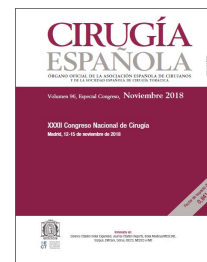




# Cirugía Española

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



## P-572 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PARED ABDOMINAL COMPLEJA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Rodicio Miravalles, José Luis; Moreno Gijón, María; Amoza Pais, Sonia; Díaz Vico, Tamara; Turienzo Santos, Estrella; Sanz Álvarez, Lourdes; López Monclús, Javier; García Ureña, Miguel Ángel

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

### Resumen

**Objetivos:** El aumento de la esperanza de vida, la cronificación de enfermedades y la realización de cirugías cada vez más complejas nos lleva atender una patología de pared abdominal que cada vez necesita más especialización. Con el objetivo de mejorar esta especialización y con ello nuestros resultados desarrollamos un programa de pared abdominal compleja (PAC), del que analizamos nuestros resultados.

**Métodos:** El Hospital Universitario Central de Asturias es un hospital de tercer nivel, de referencia para la comunidad autónoma, lo que implica que da cobertura a una población de un millón de habitantes para cirugía de PAC. Intervenimos al año en torno a 100 eventraciones, de las que aproximadamente un 20% las encuadramos en el grupo de complejas. En el 80% de los casos se realizaba eventroplastia onlay con malla de polipropileno, con un índice de recidiva analizado del 23% a los dos años de seguimiento. Debido al aumento de la complejidad de esta patología decidimos poner en marcha un protocolo de PAC, comenzando con un periodo de formación en el Hospital Universitario del Henares y Hospital Universitario Puerta de Hierro para aprender la técnica de separación de componentes posterior con liberación del músculo transverso (TAR), así como un curso de PAC y optimización en el Hospital Universitario de La Fe.

**Resultados:** Desde la puesta en marcha del nuevo protocolo de PAC en octubre de 2016, hemos operado 49 pacientes. La edad media fue de 61,2 años, 51% hombres, IMC medio de 30,3. Entre los antecedentes: DM 21,7%, inmunosuprimidos 23,9%, obesidad 52,2% y neoplasia 23,9%. La localización principal fue M3 (14,3%), L1 (16,3%), L3 (22,1%). El tamaño más frecuente W2 32,7%. La mayoría fueron R0 (44,9%). La técnica más habitual fue el Rives 22,4%, la separación posterior de componentes con TAR 24,5%, y la preperitoneal 24,5%. La malla más utilizada fue de polipropileno 37,4%, PVDF 37,4%, y doble malla de BioA y PVDF en el 18,4%. La mediana del tamaño de la malla fue de 30 × 30 cm. El abordaje fue abierto en el 85,7%. Fue necesario realizar puenteo por imposibilidad de cierre fascial en el 34,7%, con una mediana de eje longitudinal de 10 cm y transversal de 8 cm. La mediana de ingreso fue de 6 días. 18 pacientes se fueron de alta con drenaje. Entre las complicaciones destacan cuatro reintervenciones, dos por sangrado, otra por infección de seroma y una isquemia de colon, y dos aperturas de vejiga identificadas durante la cirugía. No hay recidivas identificadas hasta la fecha.

**Conclusiones:** Si bien es pronto para sacar conclusiones y aún no tenemos resultados del seguimiento a medio plazo, la sensación subjetiva con los cambios introducidos hacia la eventroplastia sublay es el manejarnos en un plano más complejo en un primer momento, pero con más solidez a la hora de realizar la reconstrucción de la pared abdominal. Y en los casos más complejos, donde aplicamos la optimización, el TAR y el uso de grandes mallas nos da una confianza en una reparación solvente, que hasta el momento no teníamos.