



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-308 - HERNIA INCISIONAL SUBXIFOIDEA. RESULTADOS DE SU CORRECCIÓN QUIRÚRGICA A LARGO PLAZO

Abelló Audí, David; Avelino González, Lourdes; Cholewa, Hanna; Menéndez Jiménez de Zadava Lissón, Miriam; Martínez Hoed, Jesús; Bonafé Diana, Santiago; Pous Serrano, Salvador; Bueno Lledó, José

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: La hernia incisional subxifoidea (HIS) presenta complejidad en su solución quirúrgica por las características de la región anatómica donde aparece. El objetivo de nuestro estudio fue el análisis de los resultados obtenidos con las diferentes técnicas realizadas en nuestro centro desde 2011 hasta 2019, incidiendo en complicaciones postoperatorias y tasa de recidiva.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo desde enero de 2011 hasta enero de 2019 de los pacientes intervenidos de HIS. Se analizaron las comorbilidades, las técnicas quirúrgicas empleadas (eventroplastia preperitoneal o TP, y técnica de doble malla ajustada o TDMA) y variables postoperatorias, incidiendo en la recidiva herniaria. Las complicaciones se recogieron según la clasificación de Clavien-Dindo.

Resultados: Se intervinieron un total de 56 pacientes: 29 (51,7%) mediante una TP, y 27 (48,2%) mediante TDMA. No existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a recidiva herniaria comparando los dos grupos de tratamiento ($p = 0,136$). Las complicaciones registradas fueron todas ellas leves (grado I) y aparecieron mayoritariamente en el grupo de la TP ($p = 0,045$). El seguimiento medio postoperatorio fue $26,1 \pm 14,3$ meses.

Variables demográficas y técnica quirúrgica utilizada en la HIS

| | Eventroplastia preperitoneal (n = 29) (%) | Doble malla ajustada (n = 27) (%) | Total (n = 56) (%) | p |
|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------|-------|
| Género | | | | |
| Hombre | 20 (69) | 22 (81,5) | 42 (66,7) | 0,28 |
| Mujer | 9 (31,0) | 5 (18,5) | 14 (33,3) | |
| Edad (DE) | 60,8 \pm 7,5 | 60,6 \pm 9,5 | 60,7 \pm 8,5 | 0,932 |
| Trasplante | 17 (58,6) | 15 (55,6) | 32 (57,1) | 0,817 |
| HTA | 16 (55,2) | 15 (55,6) | 31 (55,3) | 0,977 |
| Obesidad (IMC > 30) | 12 (41,4) | 10 (37) | 22 (39,2) | 0,946 |
| DM | 10 (34,5) | 7 (25,9) | 17 (30,3) | 0,487 |

| | | | | |
|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-------|
| Anticoagulación | 7 (24,1) | 3 (11,1) | 10 (17,8) | 0,203 |
| Medicación inmunosupresora | 19 (65,5) | 16 (59,2) | 35 (62,5) | 0,701 |
| Broncopatía | 5 (17,2) | 4 (14,8) | 9 (16,1) | 0,805 |
| Tabaquismo | 4 (13,8) | 2 (7,4) | 6 (10,7) | 0,44 |
| Incisión previa | | | | |
| Lap. subcostal | 20 (69) | 20 (74,1) | 40 (71,4) | 0,515 |
| Lap. media | 5 (17,2) | 2 (7,4) | 7 (12,5) | |
| Esternotomía | 4 (13,8) | 5 (18,5) | 9 (16,1) | |
| EHS | | | | |
| M1 | 16 (55,2) | 16 (59,3) | 32 (57,1) | 0,329 |
| M2 | 7 (24,1) | 7 (25,9) | 14 (25) | 0,657 |
| M1M2 | 6 (20,7) | 4 (14,8) | 10 (17,8) | |
| W1 | 7 (24,1) | 4 (14,8) | 11 (19,6) | |
| W2 | 17 (58,6) | 17 (63) | 34 (60,7) | |
| W3 | 5 (17,2) | 6 (22,2) | 11 (19,6) | |

IMC: índice de masa corporal; DM: diabetes mellitus; Lap: laparotomía; EHS: European Hernia Society.

Tabla 2. Variables perioperatorias, seguimiento, recidiva herniaria y complicaciones quirúrgicas según la clasificación de Clavien-Dindo

| | Eventroplastia preperitoneal (n = 29) (%) | Doble malla ajustada (n = 27) (%) | Total (n = 56) (%) | p |
|------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------|---------|
| Tiempo medio cirugía (min.) | 77,6 ± 16,5 | 99,4 ± 12,9 | 88,1 ± 18,4 | < 0,001 |
| Estancia hospitalaria (días) | 3,5 ± 1,4 | 3,4 ± 1,1 | 3,53 ± 1,1 | 0,977 |
| Seguimiento medio (meses) | 22,1 ± 11,3 | 30,3 ± 16,1 | 26,1 ± 14,3 | 0,063 |
| Recidiva herniaria | 0 | 2 (7,4) | 2 (3,5) | 0,136 |
| Complicaciones: | 7 (27,6) | 2 (7,4) | | |
| Grado I | 4 seromas | 2 hematomas | 10 (17,8) | 0,049 |
| Grados II-V | 3 SSI | 0 | 0 | |

SSI: infección de la herida quirúrgica.

Conclusiones: Según nuestros resultados, la TP es la técnica ideal para reparar una HIS. La TDMA puede representar un abordaje eficaz con un bajo índice de complicaciones, aunque analizando globalmente la tasa de recidiva, el cierre fascial por encima de la prótesis preperitoneal conlleva un menor impacto en la misma.