



P-540 - TOXINA BOTULÍNICA: UN RECURSO PARA LA PARED ABDOMINAL

Busto Hermida, Leticia; Matías Beteta, Gabriel; Hernández García, Lisandro David; Pallarés Pereira, Alejandra; Troncoso Magdalena, Iria; Salgado Álvarez, Rocío; Vázquez Bouzán, Raquel; Climent Aira, Antonio

Hospital Ribera Povisa, Vigo.

Resumen

Introducción y objetivos: Se han descrito en la literatura numerosas técnicas para reparar eventraciones complejas (EC). Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos en pacientes con tratamiento preoperatorio de toxina botulínica A (TBA) en nuestro centro. Creemos que permite realizar técnicas quirúrgicas menos agresivas, favoreciendo la movilización de colgajos miofasciocutáneos más pequeños.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes con EC tratados con TBA, desde diciembre de 2020 a abril de 2024 en la Unidad de Pared Abdominal de nuestro hospital. En la base de datos se recogieron sus características demográficas y comorbilidades, detalles de la infiltración, quirúrgicos, complicaciones y seguimiento en consulta. En todos se realizó previamente un TC para medir el defecto.

Resultados: Se han incluido 16 pacientes con una edad media de 65 años, siendo el 63% hombres. Respecto a las comorbilidades registradas, el IMC medio fue de 30 Kg/m², dos diabéticos, dos EPOC, tres fumadores activos, un anticoagulado y cuatro portadores de estoma. El 69% eran ASA 2. Según la clasificación de la European Hernia Society (EHS) quince de las eventraciones eran de tipo M y una mixta, asociando cinco una gran diástasis de rectos. La medida del defecto transversal fue de 12 ± 6 cm. Siete eran EC recidivadas con malla previa. Se inyectó TBA usando la técnica de Ibarra-Hurtado (300 UI) guiada por ecografía, sin presentar efectos adversos. En ninguno se realizó neumoperitoneo preoperatorio. Todas las cirugías se realizaron de forma programada, 45 ± 9 días después de la infiltración. En nueve se hizo un Rives-Stoppa, siendo la técnica más utilizada; cuatro TAR bilaterales, dos Rives-TAR y una eventroplastia laparoscópica. Dos incluyeron reconstrucción del tránsito en el mismo acto. La malla utilizada fue de Polipropileno, añadiendo en 8 casos una BIO A[®]. En el 88% fue posible el cierre de la fascia anterior del recto del abdomen, en el resto fue necesario realizar un puenteo con malla con un tamaño de 14 cm de media. El tiempo quirúrgico medio fueron 188 minutos. Los pacientes precisaron 7 ± 4 días de ingreso y la retirada del último drenaje se realizó a los 10 días de media. En cuanto a las complicaciones posoperatorias inmediatas, dos sangrados subcutáneos (precisaron transfusión sanguínea) y una infección de herida quirúrgica. Tras el alta hospitalaria, se registraron tres seromas (uno sobreinfectado), una infección de herida quirúrgica y una sobreinfección de la malla por un *Propionibacterium* (necesitó reingreso para antibioterapia, reintervención y cura VAC). Actualmente, diez de ellos han sido dados de alta de consulta, con un seguimiento de 200 ± 88 días. No se han registrado hasta el momento recidivas.

Conclusiones: La infiltración de TBA permite, en las EC, disminuir el grosor y aumentar la longitud de la musculatura lateral del abdomen, disminuyendo el tamaño del defecto herniario y aumentando las tasas de cierre fascial. De este modo, se favorece la realización de técnicas de reparación menos agresivas como el Rives-Stopppa, quedando otros planos indemnes para posibles reparaciones futuras. En nuestra experiencia, se trata de un método seguro, reproducible y sin morbimortalidad.