, en el diagnóstico etiológico de la infección de malla protésica en cirugía de hernia abdominal.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo desde septiembre de 2010 hasta febrero de 2018, de todas las mallas estudiadas procedentes de pacientes del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid). Todos los dispositivos protésicos se procesaron utilizando el protocolo de sonicación descrito previamente por Esteban et al. (J Clin Microbiol. 2008 Feb;46(2):488-92). Después de la centrifugación, el sonicado se cultivó en placas de agar en aerobiosis y anaerobiosis, realizando una evaluación microbiológica cuantitativa de los resultados.

Resultados: Se procesaron un total de 23 mallas protésicas. En 19 de ellas se obtuvo un cultivo positivo. Los recuentos fueron elevados en la mayoría de casos ($P_{50} = 100\ 000$) (tabla I).

Conclusiones: Los resultados ponen de manifiesto la utilidad de la técnica de sonicación de mallas empleadas en cirugía abdominal. La infección monomicrobiana es tan frecuente como la polimicrobiana. La etiología más habitual son los microorganismos procedentes de la microbiota intestinal, si bien en las monomicrobianas destaca un número importante de infecciones por *S. aureus*.

Tabla I. Datos descriptivos de la incidencia de la infección de mallas protésicas

Microorganismos aislados	
Tipo	Polimicrobiana
	10
	Microbiota intestinal
	6
	Anaerobios
	1
	<i>P. mirabilis</i>
	1
	<i>E. coli</i>
	1
	<i>K. pneumoniae</i>
	2
	<i>M. morganii</i>
	1
	<i>C. albicans</i>
	1
	Monomicrobiana
	9
	<i>E. coli</i>
	4
	<i>S. aureus</i>
	3
	<i>E. cloacae</i>
	1
	<i>F. nucleatum</i>
	1

CP 19 Un factor a tener en cuenta: la retracción de las prótesis utilizadas para la cirugía de las hernias ventrales por vía laparoscópica

Martín Cartes Juan Antonio, Bustos Jiménez Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)

Introducción: Cuando, en el curso de nuestro quehacer, nos vemos obligados a dejar un biomaterial en el interior de la cavidad abdominal para reparar un defecto de la pared abdominal, uno de los factores que debemos tener en cuenta es conocer su comportamiento en dicha localización, así como sus posibles cambios de tamaño como consecuencia del proceso de integración.

Material y método: Hemos utilizado en este estudio ciento veinte cerdos, divididos en dos grupos: En todos los animales se procedió a colocar implantes de 4 × 4 cm: dos de malla de polipropileno en una posición más cefálica, y otros dos de PTFE (Dualmesh Plus Corduroy) en una posición más caudal.

Resultados: Al cabo de cinco semanas todos los implantes habían sufrido un proceso de retracción, mucho más marcado en los implantes de PTFE. La pérdida de superficie en el PTFE como consecuencia de la retracción llegaba en algún caso a un 80%, mientras que en el caso del polipropileno no llegaba al 20%. La retracción no guardaba relación con la aplicación o no de inhibidores de la producción de adherencias (figs. 1-3).

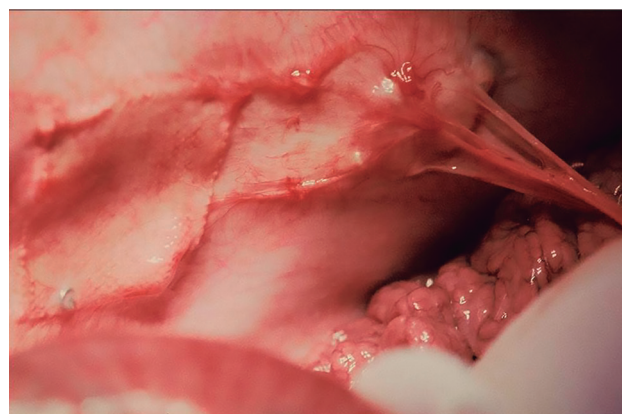


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Conclusiones: Las prótesis utilizadas para la reparación de las hernias ventrales por vía laparoscópica han de tener un tamaño tal que, una vez terminado el proceso de retracción, sigan cubriendo el defecto que trataban de proteger. Los anclajes han de ser lo suficientemente numerosos y próximos como para que la forma definitiva del implante sea lo más parecida posible a la original.

CP 20 REPA, nuestra experiencia

Barrios-Carvajal María¹, Pou-Santonja Guillermo², Martí-Cuñat Elena³

¹Hospital de Llíria. Llíria. Valencia (España). ²Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia (España). ³Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)

Objetivos: La diástasis de los rectos (DR) es una alteración que cursa con abombamiento en la línea media y se suele acompañar de otros defectos como hernia umbilical y/o epigástrica. La reparación mediante sutura simple tiene una alta tasa de recurrencia y precisa de una incisión con pobre resultado estético. Es por ello que presentamos nuestra experiencia aplicando la técnica REPA publicada por Juárez-Muas, D. en 2017 en 10 pacientes con DR asociada a Hernia umbilical.

Métodos: Se realizó bloqueo TAP ecoguiado con Ropivacaína 0.5% (20 ml cada lado) en cada paciente, seguidamente en posición francesa se crea neocavidad prefascial mediante abordaje suprapúbico y ambas fosas ilíacas. Disección medial hasta xifoideos y en lateral hasta reborde costal y LAA, plicatura del defecto diastásico con sutura barbada de poligliconato núm. 0. Se colocó malla preaponeurótica de polipropileno macroporo 25 × 12 cm de baja densidad fijada con *tackers* metálicos en los 2 primeros casos, *takers* reabsorbibles en los 3 siguientes y cianoacrilato en el resto. Fijación transparietal de la cicatriz umbilical y drenajes Redón 12FR × 2 que se mantienen 7 días.

Resultados: Se intervinieron 10 pacientes (9 Mujeres 1 Hombre) con edad media 36 años (32-48), Una paciente asociaba hernia epigástrica además de hernia umbilical y DR, las medidas de la diástasis 3-3.5 cm × 15-18 cm. En 4 pacientes se realizó cierre del defecto umbilical con poligliconato 2-0 y en los 6 restantes

no se realizó cierre del defecto herniario, sino que se incluyó en la plicatura del defecto diastásico. Se evaluó el dolor pre y posoperatorio mediante EVA con resultado de 6/10 a las 24h de la intervención y 2/10 a los 7 días, 1 paciente (hombre) presentó dolor a las 3 semanas a nivel del *tacker* subcostal izquierdo que se resolvió tras infiltración. No hemos observado seromas. Grado de Satisfacción de las pacientes 9 Excelente 1 Bueno (figs. 1-3).

Conclusión: La cirugía endoscópica nos permitió resolver el defecto parietal y la colocación de prótesis preaponeurótica aumenta la seguridad de la plastia además ofrece como ventaja con bajo nivel de dolor posoperatorio y excelente resultado cosmético.



Figura 1.

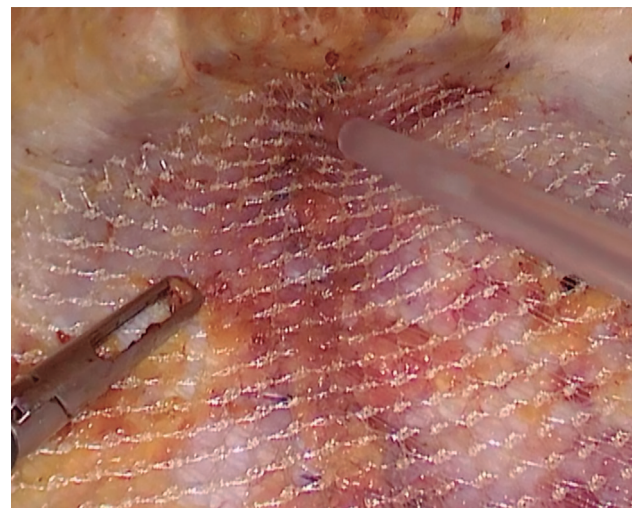


Figura 2.

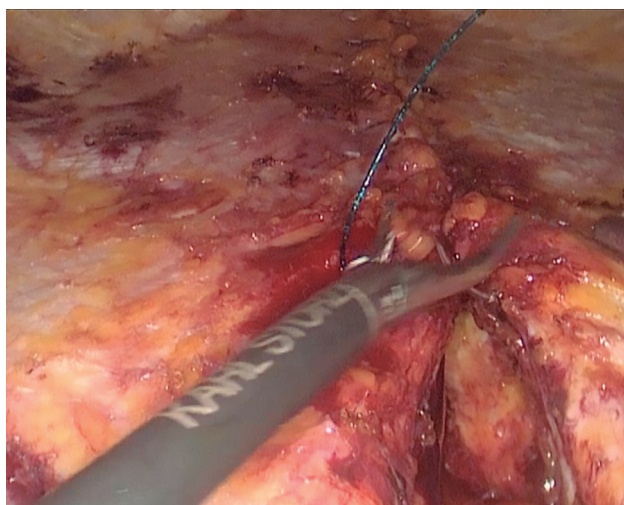


Figura 3.

CP 21 Neumoperitoneo progresivo preoperatorio y toxina botulínica combinados para el tratamiento de hernia incisional gigante recidivada

Uriarte Terán Jon Ignacio, García Herrero Silvia, Serrano Gutiérrez Ana Isabel, Gutiérrez Ferreras Ana Isabel, Bengoetxea Peña Iker, Pérez de Villarreal Amilburu Patricia, Hierro-Olabarria Salgado Lorena, Roca Domínguez María Begoña, Zorraquino González Ángel

Hospital Universitario Basurto. Bilbao (España)

Introducción: Exposición de un caso de eventración gigante recidivada tratada con la combinación de neumoperitoneo progresivo preoperatorio y toxina botulínica tipo A.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 55 años, con los siguientes antecedentes de interés: portador de VHC, fumador, intervenido de colecistectomía abierta en 1992, siendo reintervenido en el 2008 por una eventración de la laparotomía media realizando una eventroplastia con prótesis subaponeurótica y volviendo a ser intervenido de recidiva de la eventración en 2015 realizando otra eventroplastia con prótesis autoadhesiva supraaponeurótica. Es derivado de una clínica para valorar nueva recidiva observando a la exploración gran eventración con pérdida de domicilio no complicada. Se realiza un TC scan en el que se objetiva una eventración de $12 \times 19 \times 25$ cm con orificio herniario de 19×22 cm con asas de intestino delgado y colon. Tras presentar en comité, se infiltra 1 vial de toxina en la musculatura oblicua de manera bilateral un mes previo a la intervención. Ingresa la semana previa a la cirugía para realización de neumoperitoneo con colocación de catéter intraperitoneal en flanco izquierdo por la ECI, observándose una PIA preoperatoria de 2 mmHg. Se interviene al paciente realizándose separación anatómica de componentes (técnica de Carbone-Il-Bonafé). Se cierra la línea media con doble sutura continua con material reabsorbible de larga duración (vaina posterior y anterior con restos de prótesis). Se coloca prótesis plana de polipropileno 50×50 cm fijado con puntos sueltos de material irreabsorbible a

pubis y espina iliaca antero-superior. Se termina con sutura continua de material irreabsorbible sujetando el borde aponeurótico a la malla. Tras la finalización de la intervención quirúrgica se objetiva una PIA de 10,5mmHg. El paciente presenta buena evolución en su estancia en planta, siendo dado de alta al quinto día posoperatorio (figs. 1-3).



Figura 1.



Figura 2.

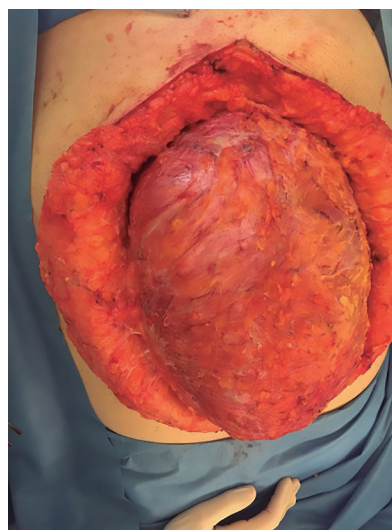


Figura 3.

Discusión: Con la utilización de esta técnica, no solo se facilita el cierre fascial, sino que se mejora la capacidad ventilatoria del paciente entre otras ventajas. Hasta ahora se han utilizado como técnicas separadas y se deberían realizar más estudios combinándolas. En nuestro centro hemos realizado un caso la técnica combinada, con intención de volver a intentarlo y evaluar sus resultados.

CP 22 Neumoperitoneo progresivo asociado a TAR en hernias paraestomales con pérdida del derecho a domicilio

Curado Soriano Antonio, Bascuas Rodrigo Beatriz, Lara Fernández Yaiza, Jurado Marchena Remedios, Valera Sánchez Zoraida, Naranjo Fernández Juan Ramón, Sánchez Moreno Laura, Pérez Huertas Rosario, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Presentamos el caso de un paciente varón de 59 años con antecedentes personales de obesidad, espondilitis anquilosante, trastorno bipolar y fumador de 1-2 paquetes al día. Remitido a la Unidad de Pared Abdominal por eventración paraestomal tipo IV (según clasificación de EHS) recidivada con pérdida del derecho a domicilio. Intervenido de diverticulitis perforada con peritonitis fecaloidea en 2007, realizándose la intervención de Hartmann. En 2011 el paciente es intervenido para reconstrucción de tránsito, existiendo ya una hernia paraestomal, la fibrosis pélvica y la retracción del cabo distal no permiten la reconstrucción intestinal. Optándose en quirófano por una una reparación de Sugarbaker sobre la eventración. En el posoperatorio tardío presenta una fistula entero cutánea en la cercanía de la ostomía, precisando drenaje quirúrgico e ingreso prolongado. Realiza seguimiento observándose recidiva clínica y radiológica a los tres años, objetivándose una hernia paraestomal con incárcera crónica de fundus gástrico y asas intestinales sin signos de complicación que contiene más del 25 % del contenido intestinal. Estudiado el caso se decide realizar un neumoperitoneo progresivo para conseguir espacio en la cavidad abdominal. Es ingresado para colocación de catéter peritoneal y realización de neumoperitoneo progresivo según técnica de Goñi Moreno. Se insuflan diariamente entre 800-1000 cc de aire durante los primeros 12 días (según la aparición de dolor), posteriormente 800 cc durante 1 día más, siendo éste el último día de insuflación. Asimismo, se instruye al paciente en técnicas de fisioterapia respiratoria mediante el uso de incentivador (inspirómetro). El paciente es intervenido a los 15 días del inicio del NPP, realizándose una técnica de Rives Stoppa asociado a la liberación del musculo transverso en el lado izquierdo (TAR), asociado a translocación de colostomía a flanco izquierdo dejando un orificio en la malla usada a través del cual pasa la colostomía. En el posoperatorio inmediato destaca como única incidencia la formación de un seroma de herida quirúrgica resuelto con suras locales diarias. El paciente es dado de alta a los 18 días posoperatorios. Con un seguimiento en consulta de cirugía de 14 meses no presenta complicaciones ni signos de recidiva clínica ni radiológica (figs. 1 y 2).

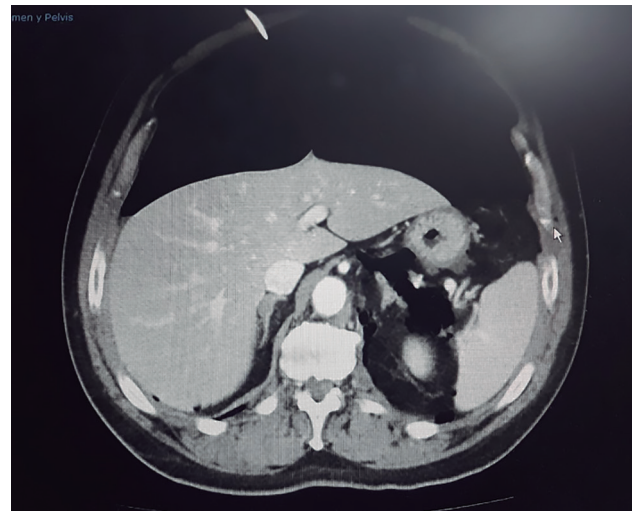


Figura 1.

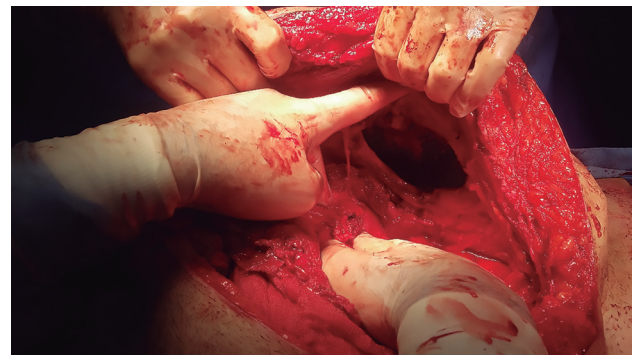


Figura 2.

CP 23 Mesotelización de los materiales de prótesis utilizados en la cirugía laparoscópica de las hernias ventrales: estudio experimental

Martín Cartes Juan Antonio, Bustos Jiménez Manuel

Hospital Duques del Infantado. Sevilla (España)

Objetivo: Cuando necesitamos colocar un biomaterial en contacto directo con el peritoneo visceral, uno de los factores a tener en consideración es, necesariamente, conocer su comportamiento en esa localización, así como la capacidad del peritoneo para recubrirlo. Esta capacidad de mesotelización, pensamos que es un factor pronóstico relacionado con la génesis de adherencias peritoneales.

Método: Se incluyeron en este estudio 120 cerdos, divididos en dos grupos. Mediante fijación con suturas helicoidales, se colocaron en cada animal cuatro implantes (cuadrados de 4 x 4 cm): Dos de ellos (los dos superiores) de PTFE-e (Dualmesh Plus Corduroy) y los dos inferiores de polipropileno. En el grupo que denominamos A (60 animales), impregnamos los implantes situados en el lado derecho del animal con cola de fibrina. En el grupo B, utilizamos la misma técnica con gel de hialuronidasa.

A las 5 semanas se procedió al sacrificio de los animales, determinando cantidad y características de firmeza de las adherencias formadas, porcentaje de la superficie de los implantes peritonizada, distribución de las adherencias, así como la retracción de los implantes. Tras el sacrificio se procedió a retirar los implantes, enviándolos a laboratorio para estudios histológicos.

Resultados: Se comprobó una disminución de las adherencias peritoneales en ambas series al comparar los resultados de los implantes del lado derecho con los colocados a la izquierda del animal. Comparando ambos grupos, los resultados eran mejores en el segundo (gel de hialuronidasa). Por otra parte, vemos como un material considerado casi como ejemplo de provocador de adherencias, estaba en muchos animales libre o casi libre de adherencias, ello se traducía en un alto porcentaje de superficie peritonizada. La retracción del PTFE-e llegaba en ocasiones a un 70% de superficie, mientras que la del polipropileno era sólo de un 8-10%.

Conclusiones: Tanto la cola de fibrina como el gel de hialuronidasa disminuyen la producción de adherencias peritoneales, así como su consistencia, aumentando en alto grado la superficie peritonizada. La hialuronidasa tiene además una gran ventaja: es un producto de muy bajo coste.

CP 24 Manejo conservador en la eventroplasia infectada

Gutiérrez Corral Natalia, García Bear Isabel, Mínguez Ruiz Germán, Serra Lorenzo Rubén, Aguado Suárez Nuria, Ramos Pérez Virginia, Arias Pacheco Rubén Darío

Hospital Universitario San Agustín. Avilés (España)

Objetivo: La infección de la malla colocada para reparar una hernia constituye un problema complejo para el paciente y en ocasiones un auténtico “calvario” que con frecuencia ha terminado en la explantación de la malla. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento conservador.

Método: Estudio retrospectivo 2011-2016 en el que revisamos y analizamos la infección en el tratamiento de la hernia incisional. Revisamos 137 pacientes con una edad de 65 años (34-84) más frecuente en mujeres 2:1. En todos los casos se utilizó profilaxis antibiótica. La infección de la herida se detectó y confirmó mediante cultivo en 15 casos, 8 de los cuales respondieron a tratamiento antibiótico y curas simples de herida.

Resultados: No observamos relación de la infección con el método de fijación, sí parece en cambio ser relevante el tamaño de la malla (mayor de 20 cm) y su situación, más frecuente en suprafaciales. Se asocia también con cirugía urgente y contaminada y es más frecuente en pacientes obesos y diabéticos. En los casos sin respuesta a tratamiento antibiótico, fiebre elevada y mantenida, se realizó lavado con suero a baja presión y aspiración bajo anestesia con buenos resultados, si bien en tres casos fue necesario repetir esta limpieza desbridamiento. La asociación de terapia de vacío fue efectiva en los casos en los que la utilizamos.

Conclusiones: La limpieza exhaustiva y desbridamiento bajo anestesia con suero a baja presión y aspiración es a nuestro juicio la mejor opción ante la malla infectada en situación suprafascial. La terapia de vacío asociada podría mejorar los resultados. La explantación no es una opción, por lo menos hasta no agotar otros métodos.

CP 25 La plastia preperitoneal como técnica de elección en hernias umbilicales y ventrales

Pérez de la Fuente María Jesús, Jurado Jiménez Rosario, Gómez Bujedo Lourdes, Gutiérrez Moreno Marta

Hospital de Alta Resolución de Utrera. Utrera. Sevilla (España)

Introducción: La localización preperitoneal se considera la ubicación de elección para la reparación de eventraciones y hernias ventrales. En la región umbilical, por sus características particulares, no suele usarse sistemáticamente, en la mayoría de los Servicios.

Objetivo: Describir nuestra técnica de plastia preperitoneal, así como los resultados obtenidos en los tres últimos años con su uso.

Material y método: Descripción de la técnica de hernioplastia preperitoneal y revisión de las hernioplastias consecutivas realizadas en los años 2015, 2016, 2017 y primer trimestre de 2018, en el Hospital de Alta Resolución de Utrera.

Resultado: Se trataron 218 hernias de pared abdominal anterior en el periodo estudiado. De ellas 92 con malla bilaminar circular; en 71 se colocó la malla en el espacio preperitoneal. La edad media de los pacientes fue de 56 años; 43 varones y 49 mujeres; el IMC medio fue de 30,51. Fueron 64 hernias umbilicales, 23 eventraciones, 3 hernia de Spiegel y 2 hernias epigástricas. EL 95.6 % de los pacientes se intervino en régimen ambulatorio. No hubo infección quirúrgica. Al mes de la intervención más del 90 % de los pacientes pudo ser dado de alta. Como complicaciones registramos 3 casos de dolor, 9 seromas, 1 hematoma y 1 granuloma. No se han encontrado recidivas.

Conclusiones: La plastia preperitoneal es una opción segura y adecuada para el tratamiento de la hernia umbilical y ventral en régimen ambulatorio. Se trata de una técnica que requiera cierta curva de aprendizaje, pero una vez asentada, es aplicable a casi todos los pacientes con este tipo de hernia. El posoperatorio inmediato es muy bien tolerado por el paciente. La reincorporación a la actividad laboral y vida normal no suele ofrecer problemas, y no hemos encontrado con esta técnica complicaciones a largo plazo, aunque el tiempo de seguimiento todavía es limitado.

CP 26 La cirugía de pared en nuestra unidad: crecimiento actual, desarrollo y futuro de la misma

Martínez Lloret Alfredo, Martí Cuñat Elena, Torrico Folgado M.ª Ángeles, Pérez Santiago Leticia, Calvete Chornet Julio, Martí Martí Vicente, Ortega Serrano Joaquín

Hospital Malvarrosa. Valencia (España)

Introducción: Descripción de nuestra Unidad de Cirugía: Nuestro hospital pertenece al Sistema Público de Salud y está unido funcionalmente en el mismo Departamento con otro Hospital Clínico Universitario de referencia. Está enfocado hacia una actividad fundamentalmente quirúrgica de múltiples especialidades y en la mayoría de casos son pacientes y cirugías CMA, sin ingreso o de corta duración.

La unidad de Cirugía General de nuestro hospital está compuesta por 7 cirujanos, 3 de ellos con especial dedicación a la cirugía de Pared.

Además, acuden cirujanos de las unidades de Coloproctología y Hepatobiliar para realizar con nosotros cirugías CMA. Los residentes realizan un rotatorio por nuestro Hospital dividido en dos periodos.

Objetivos: a) Realizar un análisis de nuestra actividad asistencial los últimos cuatro años y en particular de la importancia de la cirugía de pared en la misma; y b) establecer las directrices para desarrollar el crecimiento y especialización como Unidad de Pared dentro de las características de nuestro hospital e integrados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario.

Métodos:

- Estudio retrospectivo de las cifras absolutas y relativas de los distintos tipos de actividad asistencial y cirugías desde el año 2014 al 2017.
- Análisis comparativo para ver la evolución de las distintos tipos de cirugía y su proyección en los próximos años.

Resultados:

- Paradójico descenso del 20 % del total de cirugías debido a una reducción del número de quirófanos de cirugías menores / locales frente a un aumento de la necesidad de cirugía mayor tanto en cifras absolutas como en porcentaje.
- Dentro de las cirugías mayores la que más aumenta de forma significativa es la cirugía de Pared, hernioplastias y eventroplastias, tanto abiertas como laparoscópicas, siendo del 56 % el último año, seguida de las colecistectomías, 14 %, y completando el 30 % restante con el resto de procedimientos (tablas I y II).

Tabla I

	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017
Cirugías de pared: total	620	731	758	807
Hernioplastias inguinales	398	429	463	517
Eventroplastias	58 + 5	73 + 5	58 + 3	74 + 5
TEP	18	16	24	22
Hernioplastias umbilicales	112	173 + 1	176	138 + 2
Otras hernias: epigástricas, Spiegel...	29	33 + 1	31 + 3	46 + 3

Procedimientos abiertos en negro

Procedimientos laparoscópicos en rojo

Tabla II

Actividad asistencial	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017
Total cirugías	3229	3117	2432	2505
Cirugía menor	1920 (59,46%)	1750 (56,14%)	1005 (41,32%)	1066 (42,55%)
Cirugía mayor	1309 (40,54%)	1367 (43,86%)	1427 (58,68%)	1439 (57,45%)
(CMA + CMI) Procedimientos más destacados:				
Cirugía de pared Hernioplastias y eventroplastias	620 (47,36%)	731 (53,47%)	758 (53,12%)	807 (56,02%)
Colecistectomías	170 (12,99%)	151 (11,05%)	195 (13,66%)	194 (13,48%)
Hemorroidectomías	121 (9,24%)	108 (7,9%)	105 (7,36%)	129 (8,96%)
Sinus pilonidal	108 (8,26%)	129 (9,44%)	132 (9,25%)	130 (9,03%)
Fisura/fistula anal	105 (8,02%)	100 (7,31%)	151 (10,58%)	97 (6,74%)
Otros (mama, hidrosadenitis, patología anal, lipomatosis)	185 (14,13%)	148 (10,83%)	86 (6,03%)	82 (5,7%)

Conclusiones:

1. La patología de pared está aumentando en número y también en complejidad.
2. Es necesaria una respuesta asistencial acorde tanto en aumento de medios como de formación de cirujanos expertos alrededor de Unidades de Pared.

CP 27 Hernia y catéter de diálisis peritoneal: estudio comparativo entre las técnicas abierta y laparoscópica

González-Vinagre Salustiano¹, Barreiro Morandeira Francisco², Bustamante Montalvo Manuel¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (España). ²Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (España)

Objetivos: Estudiar si la inserción de catéteres de diálisis peritoneal (DP) supone un incremento en la aparición de hernias de pared abdominal y si existen diferencias entre la implantación mediante cirugía abierta y laparoscópica.

Métodos: Estudiamos dos grupos de pacientes con insuficiencia renal en estadio terminal, que optan por diálisis peritoneal (DP) como terapia renal sustitutiva y a los cuales se les insertó un catéter de DP. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo. El catéter implantado es el catéter autopsicionable desarrollado por Di Paolo en la Universidad de Siena (Italia). El primer grupo (n = 51) se intervino mediante cirugía abierta y el segundo (n = 51), mediante cirugía laparoscópica (n = 51). El tiempo mínimo de seguimiento fue de un año. El análisis estadístico se realizó mediante el programa de libre distribución Epidat 4.2.

Resultados: al año de la cirugía, en el grupo de cirugía abierta, han presentado hernia 3 pacientes. En el grupo laparoscópico, han presentado hernia 5 pacientes. A los dos años de la cirugía, en el grupo de cirugía abierta, han presentado hernia 7 pacientes. En el grupo laparoscópico, han presentado hernia 6 pacientes. A los tres años de la cirugía, en el grupo de cirugía abierta, han presentado hernia 8 pacientes. En el grupo laparoscópico, han presentado hernia 6 pacientes. La razón de tasas de hernia al año, dos y tres años, es, respectivamente, de 1,69, 0,88 y 0,8 (IC95% de 0,4-7,06, 0,3-2,62 y 0,28-2,31, respectivamente). Los valores p son, respectivamente, al año, dos años y tres años, 0,4683, 0,817 y 0,683. La hernia no ha causado la retirada del catéter en ningún caso (tabla I; figs. 1 y 2).

Tabla I

HERNIAS	Personas año	N.º de hernias	Tasa por 1.000	IC95%
Al año				
Cirugía abierta	44,31	3	67,7	21,8 209,9
Laparoscopia	43,47	5	114,3	47,6 274,6
A los 2 años				
Cirugía abierta	74,48	7	94	44,8 197,2
Laparoscopia	72,6	6	82,7	37,1 184
A los 3 años				
Cirugía abierta	90,63	8	88,3	44,1 176,5
Laparoscopia	84,74	6	70,8	31,8 157,6

Conclusiones: Nuestra serie no constata las grandes diferencias en incidencia herniaria posoperatoria descritas en la literatura entre los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta y laparoscópica para la implantación de un catéter de diálisis peritoneal.

Palabras clave: insuficiencia renal, diálisis peritoneal, catéter, hernia, laparoscopia.

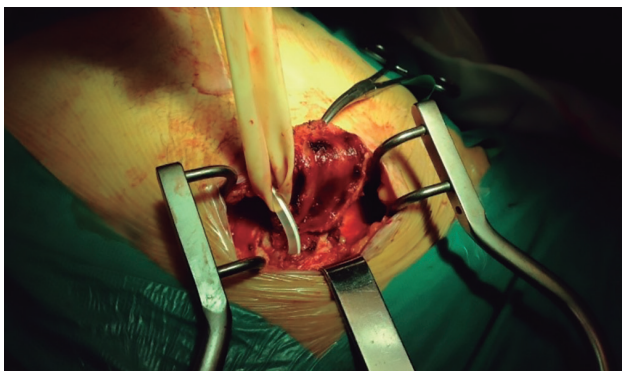


Figura 1.

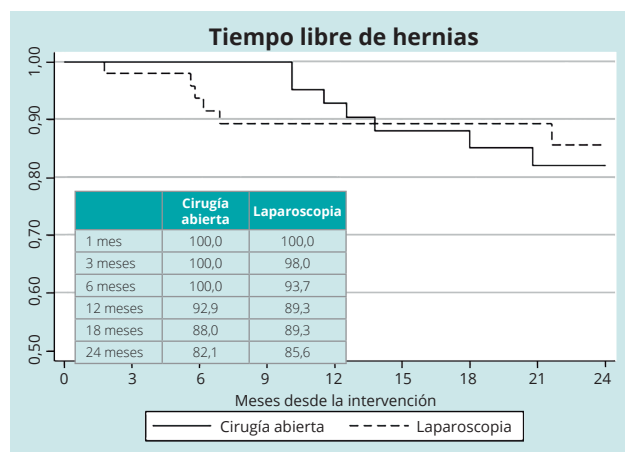


Figura 2.

CP 28 Eventraciones subcostales: algoritmo terapéutico en base a nuestra experiencia

Curado Soriano Antonio, Domínguez Sánchez Cristina, Lara Fernández Jaiza, Naranjo Fernández Juan Ramón, Valera Sánchez Zoraida, Jurado Marchena Remedios, Sánchez Moreno Laura, Pérez Huertas Rosario, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Introducción: Las eventraciones subcostales son un tipo hernia incisional que tiene asociado al defecto herniario la atrofia muscular del hemiabdomen operado, provocada por la sección de las terminaciones nerviosas de las raíces motoras T9-T12. Debemos sumar a este problema la cercanía a los bordes óseos, la dificultad de fijación de la malla y la posibilidad de dolor crónico posquirúrgico si realizamos fijaciones costales.

Objetivo: Analizar nuestros resultados desde la creación de la Unidad de Pared Abdominal en 2010 hasta 2017. Material y método Se han intervenido 23 pacientes, 12 hombres (52%) y 11 mujeres (48%), con una edad media de 66,5 años. Se han clasificado según la EHS en L1W1/W2/W3 realizándose: a 2 pacientes con L1W1 (9%) se les ha implantado una malla IPOM (una de ellas por vía laparoscópica); a los 11 pacientes L2W2 (48%), una reparación con malla intraabdominal en 7 pacientes (5 de ellos mediante laparoscopia), un abordaje preperitoneal en 2, y una técnica retromuscular en otros 2 pacientes; y a los 10 sujetos L3W3 (43%), una técnica de doble malla en 5 casos y la técnica de separación posterior con liberación del transversario (TAR) en otros 5. Seguimiento mínimo de 2 años.

Resultados: El porcentaje de complicaciones ha sido del 30,4%, divididas por estratos en: 17,4% de complicaciones médicas (4 retenciones de orina que precisaron sondaje), 3 infecciones de herida (13%) y 5 seromas (21,7%) que precisaron curas (una infección además se vigiló con un sistema de presión negativa); 3 hematomas de la herida quirúrgica (13%). Una evisceración (4,3%) que precisó reintervención e ingreso en críticos. El porcentaje de recidivas es el 13% (3 casos). El 39% de los pacientes sufrieron dolor posoperatorio en relación con la herida o la cicatriz, medido mediante la escala EVA. La estancia media ha sido de 4,6 días.

Conclusiones: En nuestra unidad a las hernias incisionales subcostales W1 le realizamos una reparación laparoscópica colocando una malla compuesta intraabdominal. En las W2 realizamos una disección retromuscular o preperitoneal colocando una malla de polipropileno mediante laparotomía. En las W3 realizamos una separación posterior con liberación del transversario y/o técnica de doble malla.

CP 29 Efecto de la administración de toxina botulínica tipo A en la reconstrucción de la pared abdominal mediante la asociación racional de la separación de componentes y el uso de prótesis durante el tratamiento de hernias incisionales gigantes

Huarachi Guarachi Miguel Ángel, Orihuela Arroyo María Pilar, Celdrán Uriarte Ángel, González Ayora Santiago, Georgiev Hristov Tihomir, Ferrero San Román Carla

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)

Introducción: La reparación de las hernias incisionales gigantes mediante la separación de componentes requiere la realización de incisiones de descarga en los planos aponeuróticos de la pared abdominal para lograr el cierre del defecto herniario de forma completa y sin tensión, lo que suele estar asociado a complicaciones como los seromas, hematomas y necrosis cutáneas.

Hipótesis: La administración de toxina botulínica previa a la reparación de la hernia incisional podría reducir las incisiones de descarga y/o aumentar tasa de reconstrucción completa de la pared abdominal en las hernias incisionales gigantes.

Método: En el estudio se han incluido diez pacientes con hernia incisional con un diámetro mayor de 10 cm (según la clasificación de European Society of Hernia) que recibieron inyección de toxina botulínica (grupo A) al menos tres semanas antes de realizar una reparación basada en el uso racional de la separación de componentes

y una doble prótesis. Este grupo se comparó con una cohorte histórica (grupo B) en el que no se había empleado la toxina botulínica.

Resultados: La separación de componentes fue aplicada en ocho pacientes (80%) del grupo A, pero siempre en las vainas de los rectos abdominales. Ninguno de los pacientes precisó incisiones de descarga en la aponeurosis del oblicuo externo y en todos los casos se consiguió una reconstrucción completa con el cierre del defecto sin tensión. Dos de los pacientes presentaron seroma, que requirió terapia de aspiración y uno de ellos sufrió necrosis cutánea. No ha habido recurrencias durante el seguimiento. En el grupo B, la separación de componentes se realizó en 23 pacientes, y fue necesaria hacerla en el músculo oblicuo externo en 30% de los pacientes. La reconstrucción completa de la pared abdominal se consiguió en 16 pacientes (69,6%). La recurrencia fue del 4.3% de los pacientes a lo largo del seguimiento (tabla I).

Tabla I		
	Sin Toxina Botulínica	Con Toxina Botulínica
Diámetro	12 cm	12,6 cm
Separación de componentes	16/23 (69,6%)	8/10 (80%)
Separación de componentes (VA/VP)	16/23 (69,6%)	8/10 (80%)
Separación de componentes (OE)	7/23 (30,4%)	0/10 (0%)
Reconstrucción completa	16/23 (69,6%)	10/10 (100%)
Recidiva	4,3% (1/23)	0/10 (0%)

Conclusión: La inyección preoperatoria de toxina botulínica antes de la reparación de la hernia incisional gigante en la pared abdominal podría disminuir la necesidad de la separación de componentes en la aponeurosis del músculo oblicuo externo y aumenta la tasa de reconstrucción completa de la pared abdominal.

CP 30 Cura asistida por vacío como medio para conseguir cierre de pared abdominal con fístulas enteroatmosféricas

Serrano Gutiérrez Ana Isabel, García Herrero Silvia, Uriarte Terán Jon Ignacio, Gutiérrez Ferreras Ana Isabel, Zorraquino González Ángel

Hospital de Basurto. Bilbao (España)

Introducción: Las curas de vacío pueden ser útiles para el manejo del abdomen abierto ya que estimulan la cicatrización, reducen el edema y eliminan exudados y materiales infecciosos.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 77 años intervenida de colecistectomía y adenocarcinoma de recto-sigma (G2 T3) por vía robótica en 2012. Dos años después presenta fístula colovesical y estenosis de la anastomosis colorrectal realizándose resección parcial de recto y colostomía terminal. En 2017 se reconstruye Hartmann dejando ileostomía de protección. Durante la segunda semana posoperatoria se objetiva fístula

recto-vaginal por lo que se realiza reconstrucción de ileostomía y colostomía terminal. Una semana después presenta dehiscencia de sutura de intestino delgado y colección en pared abdominal con sangrado activo que condiciona inestabilidad hemodinámica por lo que se reinterviene de forma urgente comprobándose apertura de la fascia abdominal con dehiscencia de anastomosis y dos fístulas enteroatmosféricas de intestino delgado dejándose el abdomen abierto con cura de vacío VAC. Se mantiene con cura VAC cada 48 horas, hasta aproximar los bordes de la herida quirúrgica y disminuir débito por fístulas lo suficiente como para realizar reparación del tránsito intestinal y cierre de la pared abdominal. Tras 147 días se realiza resección en huso de la zona de abdomen congelado con dos fístulas entero-atmosféricas (EA), se seccionan los segmentos afectados de intestino delgado y se completan anastomosis T-T manuales. Se practican incisiones de descarga sobre aponeurosis de ambos oblicuos mayores y disección de plano subaponeurótico lateral. Cierre de línea media. Colocación de malla bilaminar en la zona media de laparotomía para evitar tensión excesiva de cierre. Se coloca malla plana de PPL fijado con sutura continua al borde libre de la aponeurosis del oblicuo mayor y el borde externo del recto derecho con sutura continua. Presenta buena evolución posoperatoria (figs. 1-3).

Discusión: Las curas asistidas por vacío han supuesto un gran avance en el manejo del abdomen abierto. Con este caso ilustramos su utilidad en el manejo de peritonitis plástica y fístulas enteroatmosféricas, ayudando a preparar el lecho de la herida para un cierre primario del abdomen abierto complejo en el plazo de unas semanas.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

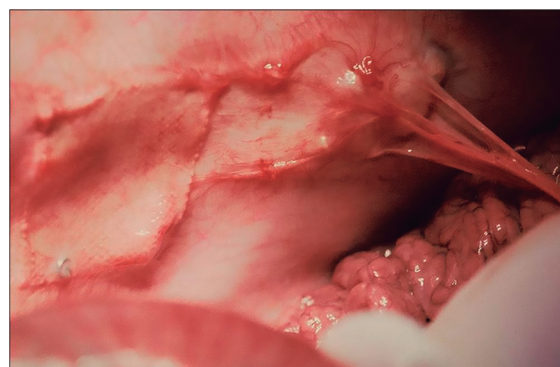


Figura 1.

CP 31 ¿Podemos actuar contra la previsible formación de adherencias en la cirugía de las hernias ventrales mediante prótesis intraperitoneales?

Martín Cartes Juan Antonio, Bustos Jiménez Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)

Objetivo: Cuando, en el curso de nuestro quehacer, nos vemos obligados a dejar un biomaterial en el interior de la cavidad abdominal para reparar un defecto de la pared abdominal, uno de los factores a tener en cuenta, es conocer su comportamiento en relación a la producción de adherencias peritoneales.

Material y método: Hemos utilizado en este estudio ciento veinte cerdos, divididos en dos grupos: En todos los animales se procedió a colocar implantes de 4×4 cm: dos de malla de polipropileno en una posición más cefálica, y otros dos de PTFE (Dualmesh Plus Corduroy) en una posición más caudal. Los implantes situados en el lado derecho del animal se impregnaron de inhibidores de la producción de adherencias (en 60 animales se utilizó cola de fibrina, serie A, y en otros 60 se utilizó gel de hialuronidasa, serie B). Después de cinco semanas, se procedió al sacrificio de los animales, evaluando los resultados.

Resultados: Al cabo de cinco semanas se apreciaba como los implantes impregnados de sustancias inhibidoras de la producción de adherencias presentaban menos adherencias, éstas (cuando existían) eran más laxas, e incluso en muchos casos los implantes estaban perfectamente peritonizados (figs. 1-3).



Figura 2.



Figura 3.