



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-074 - EVENTRACIÓN EN LAS INCISIONES DE TRÓCAR DE LAPAROSCOPIA. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 5 AÑOS

García Pastor, Providencia<sup>1</sup>; Carbonell Tatay, Fernando<sup>2</sup>; Sastre Olamendi, Fernando<sup>1</sup>; Cortés Encinas, Felipe<sup>1</sup>; Iserte Hernández, José<sup>1</sup>; Bonafé Diana, Santiago<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

### Resumen

**Objetivos:** Analizamos nuestra serie de eventraciones sobre incisiones de trócares de laparoscopia: datos epidemiológicos, presentación clínica y manejo quirúrgico, tratando de identificar factores de riesgo.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de eventraciones sobre incisiones para trócar de laparoscopia tratadas en nuestra Unidad durante 5 años hasta junio de 2014.

**Resultados:** 139 pacientes se incluyen en la revisión (12% del total de eventraciones intervenidas), mayoritariamente mujeres (107, 76,9%), edad mediana 56 años (31-77). El antecedente quirúrgico más frecuente fue colecistectomía laparoscópica (102, 73,4%), seguido de apendicectomía (13,6%), cirugía del colon (5%), urológica (4,5%) y ginecológica (3,6%). Ubicación más frecuente en puerta umbilical (98, 70,5%), aunque aparecen en flancos, fosas ilíacas, transrectales o localización múltiple; incluyendo todas las combinaciones, el puerto umbilical está involucrado en 84% de casos. Aunque algunos pacientes demoran la cirugía (hasta 16 años), la aparición de la eventración es precoz (8-18 meses). Respecto a factores de riesgo asociados al paciente, destaca obesidad (IMC > 30) en 70,5% de casos, seguido de infección de herida (59%), hábito tabáquico (36,6%) y broncopatía obstructiva (7,9%). El 22% de pacientes fueron intervenidos en otro centro y desconocemos datos técnicos; en los restantes (108), los factores de riesgo asociados a la técnica quirúrgica son la ampliación del orificio para extracción de pieza (sobre todo colecistectomía-puerto umbilical y cirugía de colon/nefrectomía-puerto en flanco), el cierre del orificio umbilical con puntos sueltos aún con ampliación y la falta del cierre de trócares adicionales. Las eventraciones periumbilicales muestran un amplio espectro de presentación; desde las pequeñas (W1 de EHS, 59 casos), medianas (W2 de EHS, 70 casos) o grandes (W3 de EHS, con diámetro > 10 cm, 10 casos). Los dos primeros grupos se trataron con prótesis preperitoneal o retromuscular a lo Rives o con cierre y prótesis supraaponeurótica (2/3-1/3 de casos); las grandes se trataron con SAC + prótesis y re inserción de oblicuos externos (técnica de Carbonell) y en 2 casos hizo falta neumoperitoneo terapéutico progresivo previo a la intervención. Sistemáticamente, las más grandes son las umbilicales aisladas, mientras que cuando se asocian a eventraciones laterales, el tamaño y el tiempo de evolución son menores. Las eventraciones laterales suelen ser molestas aunque pequeñas (3-5 cm) pero cuando se amplió la incisión para sacar la pieza (nefrectomía) o para anastomosis extracorpórea (colon) el tamaño es bastante mayor (4-8 cm). Se trataron con prótesis retromuscular (en 1/3 de casos asociando doble malla en sándwich).

**Conclusiones:** La expansión del abordaje laparoscópico en la cirugía abdominal ha disminuido las complicaciones asociadas a las grandes incisiones, pero no olvidemos que incluso pequeñas incisiones para la inserción de trócares pueden complicarse y eventrarse. Algunos factores predisponentes del paciente y ciertos detalles de la técnica pueden incrementar el riesgo de esta complicación, que supone un importante porcentaje de nuestra casuística. La identificación de los factores de riesgo y el cuidado en la técnica podrían mejorar estas cifras.