



P-464 - ¿DEBEMOS REPARAR LA DIÁSTASIS DE RECTOS CUANDO SE ASOCIA A UNA HERNIA VENTRAL PRIMARIA?

Bosch, Gemma; Bravo, Alejandro; Juvany, Montserrat; Pérez-Guitart, Marc; Riba, Luisana; Galindo, Jorge; Carrancho, Alberto; Pereira, José Antonio

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: Existe poco consenso sobre la actuación en la diástasis de rectos cuando esta coexiste con una hernia ventral primaria. No obstante, las nuevas guías europeas de la European Hernia Society (EHS) recomiendan la reparación con malla de la hernia y una plicatura de la línea media en el mismo acto quirúrgico. En nuestro grupo, en los casos de hernias ventrales con concomitante diástasis asintomática leve-moderada (D1-D2), solo se procede a la hernioplastia, sin actuación sobre la diástasis. Solo en casos de diástasis sintomática de gran tamaño o en casos seleccionados por motivos de calidad de vida en relación a la percepción de la imagen corporal se aborda la reparación con plicatura de la línea media. La hipótesis es que la diástasis de rectos no afecta a los resultados de la hernioplastia ventral en cuanto a recidiva herniaria y podría aumentar el riesgo de complicaciones al implicar una cirugía más agresiva.

Objetivos: Analizar el impacto de la diástasis de rectos concomitante en las hernioplastias ventrales preperitoneales.

Métodos: Análisis retrospectivo observacional y unicéntrico de nuestra base de datos de recogida prospectiva todos ellos incluidos en el registro nacional Proyecto Evereg. Se analizaron todas las hernias ventrales primarias intervenidas mediante abordaje preperitoneal en nuestro centro entre 2017 y 2022. Se agrupan en dos grupos en función de si presentan diástasis de rectos concomitante o no. Se realiza un análisis descriptivo de la cohorte, un análisis univariante comparativo y un estudio multivariante de factores de riesgo de complicación y recurrencia.

Resultados: Se analizan 743 pacientes intervenidos por una hernia ventral primaria, de los cuales 663 (89,2%) se intervinieron mediante hernioplastia anterior abierta preperitoneal como técnica de elección. 57 (8,6%) presentaban diástasis de rectos concomitante. Se utilizó el régimen CMA en un 78,35% de los casos. El grupo de diástasis no difería en ninguna variable demográfica respecto al grupo control a excepción de más comorbilidad global 215 (35,5%) vs. 32 (56,1%); $p = 0,002$ y más reparaciones de pared previas 22 (3,6%) vs. 7 (12,3%) $p = 0,008$. Hubo 2 reintervenciones (0,3%), 7 reingresos (1,05%) y un *exitus* (0,15%). No se encontraron diferencias significativas en términos de complicaciones globales 92 (15,2%) vs. 10 (17,5%) $p = 0,37$ a pesar de más tendencia de hematoma en el grupo de estudio (5,4 vs. 0,5%). La recurrencia fue similar en ambos grupos y en el análisis multivariante de factores de riesgo la diástasis no actúa como un factor de riesgo de recidiva.

Conclusiones: En nuestra serie, la diástasis de rectos concomitante a una hernia ventral primaria parece no tener impacto en los resultados de la hernioplastia preperitoneal. Por lo tanto, al reparar una hernia ventral, la plicatura de la línea media como tratamiento de la diástasis en un mismo tiempo debería individualizarse a casos seleccionados por sintomatología y afectación de la calidad de vida, a fin de no aumentar las complicaciones al tratarse de una cirugía más agresiva que no evita la recidiva. No obstante lo previamente descrito, harían falta estudios prospectivos en la misma línea de investigación.