



P-276 - CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL RECIDIVADA: ¿ES SEGURO REALIZARLA EN RÉGIMEN DE CMA?

Borrego Canovaca, Sandra; De Jesús Gil, Ángela; Tinoco González, Jose; Tallón Aguilar, Luis; Moreno Suero, Francisco; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La cirugía reparadora de la hernia es la intervención más frecuente a nivel mundial. Las últimas guías clínicas recomiendan como primera elección la técnica laparoscópica junto a la técnica abierta vía anterior. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un modelo costo-efectivo siendo la hernia inguinal un procedimiento muy ligado por su seguridad y beneficio. La incidencia de recidiva a nivel internacional va en descenso progresivo debido al incremento de abordaje laparoscópico; siendo actualmente en España del 7,3%. Ante una recidiva, las guías de la European Hernia Society (EHS) recomiendan un abordaje laparoscópico (TAPP) tanto si previamente fue abierto como endoscópico al asociarse a una disminución de morbilidad, estancia hospitalaria y recurrencias.

Objetivos: Nuestro objetivo es determinar la seguridad de la cirugía de hernia inguinal recidivada en régimen de CMA comparándolo con la cirugía con ingreso. Como objetivo secundario, analizar posibles factores predisponentes asociados a morbilidad y recurrencia en este tipo de cirugía.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, el cual se ha realizado un análisis de 59 pacientes, intervenidos en nuestra Unidad de Pared Abdominal y CMA a los que se ha realizado una reparación de hernias inguinales recidivadas con independencia del abordaje y el régimen de ingreso entre abril y diciembre de 2022. Se han analizado múltiples variables epidemiológicas, de la técnica quirúrgica y las complicaciones posoperatorias. Para el análisis epidemiológico de los datos hemos usado el paquete informático de SPSS v 26 para realizar un análisis tipo chi cuadrado y Fisher para variables independientes.

Resultados: De un total de 59 pacientes identificados, 52 (88,14%) son varones con una edad media global de 60,93 años. Treinta y seis pacientes (61%) fueron intervenidos en régimen de CMA (94% abordaje laparoscópico, 6% abierta) y 23 (39%) con ingreso hospitalario (65% laparoscópico, 30% abierta y 13% robótico) con una estancia media total de 2,09 días. En ambos grupos el ASA mayoritario es II (23 en CMA 63,89% y 11 en ingresados 47,82%) seguido de un ASA III (5 en CMA, 13,89% y 7 en ingresados, 30,43%). En cuanto al análisis de las variables posquirúrgicas, en los pacientes ingresados observamos 1 caso (4,3%) de hemorragia posoperatoria, sin casos en el grupo de CMA. Por el contrario, en el grupo de CMA hubo un caso de SSI frente a ninguno el grupo de ingreso. No se evidenciaron recurrencias herniarias ni reingreso en los primeros 30 días en ambos

grupos. Respecto a los factores predisponentes de morbilidad y recidiva, solo hemos detectado leves diferencias no significativas en variables sin significación clínica, como el sexo. No se ha hallado por tanto ningún factor predictor independiente entre los analizados.

Conclusiones: La cirugía CMA es un régimen costoefectivo y seguro en la cirugía de hernia inguinal recidivada. Tal como hemos objetivado en nuestra muestra no hay mayor incidencia de morbimortalidad ni recidiva. Se requeriría un mayor tiempo de seguimiento del mismo y una muestra mayor para obtener resultados significativos en cuanto al análisis de factores predisponentes.