



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-551 - VARIABILIDAD Y EVIDENCIA EN LA TÉCNICA DE HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINOPREPERITONEAL (TAPP)

Castañera González, Ramon; Valentín-Gamazo González, Isabel; Maderuelo García, Victoria María; Aguado de Benito, Alicia; Salanova Rodríguez, Mariana; Gómez Alonso, Daniel; Guilarte Hernández, Henry André; Louredo Méndez, Ángel Martín

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Objetivos: Las sociedades científicas, apoyadas en evidencia cada vez de mayor nivel, comienzan a igualar los métodos de cirugía mínimamente invasiva de la hernia inguino-crural con la cirugía abierta “tradicional”, estando a día de hoy como primera opción en casi todos los contextos. Su manejo se va extendiendo pese a ser una técnica compleja “de inicio” y al cambio de mentalidad que supone. Pese a todo, la variabilidad técnica es evidente y cada grupo ha ido cambiando y adaptando diferentes hitos y maniobras, intentando siempre buscar mejor resultado en cuanto a tiempo, complicaciones, dolor y recidiva. Por ello se pretende realizar un estudio estratificado que pueda demostrar algún punto de mejora evidente con evidencia significativa.

Métodos: Sobre base de datos del servicio (SPSS) de registro de hernioplastia inguinal laparoscópica desde 2015 hasta la actualidad, se realiza análisis estratificado buscando diferencias entre tipo de malla (poliéster vs. PVDF), fijación (*tacker* reabsorbible vs. cianoacrilato) y cierre peritoneal (*tacker* vs. sutura). Se analiza por tipo de complicación, tanto inmediata como tardía.

Resultados: De las 280 hernioplastias realizadas, en el 77,5% se utilizó malla de PVDF y en el 65,7% se fijó con *tacker* la malla y el colgajo peritoneal. En cuanto a seroma o infección de herida no hubo diferencias significativas; tampoco en cuanto a dolor posoperatorio, aunque más del doble fueron en malla de PVDF. El dolor tampoco se asocia a la colocación de *tacker*. En este aspecto tampoco hubo diferencias en cuanto a dolor crónico respecto a la malla; sí que las encontramos en cuanto a la fijación, siendo más frecuente con cianoacrilato que con *tackers*. No se encontraron diferencias en cuanto a tiempo operatorio cerrando el colgajo con sutura o *tackers*, si bien se relacionó con la experiencia del cirujano. Por último, tampoco se encontraron diferencias en cuanto a recidiva herniaria.

Conclusiones: De la cohorte total de intervenidos no podemos concluir con evidencia la superioridad o no de ciertas maniobras o técnicas tras estratificación por subgrupos, como pueden ser el tipo de malla, de fijación o de cierre peritoneal. La variabilidad tan grande de la muestra (tipo de hernia, cirujano, curva de aprendizaje, etc.) contiene sesgos que debemos analizar minuciosamente por subgrupo y con tamaño muestral suficiente para tomar decisiones basadas en evidencia estadística. Incluso aspectos ya estudiados, como la fijación con *tackers* y dolor, pueden

arrojar resultados estadísticos significativos en contra de la evidencia y de la propia experiencia del cirujano experto. Por ello, estudios prospectivos, aleatorizados, deben ser propuestos para cada ítem si queremos evolucionar hacia una técnica mejor para el paciente.