



P-496 - ¿ES COMPLEJO REPARAR LA HERNIA INGUINAL DEL PROSTATECTOMIZADO POR VÍA HIPOGÁSTRICA MEDIANTE LA TÉCNICA PREPERITONEAL "CORTA" TIPO NYHUS?

D. Dávila Dorta¹, M. Oviedo Bravo¹, G. Martín Martín², M. Lorenzo Liñán³ y F. Carbonell Tatay⁴

¹Consortio Hospital General Universitario, Valencia. ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

³Hospital General de Ontinyent, Valencia. ⁴Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia.

Resumen

Objetivos: Reparar una hernia inguinal en un paciente prostatectomizado por vía hipogástrica mediante un abordaje preperitoneal abierto podría parecer inadecuado, incluso peligroso por las adherencias en el espacio de Bogros. Sin embargo parece que, por esta vía y con la técnica de Nyhus modificada (Nyhus "corto") las adherencias observadas no deben comportar la teórica dificultad esperada para la disección, permitiendo tratar el saco herniario y colocar la prótesis con facilidad. Experiencia que justifica la presente comunicación.

Métodos: Dentro de un estudio prospectivo (entre 11/1986 y 1/2014) de 2.863 pacientes operados consecutivamente de hernia inguinocrural sin selección (3.078 reparaciones) se recopilaron 116 (5,3%) protocolos con el antecedente de "prostatectomía" entre los 2.194 (76,6%) varones de la serie global. Había sido realizada por vía transuretral en 31 casos (26,7%)- desestimados para este estudio-; por vía abierta hipogástrica en 84 enfermos (72,4%) y por vía laparoscópica en 1 caso (0,8%): 93 reparaciones en 85 pacientes. En el estudio etiológico hubo: hiperplasia-adenoma en 49 (57,6%), adenocarcinoma en 19 (22,3%) y no consta el origen -protocolos antiguos- en 17 (20%). La edad media = 69,2 ± 7,4 años (42-86 años). En 16 (18,8%) existía hernia preprostatectomía; en 7 (8,2%) eran recidivadas (3 de vía anterior, postprostatectomía y 4 reparadas durante la cirugía prostática), y 8 (9,4%) eran bilaterales. Todos fueron operados bajo anestesia regional, previa profilaxis antimicrobiana, y antitrombótica según protocolo: 31 pacientes (36,4%) estaban anticoagulados (infartos, puente aortocoronario, fibrilación auricular, etc.). A todos se les reparó la hernia mediante la técnica de Nyhus modificada (Nyhus "corto"-Guía Clínica AEC, 2013-) encontrando en 92 reparaciones un espacio de Bogros con escasas o frágiles y disecables adherencias, siendo más sólidas hacia la línea media cuya disección es innecesaria en esta técnica, pero en 1 caso (por laparoscopia), sí fue laboriosa (¿anecdóticamente?). Hasta febrero de 2009 la fijación de la malla (polipropileno) se hacía con puntos, o grapas espiroideas y/o pegamentos (en la última década) y, desde entonces, con la prótesis autoadhesiva Parietene Progrid®. Se realizó control postoperatorio a corto y largo plazo, hasta 23 años.

Resultados: Se realizaron 93 reparaciones, 70 (75,2%) unilaterales, 7 (7,5%) recidivadas y 16 (17,2%) bilaterales; indirectas 59 (63,4%) -7 de ellas inguinoescrotales-; directas 32 (34,4%) y mixtas 2 (2,1%). Tiempo operatorio medio: con malla de polipropileno, 24,0 ± 5,7 min (9-70 min) y con

malla autoadhesiva, $17,4 \pm 4,4$ min (8-31 min). Hematoma leve/moderado de herida (15); seroma (16); hematoma-edema escrotal moderado (4); inguinalgia moderada (5) resueltas antes del mes. Ninguna lesión, infección ni neuralgia. Seguimiento: perdidos 10 (11,7%) y fallecidos 11 (13%) revisados y asintomáticos al menos durante 5 años. Revisados 64 (75,3%) entre 1-23 años (mediana = 127 meses), superando 39 de ellos (60,9%) los 12 años: sin recidiva ni dolor.

Conclusiones: La supuesta teórica “complejidad” para reparar una hernia inguinal con el Nyhus modificado (“corto”) en un prostatectomizado por vía hipogástrica no se ha constatado en esta serie, siendo aquella “escasa”, y más fácil y rápida empleando una malla autoadhesiva Parietene Progrid®. Probablemente sea más compleja por laparoscopia.