



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-228 - EXPERIENCIA EN EL EMPLEO DE MALLAS AUTOFIJABLES EN EL MANEJO DE LA HERNIA INGUINAL. RESULTADOS 2015-2019.

González Cano, Javier; Fernández Galeano, Pablo; Turiño Luque, Jesús Damián; Rodríguez Silva, Cristina; Rivas Becerra, José; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en el empleo de malla autofijable en el tratamiento de la hernia inguinal por vía anterior.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de hernia inguinal desde enero de 2015 hasta diciembre de 2019 inscritos en régimen de cirugía mayor ambulatoria o corta estancia con el diagnóstico de hernia inguinal. Se registraron variables epidemiológicas, aspectos intraquirúrgicos, EVA, complicaciones. En las recidivas se identificó: lugar y fecha cirugía previa y tipo de malla. Realizamos un análisis comparativo entre el empleo de mallas autofijables (grupo A) frente a las no autofijables (grupo B). Se empleó el programa SPSS Statistics 15.0. Se calcularon el valor de χ^2 para valores cuantitativos, diferencias significativas $p \leq 0,05$.

Resultados: Las características epidemiológicas de los 1.291 pacientes intervenidos fueron: varón 86,7% (n = 1119), edad media $59,73 \pm 14,126$ años, IMC $26,61 \pm 3,898$; el 62,1% de los pacientes eran ASA 2. El 72% (n = 930) de los pacientes fueron programados en régimen de CMA siendo la tasa global de ambulatorización del 60,4% (n = 780). La media de duración del ingreso fue de $0,56 \pm 1,13$ días. El diagnóstico al ingreso de hernia inguinal por frecuencia fue: unilateral 70,5% (n = 910), inguino-escrotal 10,5% (n = 135), bilateral 9,9% (n = 128), unilateral recurrente 8,4% (n = 109) y bilateral recurrente 0,7% (n = 9). Los hallazgos intraoperatorios fueron: Hernias indirectas 54,1% (n = 696); hernias directas 29,9% (n = 384); mixtas 13,2% (n = 170); crural/femoral 2% (n = 26); otros 0,7% (n = 10). La técnica más empleada fue el Lichtenstein en el 72,4% (n = 931), seguido del Rutkow-Robins en el 26,3% (n = 338). En el 82% (n = 1.058) de los pacientes la malla empleada fue autofijable. Al analizar los resultados del grupo A vs grupo B, encontramos: el 16,1% (n = 125) de los pacientes del grupo A causaron pernocta no planificada vs 20,4% (n = 28) del grupo B ($\chi^2 = 1,548$; $p = 0,213$). El empleo o no de material de fijación en los sujetos del grupo A no conllevó diferencias en la pernocta no planificada ($\chi^2 = 0,67$; $p = 0,413$). Al comparar la media de dolor al alta hospitalaria en el grupo A fue de $4,24 \pm 2,855$ vs $3,36 \pm 2,765$ del grupo B ($p = 0,056$). En la revisión en consulta al mes el nivel medio de dolor del primer grupo fue de $0,98 \pm 1,575$ vs $0,67 \pm 1,222$ del segundo ($p = 0,134$). La tasa de complicaciones en la revisión en consulta fue del 5,4% (n = 51/943) del grupo A vs 8,5% (n = 16/187) del grupo B ($\chi^2 = 2,772$; $p = 0,095$). Al analizar los pacientes con diagnóstico postoperatorio de hernia recurrente (n = 133), fueron excluidos 11 (7 hernias crurales; 4 intervenidos por inguinodinia). Del 91,7% de los restantes pacientes (n = 122) el

45,9% (n = 56) habían sido intervenidos en nuestro centro, un 32,8% (n = 40) en otros centros (35,3% n = 12 otros SNS, 64,7% clínicas privadas/concertadas). De los 56 pacientes intervenidos en nuestro centro, 29 (51,8%) habían sido operados en el periodo de estudio, siendo nuestra tasa de recurrencia del 2,25% por paciente y del 2% por hernia.

Conclusiones: En nuestra experiencia el empleo de mallas autofijables no mejora el grado de dolor tanto al alta como en la revisión en consulta. No encontramos diferencias significativas en la tasa de complicaciones asociadas al uso de mallas autofijables frente a la malla tradicional. La tasa de recurrencia se sitúa en nuestro centro en el 2% de los procedimientos tras un seguimiento de 5 años.