



P-487 - ETEP-TAR VS. IPOM+ EN HERNIAS INCISIONALES SUBCOSTALES. EL ABORDAJE ENDOSCÓPICO RETROMUSCULAR MEJORA EL DOLOR POSOPERATORIO Y LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL

Bellido-Luque, Juan¹; Licardie, Eugenio²; Sobrino, Lorena¹; Cañizares, Ignacio¹; Sánchez-Matamoros, Inmaculada¹; Nogales, Ángel¹; Morales, Salvador¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ²Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: El abordaje endoscópico totalmente extraperitoneal para el tratamiento de la hernia incisional (eTEP) podría ser la técnica de referencia en el futuro, debido a que no penetra la cavidad abdominal minimizando la posibilidad de lesiones intraperitoneales, u obstrucción intestinal por formación de adherencias. El abordaje quirúrgico de las hernias incisionales subcostales es un desafío debido a su proximidad al margen costal. Presentamos nuestra experiencia en el acceso retromuscular totalmente endoscópico con liberación transversa del abdomen (eTEP-TAR) para hernias subcostales laterales incisionales tras cirugía HPB.

Métodos: De enero 2019 a enero 2023, pacientes con hernia incisional subcostal derecha sintomática se sometieron a una reparación eTEP-TAR. Los resultados se compararon con aquellos pacientes que fueron operados mediante reparación laparoscópica convencional de hernia con cierre de defecto (IPOM +) de 2012 a 2018 en un estudio de casos/controles. Exclusión: hernias > 12 cm de ancho, encarceradas o deterioro de la piel. Variables: edad-largo y ancho del defecto-tipo de malla-tiempo quirúrgico-complicaciones intraoperatorias/posoperatorias-estancia-dolor al 1.º-7.º-30-90 días-restricciones de actividades al 1.º y 6.º mes posoperatorio-tasa de recurrencia. Los resultados se expresan en media \pm desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron 25 pacientes en el grupo eTEP y 22 en el grupo IPOM. No se observaron diferencias significativas en las mediciones preoperatorias (edad y tratamientos previos), tipo de longitud media del defecto 6,6 cm \pm 1,4 y ancho 6,3 cm \pm 1,5 cm en el grupo eTEP (superficie del defecto: 41,4 cm² \pm 14,4) y 7,5 cm \pm 1,2 con 5,9 cm \pm 1,4 (superficie del defecto: 43,9 cm² \pm 10,5) respectivamente en el grupo IPOM, sin diferencias significativas (p: 0,3). El tiempo quirúrgico fue mayor en el grupo eTEP con diferencias significativas (106,3 min \pm 22,7 vs. 67,2 min \pm 15,5). 5 complicaciones intraoperatorias (2 lesiones de la serosa yeyunal superficiales resueltas con sutura, 1 lesión de vaso epigástrico y 2 orificios peritoneales con disminución del espacio de trabajo en eTEP). La estancia media fue de 33 horas \pm 13,8 y 61 horas \pm 12,2 en los grupos eTEP e IPOM respectivamente con una mejora significativa a favor del grupo eTEP. No se identificaron diferencias en las complicaciones posoperatorias dolor posoperatorio medido en los días 1, 7, 30 y 90 posoperatorios, el grupo eTEP mostró significativamente menos dolor en los días 1, 7, 30 y 90 posoperatorios que el grupo IPOM+ (p < 0,05). La restricción de actividades mejoró

significativamente en el grupo eTEP después de 1 y 6 meses en comparación con IPOM+ ($p < 0,002$). Seguimiento medio: $20,6 \pm 10,6$ meses en el grupo eTEP y de $60,6 \pm 10,6$ meses en el grupo IPOM+. Durante el seguimiento, se identificaron 1 recurrencia (4%) y 2 (9%) en los grupos eTEP e IPOM respectivamente.

Conclusiones: eTEP-TAR parece ser una técnica aceptada debido a los beneficios del abordaje extraperitoneal. El dolor posoperatorio, la estancia quirúrgica y las restricciones de actividades mejoran gracias a la fijación no traumática. La malla PPL convencional se coloca en posición retromuscular, lo que disminuye el costo del procedimiento en comparación con la costosa malla intraperitoneal en la técnica IPOM.