



P-091 - TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS VENTRALES EN OBESOS MEDIANTE ABORDAJE ETEP-LAPAROSCÓPICO: ¿ES FACTIBLE Y SEGURO?

Trujillo Díaz, Jeancarlos; Gómez López, Juan Ramón; Concejo Cutoli, Pilar; Montenegro Martín, María Antonia; Schenone, Francesco; Martín del Olmo, Juan Carlos

Hospital Medina del Campo, Valladolid.

Resumen

Objetivos: La obesidad es una patología que ha ido aumentando en las últimas décadas, convirtiéndose en una verdadera epidemia en el mundo occidental. Estos pacientes tienen más probabilidades de tener afecciones médicas comórbidas con aumento de las complicaciones perioperatorias: cardíacas, respiratorias, tromboembólicas y complicaciones de las heridas quirúrgicas. Las hernias de la pared abdominal son uno de los problemas más frecuentes abordados por los cirujanos generales. La reparación de la hernia ventral sigue siendo un desafío en la población con obesidad, dado que esta es un factor de riesgo independiente para las complicaciones posoperatorias de la reparación herniaria, como el aumento de la estancia hospitalaria (LOS), aumento de la recurrencia herniaria y un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la herida. La cirugía mínimamente invasiva (CMI) se ha desarrollado en las últimas décadas para mejorar los resultados clínicos. La evidencia actual revela una mayor morbimortalidad en pacientes con obesidad que se someten a reparación abierta de hernia ventral; por lo que creemos que esta población podría beneficiarse de la CMI.

Métodos: Estudio retrospectivo donde analizamos nuestra base de datos de pacientes con hernia ventral (primaria y secundaria) sometidos a cirugía de pared abdominal mediante abordaje laparoscópico-eTEP, durante el periodo septiembre-2021 a marzo-2023. Realizamos un análisis comparativo entre los pacientes con índices de masa corporal (IMC) ≥ 30 (obesos).

Resultados: Un total de 38 pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica eTEP durante este periodo, de los cuales 21 (55,3%) presentaban obesidad y 13 (34,2%) sobrepeso. Grupo Obeso: IMC: $34,3 \pm 2,8$ kg/m², edad: 67 (RIQ: 50-74 años), mujeres: 13 (61,9%). Comorbilidades: HTA: 11 (52,4%), DM: 5 (23,8%). Clasificación ASA I: 3 (14,3%), II: 12 (57,1%) y III: 6 (28,6%). El 94,6% de las hernias eran de línea media y 1 (5,9%) de línea semilunar. En su mayoría hernias incisionales: 15 (71,4%) y asociado a diástasis: 81%, con una distancia entre rectos media: $5,2 \pm 1,9$ cm. Defecto herniario: ancho: $5,6 \pm 2,2$ cm, área defecto: 24 (RIQ: 14-66 cm²), ancho malla: $18,7 \pm 3,8$ cm, largo malla: $27,4 \pm 5,03$ cm, tiempo quirúrgico: 180 (RIQ: 145-285 min). Cirugía realizada: Rives-Stoppa: 17 (81%), TAR-unilateral: 2 (9,5%) y bilateral: 2 (9,5%), fijación atraumática: 100%, drenaje: 2 (9,5%), bótox-preoperatorio: 5 (23,8%). Seguimiento: 335 (RIQ: 162,5-401,5 días), EVA-1^oDPO: $4,4 \pm 1,02$, EVA-7^oDPO: $2,5 \pm 0,7$, EVA-1MPO: $0,85 \pm 0,6$. Estancia hospitalaria posoperatoria: $1,6 \pm 0,7$. Durante el tiempo medio de seguimiento (337 días) se observaron las siguiente incidencia de

complicaciones globales: 3 (14,3%), graves: ninguno, seroma clínico: 2 (9,5%) y ecográfico: 11 (52,4%), hematoma: 1 (4,8%), y ningún caso de infección ni de recidivas herniarias hasta el actual seguimiento. Se comparó el tiempo quirúrgico del grupo obesos vs. no obesos, resultando mayor en el grupo obesos pero sin diferencias estadísticamente significativas ($211,7 \pm 92,2$ min vs. $189,4 \pm 75,2$ min $p > 0,05$), y sin diferencias igualmente en la estancia hospitalaria. Además se comparó la incidencia de complicaciones globales, seroma clínico, ecográfico y hematomas en pacientes obesos frente a los no obesos y no se observaron diferencias estadísticamente significativas (14,3 vs. 11,8% $p > 0,05$; 9,5 vs. 0% $p > 0,05$; 52,4 vs. 29,4% $p > 0,05$; 4,8 vs. 0% $p > 0,05$).

Conclusiones: Los pacientes obesos tienen mayores comorbilidades y riesgo de complicaciones perioperatorias. La cirugía de la pared abdominal en estos pacientes es un desafío. Con el abordaje laparoscópico la tasa de complicaciones de la herida quirúrgica disminuye. En nuestra serie no observamos diferencias estadísticamente significativas en la incidencia de complicaciones globales, graves, seromas, dolor posoperatorio, recidiva herniaria en el grupo obesidad frente a los no obesos, por lo que podemos decir que el abordaje mínimamente invasivo eTEP en pacientes obesos (grado I-II) parece ser un procedimiento seguro y efectivo.