



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-229 - HERNIA INGUINOCRURAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: NUESTRA EXPERIENCIA TRAS UN AÑO DE UNIDAD DE PARED ABDOMINAL Y CMA

Montes Osuna, M^a del Carmen; Domínguez Bastante, Mireia; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Díez Vigil, José Luis; Gómez Arroyo, Arturo; Mansilla Roselló, Alfonso

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Describir nuestros resultados en cirugía de hernioplastia inguinal y crural en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) tras la instauración de la unidad de pared abdominal.

Métodos: Estudio unicéntrico, observacional, retrospectivo de las hernioplastias crural y/o inguinal en régimen de CMA en nuestro hospital de enero a diciembre de 2018, con seguimiento de un año. Establecemos como criterios CMA: pacientes con riesgo anestésico ASA I y II y III estables los últimos 3 meses, índice de masa corporal (IMC) inferior a 40 kg/m² y alta posible en las siguientes 24 horas postoperatorias. Se calculan medidas de frecuencia absoluta y relativas para variables cualitativas y medidas de tendencia central en variables numéricas. Se analizan: variables demográficas (sexo, edad), factores de riesgo (diabetes -DM-, hipertensión -HTA-, neumopatía, hepatopatía, enfermedad renal crónica -ERC-, ser fumador como hábito tóxico), cirugía (técnica, abordaje, anestesia, análisis de los cirujanos), tipo de hernia (unilateral, bilateral, inguinal o crural), complicaciones postoperatorias (clasificación de Clavien-Dindo), recidivas y mortalidad. Los datos se han analizado con el software IBM SPSS Statistics 21.

Resultados: Se intervinieron 413 pacientes, precisando ingreso hospitalario 17, excluyéndolos del estudio. Se realizan 440 hernioplastias en 396 pacientes: 380 (96%) inguinales y 16 (4%) crurales, todas programadas vía abierta. Las técnicas empleadas se presentan en la tabla 1. El porcentaje de hernia oculta (diagnosticada intraoperatoriamente) es de 5,6% (22), 21 inguinales y 1 crural. La anestesia empleada fue: locorreional (206, 52%), local y sedación (151, 38,1%) y general (39, 9,8%). En cuanto al cirujano, 200 hernioplastias (50,5%) las realizaron cirujanos de pared, 102 (25,8%) staff de otras unidades y 94 (23,7%) Médicos Internos Residentes. Las complicaciones se detallan en la tabla 2. Recidivaron 20 casos (0,04%): 8 (0,02%) en hernioplastia realizada por cirujanos de pared, 6 (0,01%) por staff de otras unidades y 7 (0,02%) por residentes, sin ser datos significativos. Fueron exitus en el seguimiento 9 pacientes (0,02%), sin relación con la cirugía.

Tabla 1

Inguinales

Unilaterales

Bilaterales

	Lichtenstein	288 (82,1%)	Lichtenstein	24 (82,8%)
Técnica	Nyhuss	5 (1,4%)	Tapón	1 (3,4%)
	Rutkow-Robbins	58 (16,5%)	Rutkow-Robbins	4 (13,8%)
Crurales				
	Nyhuss	1 (6,7%)	Tapón crural	1 (100%)
	Tapón crural	14 (93,3%)		
		Seroma 9 (0,19%)		
		Sangrado 1 (0,03%)		
		Isquemia testicular 1 (0,03%)		
Grado I 31 (0,91%)		Infección de herida 4 (0,13%)		
		Edema genital 3 (0,09%)		
		Hematoma 12 (0,39%)		
		Cefalea pospunción 1 (0,03%)		
		Retención aguda urinaria 1 (0,33%)		
Grado II 3 (0,09%)		Infección de herida 1 (0,33%)		
		Descompensación edemoascítica 1 (0,33%)		

Conclusiones: La hernioplastia es una intervención segura y factible para ser realizada en régimen de CMA en pacientes seleccionados, con bajo índice de complicaciones y reingresos. Recomendamos individualizar la técnica quirúrgica según el tipo de hernia y de paciente. Recientemente hemos instaurado técnicas endoscópicas, con buenos resultados en estudios preliminares. Tras nuestros resultados, abogamos por que la cirugía de la hernioplastia la realicen unidades subespecializadas de pared, aunque se observan diferencias no significativas en las tasas de recidiva, justificables por la complejidad de los casos.