



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-499 - ABORDAJE E-TEP EN HERNIAS VENTRALES PRIMARIAS E INCISIONALES: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DE NIVEL 1

Martínez Caballero, Javier; Grajal Marino, Raquel; Pozancos de Simón, Teresa; Orive Aroz, Borja; González Burdalo, Verónica; Pinto Domingo, Eduardo; Malec, Pawel; Piniella García, Fernando

Hospital Comarcal los Santos Reyes, Aranda de Duero.

Resumen

Objetivos: Presentar los resultados preliminares de nuestra experiencia con la reparación endoscópica de hernias ventrales (REHV) mediante abordaje e-TEP.

Métodos: Entre abril de 2021 y marzo de 2022 se realizaron 6 REHV mediante abordaje e-TEP. Los pacientes fueron seleccionados preferiblemente con hernias ventrales primarias M1-M3, W1-2 (preferiblemente 25 kg/m², sin comorbilidades ni tratamiento anticoagulante. La elección del abordaje por puerto inferior, superior o medial se realizó en base a la localización de los defectos herniarios. El área de los defectos se calculó como el área de un óvalo, siguiendo las recomendaciones de las EHS, y se estimó el área de malla necesaria con un *overlap* 5 cm. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se muestra un resumen de los casos en la tabla 1. Se intervinieron cinco hombres y una mujer con una edad de 68,5 años [59,7-72,8] y un IMC de 28,05 kg/m² [26,5-32,2]. Tres fueron hernias primarias y tres hernias incisionales. El tiempo quirúrgico fue de 152 min [102-210], en todos los casos se cerraron los defectos con sutura primaria y se colocó la malla retromuscular medial y en un caso lateral; con una estancia hospitalaria de 1 día [1-2,25]. Se dejó drenaje únicamente en un paciente (caso 6), sin evidenciarse problemas relacionados con la herida (seroma, hematoma o infecciones). Dolor posoperatorio fue de 2,5 puntos (escala EVA) en el momento del alta hospitalaria. El porcentaje promedio del exceso de malla fue del 147 ± 36% respecto al área de malla necesaria estimada.

Conclusiones: La REHV con abordaje-TEP es factible y seguro en hospitales de nivel 1. Nuestra experiencia inicial ha sido satisfactoria con pacientes seleccionados (sobrepeso, hernias primarias < 5 cm con defectos múltiples o diástasis de rectos). En el posoperatorio precoz, parece favorecer una reducción de las complicaciones de la herida quirúrgica con mínimo dolor posoperatorio, a expensas de un tiempo quirúrgico más prolongado y un sobretratamiento, debido a la curva de aprendizaje.