



## O-073 - HERNIA INTERSTICIAL ESTRANGULADA DE TRÓCAR TRAS CIERRE DEL DEFECTO EN LA EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA

Morales Conde, Salvador<sup>1</sup>; Gómez Menchero, Julio<sup>2</sup>; Alarcón del Agua, Isaías<sup>1</sup>; Sánchez Ramírez, María<sup>3</sup>; Bellido Luque, Juan A.<sup>2</sup>; Bellido Luque, Araceli<sup>4</sup>; Suárez Grau, Juan Manuel<sup>2</sup>; Socas Macías, María<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>2</sup>Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto.

<sup>3</sup>Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. <sup>4</sup>Hospital Quirón Sagrado Corazón, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** La reparación de la hernia ventral vía laparoscópica (LVHR) ha demostrado una menor tasa de complicaciones derivada de la herida quirúrgica y una menor estancia media hospitalaria comparada con la cirugía convencional. Recientemente se ha postulado que el Cierre del Defecto (CD) podría reducir la tasa de seroma y de Bulging comparado con la LVHR sin CD. Por este motivo estamos realizando un estudio prospectivo comparando esta técnica con CD con nuestra serie histórica sin cierre de defecto con el objeto de analizar las ventajas y complicaciones relacionadas con esta técnica, detectando una mayor incidencia de Hernia Intersticial Estrangulada en la incisión del trócar en el postoperatorio inmediato.

**Métodos:** Estudio prospectivo de 25 pacientes que fueron intervenidos de forma electiva de LVHR con CD entre octubre del 2013 a noviembre del 2014. El cierre del defecto se realizó mediante sutura continua. El tamaño medio de los defectos fue de 8,35 cm de longitud y 7,02 cm de ancho. La fijación de la malla fue combinada de tackers no absorbibles y fibrina. El trócar de 12 mm fue cerrado al final del proceso en todos los casos.

**Resultados:** La técnica convencional de cierre se realizó en los 15 primeros casos. 3 de esos pacientes (20%) se complicaron con una hernia intersticial estrangulada del trócar de 12 mm requiriendo intervención quirúrgica urgente el primer mes. En estos, la capa muscular superficial se hallaba cerrada, hallándose un asa intestinal encarcerada entre las capas musculares profundas. Por este motivo, decidimos modificar el cierre del trócar de 12 mm, realizando en un segundo grupo un cierre profiláctico con malla (3 casos), pero por motivos económicos en un tercer grupo decidimos cambiar y utilizar un trócar de 11 mm (7 casos). No hemos vuelto a detectar ninguna hernia ni en el segundo ni en el tercer grupo.

**Conclusiones:** Creemos que la tensión en la línea media por el Cierre del Defecto pudiera ser la responsable de la tracción sobre las diferentes capas musculares de la pared abdominal. Este hecho podría contribuir a generar una mayor incidencia de hernias incisionales en el trócar de 12 mm si lo comparamos con la LVHR convencional. Tanto el cierre cuidadoso de todas las capas musculares, el uso de mallas profilácticas o el uso de trócares de menor tamaño podrían reducir la tasa de dichas hernias.