



O-101 - CIERRE PERINEAL TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL EXTRALEVADORA. ¿ES ÚTIL LA MALLA BIOLÓGICA?

Ocaña, Juan¹; Cholewa, Hanna²; Sancho, Jorge²; Núñez, Jordi¹; Frasson, Matteo²; Muñoz, Paula¹; Die, Javier¹; García-Granero, Eduardo²

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Un tercio de los pacientes con cáncer de recto van a ser sometidos a una amputación abdominoperineal (APR). La introducción de la amputación abdominal extraelevadora (ELAPE) se propuso como técnica para mejorar los resultados oncológicos aunque asocia elevada morbilidad perineal como la hernia perineal, la dehiscencia de la herida o la infección. No existe una técnica de cierre perineal que haya demostrado superioridad respecto a las demás. El objetivo principal del estudio es valorar el impacto en la incidencia de hernia perineal del uso de malla biológica en el cierre del periné. Los objetivos secundarios son valorar la morbilidad asociada a este tipo de técnica.

Métodos: Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva (2005-2015) de dos centros hospitalarios de tercer nivel. Se incluyó pacientes sometidos a ELAPE por cáncer de recto, divididos en dos grupos, cierre perineal primario y cierre asociado a malla biológica. El tratamiento preoperatorio, el estadio tumoral, la posición quirúrgica y los datos demográficos fueron analizados. El diagnóstico de hernia perineal se realizó en la consulta mediante la exploración física. La morbilidad perineal, infección/seroma perineal y la dehiscencia de herida perineal fue analizada. Test chi-cuadrado y test de Fisher fue utilizado para el análisis de variables categóricas. Test de regresión logística fue utilizado para el análisis multivariante de factores de riesgo.

Resultados: 122 pacientes fueron analizados, con un seguimiento medio de 53 meses. Se utilizó malla en 35 pacientes (28,7%) y se realizó cierre primario en 87 (71,3%). Ambos grupos fueron comparables en sexo ($p = 0,77$), estadio tumoral ($p = 0,52$), tipo de neoadyuvancia ($p = 0,40$) y en edad ($p = 0,76$). 84 pacientes (68,9%) fueron operados en posición prona. El uso de malla se asoció a la posición en prono ($p < 0,01$). 94 pacientes (77%) recibieron tratamiento neoadyuvante, 50 (41%) radioquimioterapia, 11 (9%) radioterapia en monoterapia. No hubo diferencias en complicaciones posquirúrgicas entre ambos grupos ($p = 0,23$). 12 pacientes (9,8%) presentaron hernia perineal, 4 (3,3%) en el grupo de malla, 8 (6,6%) en el grupo cierre primario, sin diferencias significativas ($p = 0,70$). 32 pacientes (26,2%) presentaron morbilidad perineal, 12/35 (9,8%) en el grupo de malla frente a 20/87 (16,4%) en el grupo cierre primario, sin alcanzar diferencias significativas ($p = 0,19$). No se encontraron diferencias en dehiscencia de herida entre el grupo de malla y el de cierre primario 1 (0,8%) frente a 3 (2,5%) respectivamente ($p = 0,86$), ni en la infección de herida perineal en el grupo malla 12/35 (9,8%) respecto a la del grupo de cierre primario 18/87 (14,8%) ($p = 0,11$). En el análisis multivariante no se encontraron factores de riesgo de desarrollo de hernia perineal.

Conclusiones: El uso de malla biológica como técnica de cierre del defecto perineal tras ELAPE no parece disminuir la incidencia de hernia perineal. El uso de malla biológica no parece estar asociado a mayor incidencia de complicaciones perineales.