



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-484 - RESULTADOS EN CIRUGÍA DE PARED COMPLEJA

Domínguez Bastante, Mireia; Santoyo Villalba, Julio; Díez Vigil, Jose Luis; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Gómez Arroyo, Arturo; Mansilla Roselló, Alfonso

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Objetivos:** Describir nuestros resultados en cirugía de pared compleja tras dos años de unidad de pared abdominal y CMA.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de eventraciones complejas en el periodo de enero de 2018 a junio de 2019. El seguimiento mínimo fue seis meses. Se han considerado criterios de pared compleja los recogidos en la literatura. Se han calculado medidas de frecuencia absoluta y relativas para las variables cualitativas y de tendencia central para las numéricas. Se han analizado variables demográficas, factores de riesgo y CEDAR. Como datos de la cirugía, analizamos la técnica, malla, tipo de anestesia, complicaciones postoperatorias (clasificación Clavien-Dindo) así como recidivas y mortalidad en la serie.

**Resultados:** Se intervinieron 128 pacientes. Las características demográficas y los factores de riesgo, el ASA e IMC pueden observarse en la tabla 1. El CEDAR medio fue del  $21,81 \pm 13,4\%$ . La mayoría de las intervenciones se realizaron vía abierta (126 -98,44%-) por miembros de la unidad (98 -76,6%-). El tipo predominante de anestesia fue general (122- 95,3%-). La técnica quirúrgica empleada se resume en la tabla 2, se asociaron otras intervenciones (reconstrucción del tránsito, adhesiolisis u otras cirugías mayores) en 34 casos (26,6%). Excepto en la rafia anecdótica, se utilizaron mallas de distintos modelos basadas en polipropileno. En 13 casos (10,2%) en los que existía pérdida de derecho a domicilio o índice de Tanaka > 20% se utilizó de forma preoperatoria neumoperitoneo progresivo. En 25 casos (19,5%) en los que el defecto era mayor o igual a 10 cm (W3 de la clasificación EHS), se inyectó toxina botulínica preoperatoria. La combinación de ambos, se realizó en 5 pacientes (3,9%). En cuanto a las complicaciones, registramos 40 (31,2%), la mayoría (30 -23,4%) de grado I/II relacionadas con seromas, hematomas o infecciones superficiales de la herida. La tasa de recidiva se sitúa en un 9,4% (12 pacientes). Fueron exitos en el seguimiento 3 (2,3%) pacientes, solo en un caso relacionado con peritonitis posquirúrgica.

Tabla 1

Edad	62,7 ± 11,96 años	
Sexo	Hombres	68 (53,1%)
	Mujeres	60 (46,9%)

	I	6 (4,7%)
ASA	II	78 (60,9%)
	III	43 (33,6%)
	IV	1 (0,8%)
IMC	30,39 ± 5,32 Kg/m <sup>2</sup>	
	DM	32 (25%)
	HTA	61 (47,7%)
	Neumopatía	24 (18,8%)
Factores de riesgo	Cardiopatía	24 (18,8%)
	Neoplasia previa	35 (27,3%)
	Nunca	67 (47,7%)
	Fumador	Diario 26 (20,31%)
		Exfumador 41 (32%)

Tabla 2

Técnica	Intervenciones
Rafia	1 (0,8%)
Intraperitoneal	13 (10,2%)
Preperitoneal	27 (21,1%)
Retromuscular	63 (49,2%)
TAR	26 (8,7%)

**Conclusiones:** La mayor dificultad para analizar los resultados en pared compleja radica en su definición. Basándonos en la literatura más actual, hay una amplia cantidad de pacientes diagnosticados que precisan una valoración adecuada en unidades con experiencia. El uso de adyuvantes preoperatorios como la toxina botulínica o neumoperitoneo han permitido tratar estos pacientes de una forma más segura y definitiva, e incluso la realización de técnicas más sencillas. No obstante, se observa en nuestros resultados que no son cirugías exentas de complicaciones. Debido a ello, defendemos la existencia de unidades de pared compleja para poder dar el trato adecuado que estos pacientes merecen.