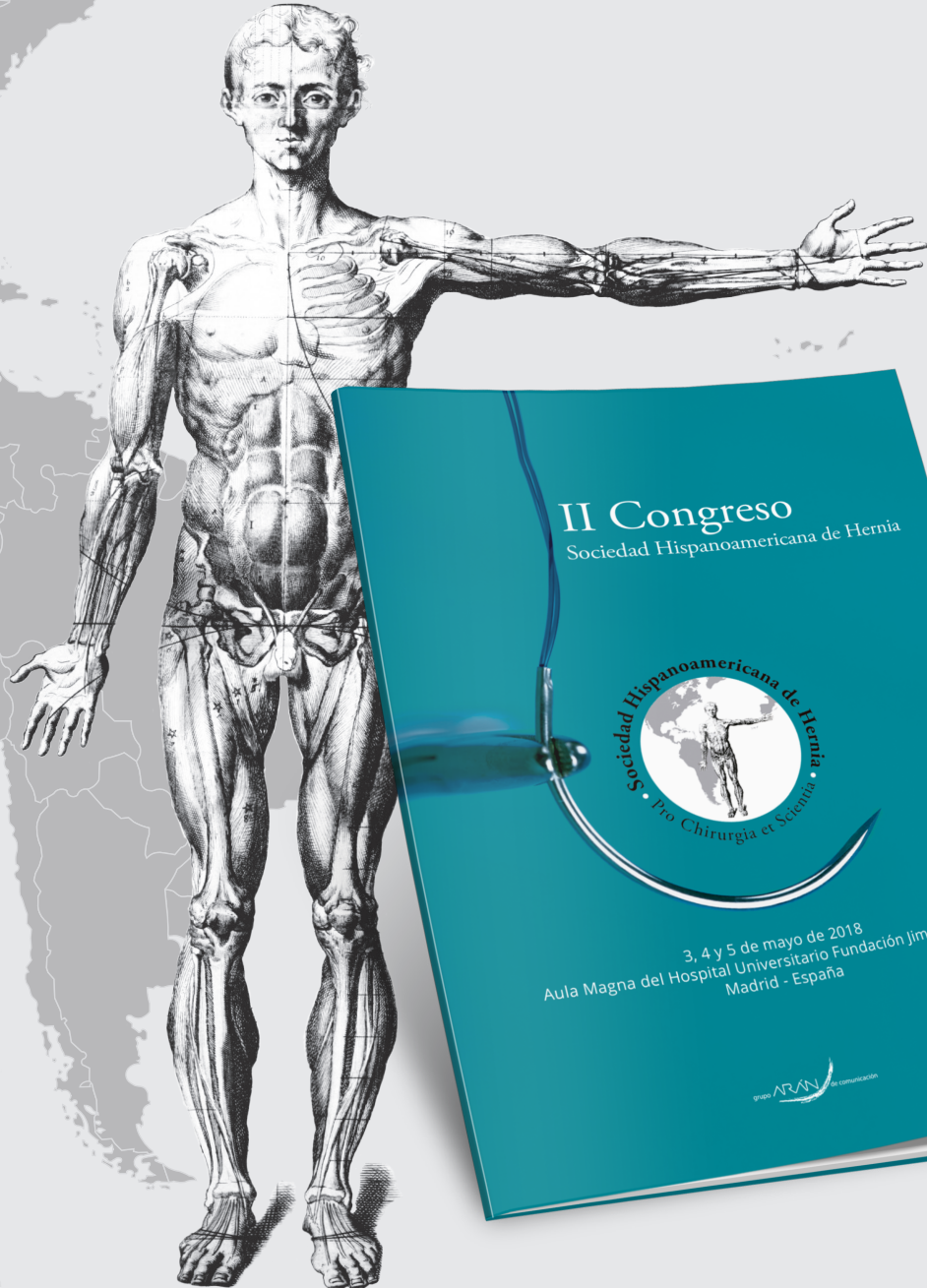




Revista Hispanoamericana de Hernia

ISSN: 2255-2677

Órgano Oficial de la Sociedad Hispanoamericana de Hernia y de la FELH



Fundada por el Dr. Fernando Carbonell Tatay
Director: Alfredo Moreno Egea

Fomento del español en la ciencia



Vol. 6 (Supl. 1) | 3, 4 y 5 de mayo 2018



COMUNICACIONES ORALES

CO 01 Tratamiento secuencial de la eventración compleja mediante neumoperitoneo-Técnica Carbonell-Bonafé-Dermolipectomía en hospital de nivel primario. ¿Es posible?

Canelles Corell Enrique¹, Landete Molina Francisco Javier¹, Covelli Gómez Camilo¹, Prat Calero Antonio¹, De Tursi Rispoli Leonardo¹, Bernal Sprekelsen Juan Carlos², Carbonell Tatay Fernando³

¹Hospital General de Requena. Requena. Valencia (España).

²Consortio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV). Valencia (España). ³Instituto Valenciano de Oncología. Valencia (España)

Objetivo: Mostrar el proceso completo para el correcto tratamiento en la actualidad de la eventración compleja (gran tamaño, multi recidivada y con “perdida del derecho a domicilio”) en un Hospital Comarcal de nivel primario, donde no está constituida como tal una Unidad de Pared Abdominal.

Métodos: Selección de paciente varón de 60 años con los siguientes antecedentes: No reacciones alérgicas medicamentosas, AC × FA, anticoagulación oral con Acenocumarol, diverticulitis aguda perforada y eventración intervenida en dos ocasiones (ambas patologías tratadas en otro centro). Remitido desde Atención Primaria a CCEE de Cirugía General.

Presenta eventración gigante con gran delantal abdominal, multisacular, irreductible y con colección de tacto quístico residual en subcutáneo. Afectación importante de su vida socio-laboral.

Se completa estudio de pared con TC dinámico.

Por deseo del paciente se decide tratamiento en nuestro Hospital, poniéndonos en contacto con Referente en pared abdominal. Conjuntamente, se decide esta secuencia terapéutica:

1. Neumoperitoneo progresivo (17 l) en régimen ambulatorio según técnica de Goñi Moreno, tras implantación quirúrgica ecoguiada de catéter pigtail.
2. Eventroplastia según técnica de Carbonell-Bonafé.
3. Dermolipectomía.

Resultados: Tras completar los actos quirúrgicos planificados, el paciente presentó mínima morbilidad (serohematoma resuelto con los drenajes aspirativos). Óptimo resultado funcional y estético, con alto nivel de satisfacción. No presenta recidiva en controles posteriores.

Conclusiones: La eventración compleja es en la actualidad un reto quirúrgico que habitualmente es derivada a unidades especializadas de pared abdominal.

La combinación de neumoperitoneo y reconstrucción anatómica con prótesis consideramos que es la secuencia óptima para conseguir una correcta reducción del contenido y una reparación fisiológica de la pared sin tensión. Igualmente consideramos que, dada las características anatómicas de la mayoría de estos pacientes, la dermolipectomía debe realizarse para completar el tratamiento quirúrgico. Con una correcta planificación del tratamiento y tutelaje por expertos en la patología, puede ser tratada correctamente en Hospitales de nivel primario.

CO 02 Tratamiento quirúrgico urgente en la pared abdominal compleja: apendicitis aguda evolucionada en una eventración

Covelli Gómez Camilo, Landete Molina Francisco Javier, Canelles Corell Enrique, Prat Calero Antonio, De Tursi Rispoli Leonardo

Hospital General de Requena. Requena. Valencia (España)

Objetivo: La apendicitis aguda dentro de la patología herniaria no supera el 1% (Garengot, Amyand), y que esta se presente en una eventración, es aún más extraño, situación que nos impulsa a presentar este caso.

Métodos: Paciente varón de 60 años con antecedente de hepatectomía derecha mediante abordaje subcostal por hepatocarcinoma secundario a hepatopatía alcohólica y VHC, realizada hace 1 año otro centro.

Eventración compleja en lista de espera para reparación secuencial según técnica de Goñi Moreno + Carbonell Bonafé.

Acude a urgencias con cuadro de dolor abdominal de 3-4 días e inapetencia, afebril, tránsito intestinal conservado. A la exploración, masa dolorosa y pétreo correspondiente a gran eventración de la laparotomía subcostal derecha, segunda eventración en línea media, no complicada. En los reactantes de fase aguda, destacan una PCR de 9.7 mg/dl y una leve leucocitosis con desviación izQUIERDA. TAC abdominal: eventración de la pared abdominal derecha, con salida del ciego y presencia de líquido libre pericecal, salida parcial del apéndice, engrosado hasta 1.7cm en su punta con aumento de la trabeculación de la grasa periapendicular, sugestivo de apendicitis aguda.

Indicamos intervención quirúrgica urgente para solventar el problema infeccioso agudo, sin abordar la compleja corrección de la pared abdominal en su totalidad: a) Laparotomía subcostal iterativa (limitada al segmento comprometido); b) apéndice cecal gangrenosa incluida en el saco eventrogeno; c) apendicectomía

y lavado exhaustivo de la cavidad más desbridamiento del saco herniario; y d) eventrorrafia subcostal en doble plano, dejando 3 drenajes (1 Jackson Pratt intrabdominal y 2 drenajes de Redon, interoblicuo y subcutáneo).

Resultados: El paciente evolucionó favorablemente, se retiraron los drenajes de forma secuencial con alta al 5.º DPO, con tránsito intestinal presente, afebril y sin signos de nueva eventración (figs. 1-3).



Figura 1.

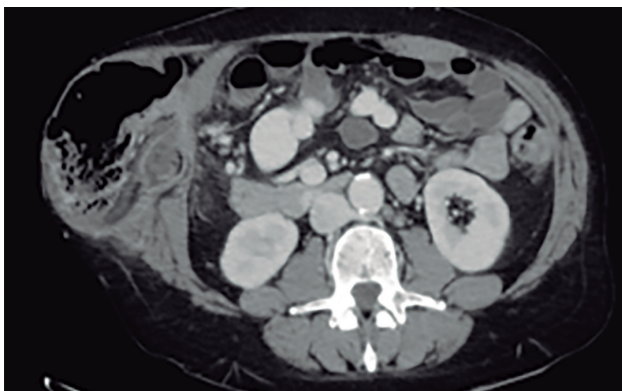


Figura 2.

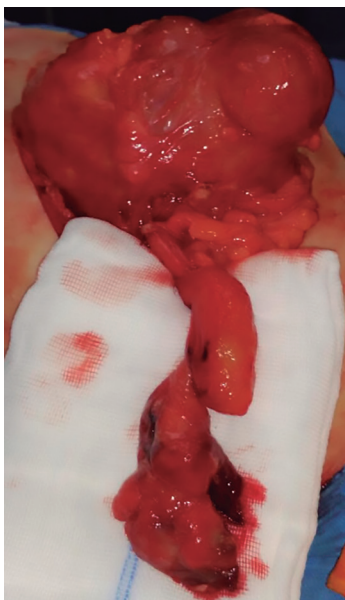


Figura 3.

Conclusiones: El manejo definitivo de la eventración compleja en el contexto de una infección local, es un tema de difícil abordaje, principalmente por la poca evidencia disponible. La conclusión innegable es la importancia de resolver la patología infecciosa de manera prioritaria y en segundo plano abordar la reconstrucción de la pared, ya sea con rafia o el uso de materiales protésicos resistentes a la infección.

CO 03 Toxina botulínica y neumoperitoneo preoperatorio en el manejo de la hernia con pérdida de domicilio. Nuestra experiencia en 78 casos

Bueno-Lledó José¹, Jiménez Raquel¹, Torregrosa Antonio¹, Bonafé Santiago¹, García Providencia¹, Iserte José¹, Carreño Omar², Carbonell Fernando²

¹Hospital Universitario y Politécnico de La Fe. Valencia (España). ²Instituto Valenciano de Oncología. Valencia (España)

Objetivos: Análisis de los resultados obtenidos con la combinación preoperatoria del neumoperitoneo progresivo (NPP) y la administración de toxina botulínica (TB) en la preparación de la hernia con pérdida de domicilio (HPD).

Métodos: De 473 pacientes operados de hernia ventral entre mayo 2010 y diciembre de 2017 en nuestro Hospital analizamos retrospectivamente 78 casos de HPD. Diámetros del defecto herniario, así como volúmenes de cavidad abdominal (VCA) y de saco herniario (VH) fueron calculados con TC abdominal en Valsalva, basados en el índice de Tanaka. 500 unidades de TB (DYSPORT) fueron administradas bilateralmente en la musculatura lateral abdominal según protocolo de Ibarra-Hurtado, con control ecográfico y EMG 30-40 días antes de la eventroplastia de forma ambulatoria. Aproximadamente 10-12 días previos a la intervención quirúrgica, instilábamos el NPP mediante un catéter intraperitoneal. El día previo a la hernioplastia repetíamos el TC abdominal para comparar resultados.

Resultados: La comorbilidad más importante fue la obesidad, con un IMC mayor a 30 en el 24.2% de los pacientes. Todos los pacientes presentaban intervenciones previas abdominales: 56 eran defectos de línea media, mientras 14 eran hernias laterales. El volumen medio de aire insuflado fue 8450cc (4500-13450), durante un periodo de 11.3 días (7-16) y con una media de 850cc (500-1400) introducidos en cada procedimiento. El tiempo medio de administración de TB fue 37 días (32-44). Observamos una reducción media del 16.7% de la relación VH/VCA tras la combinación de las dos técnicas. No hubo complicaciones con el uso de la TB; con el NPP observamos un 20% de complicaciones, siendo el enfisema subcutáneo la más frecuente. El cierre fascial primario fue posible en 77 pacientes, y las técnicas de reconstrucción realizadas fueron la separación de componentes modificada (55%), TAR (17%) y Rives-Stoppa (28%). Con un tiempo de seguimiento medio de 34.6 meses (9-60), el índice global de recidiva fue de un 5.7% (figs. 1 y 2).

Conclusiones: La combinación de NPP y TB es útil en la preparación de la HPD. Su aportación más importante consiste en la reducción del diámetro del defecto herniario y en la relación VH/VCA, que constituye un factor clave en el tratamiento de la HPD.

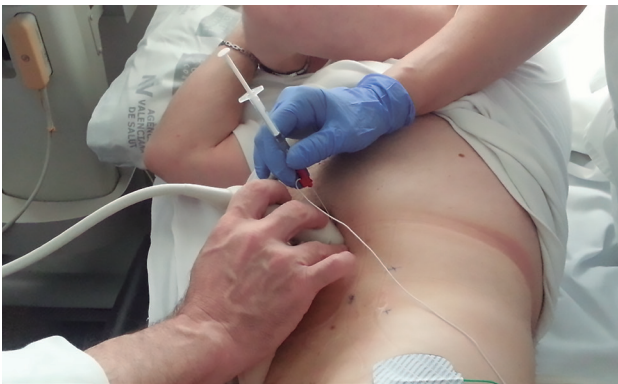


Figura 1.



Figura 2.

músculo-aponeurótica, se colocaron los pacientes en posición semisentado en la camilla de quirófano (en torno a 30-45%), logrando la aproximación de los bordes musculares y por tanto la sutura sin excesiva tensión de los planos. Se recurrió además al refuerzo protésico en la mayoría de los casos con prótesis retromuscular y SAC cuando existía una pérdida de derecho a domicilio.

Resultados: Se consiguió la reparación de la continuidad de los músculos rectos mediante sutura directa en todos los casos, sin objetivar hasta la fecha, ningún caso de recidiva, consiguiendo el paciente la posición erguida en 2-4 días en el posoperatorio inmediato (figs. 1-3).

Conclusiones: Es posible la restauración anatómica de los músculos rectos en las eventraciones subcostales con la colocación del paciente en posición semisentada. Es aconsejable en todos los pacientes y obligado en pacientes jóvenes.

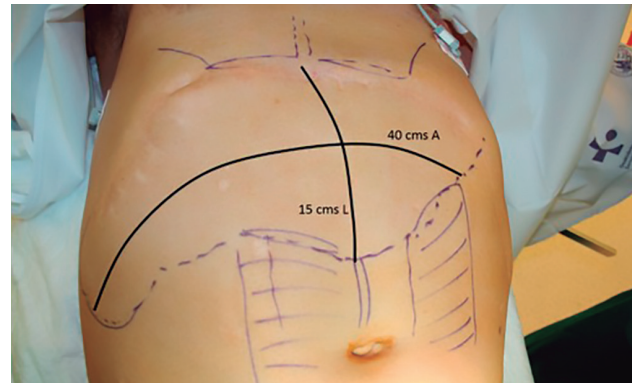


Figura 1.

CO 04 Reparación de las eventraciones subcostales

García Herrero Silvia, Zorraquino González Ángel, Gutiérrez Ferreras Ana Isabel, Elías Aldama Mónica, Pérez de Villarreal Amilburu Patricia, Hierro-Olabarria Salgado Lorena, Bengoetxea Peña Iker

Hospital Universitario Basurto. Bilbao (España)

Introducción: Las incisiones subcostales de Kocher ampliadas, transversa de Ross y ampliada de West, implican una tasa baja de eventración, en torno al 2-5%. Sin embargo, cuando se produce, implica una separación amplia y progresiva de los segmentos craneal y caudal de músculos rectos lo cual dificulta el cierre directo sin tensión. En los casos en los cuales no se consigue la aproximación de los segmentos de los rectos, se ha recurrido a la colocación de doble prótesis para cubrir el defecto, interponiéndolas entre los extremos musculares, sin restauración anatómica. Con esta técnica, se han descrito tasas de recidiva de hasta el 40% de los casos. En nuestro Centro, consideramos que lo ideal sería restablecer la anatomía y función de los rectos, optando por la colocación de prótesis como refuerzo.

Material y método: Entre marzo de 2012 y marzo de 2017, se intervinieron un total de 14 pacientes por eventración de laparotomías subcostal transversa uni o bilateral. La sutura directa de los extremos de los rectos no era posible en ninguno de los casos con el paciente en decúbito supino. Tras la disección



Figura 2.

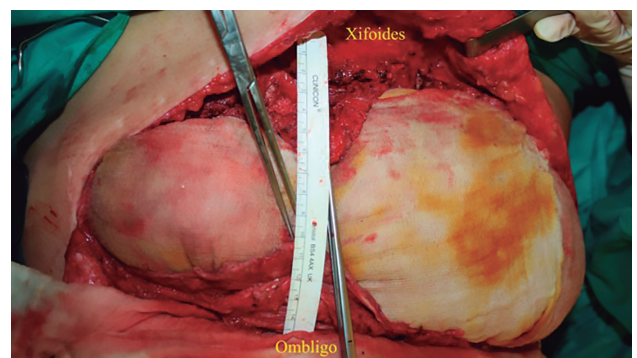


Figura 3.

CO 05 Nuestra experiencia con la técnica de SAC modificada por Carbonell-Bonafé en eventraciones complejas

González Sánchez Juan Antonio, Valderrábano González Santiago, Heras Garceau María Alexandra, Martínez Jiménez Pilar, Álvarez Peña Estibaliz

Hospital Universitario La Paz. Madrid (España)

Introducción: La modificación de la técnica de SAC de Ramírez por Carbonell-Bonafé nos pareció muy atractiva para el tratamiento de eventraciones muy complejas y presentamos nuestra experiencia en estos casos y con seguimiento a largo plazo.

Material y métodos: Presentamos nuestra serie de 50 pacientes con eventraciones muy complejas, intervenidos en nuestra unidad desde noviembre del 2009 hasta octubre de 2017. El tamaño de la eventración, en su diámetro transversal, oscilaba entre los 10 y los 25 cm. Asociados a eventraciones de ostomías ha habido 6 enfermos. En 34 casos se trataba de eventraciones primarias, y recidivadas en 16 casos. Neumoperitoneo previo hemos empleado en 5 casos, asociado en 1 a la inyección de toxina botulínica.

La técnica realizada ha sido la descrita por Carbonell-Bonafé como nivel I en 11 ocasiones de las cuales han sido monolaterales en 3, asociadas a hernias periestómicas y de nivel II en 39 (1 monolateral asociada a hernia pericostómica).

Hemos seguido la evolución de los pacientes durante los primeros 5 años, por lo que el seguimiento medio de la serie es de 49 meses, con mínimo de 2 y máximo de 60.

Resultados:

- Mortalidad: 1 paciente por fallo agudo en la reparación.
- Complicaciones quirúrgicas: 4 pacientes desarrollaron necrosis cutáneas, de las cuales 3 requirieron reintervención.
- 6 infecciones de herida quirúrgica
- 1 seroma precisó drenaje
- Complicaciones Médicas: 5 enfermos
- Recidivas: En las eventraciones no asociadas a ostomías (44 casos) hemos tenido 2 recidivas, 1 de SAC I y otra de SAC 2, ocurrida 6 años tras la reparación inicial (4.5 %).

En los pacientes en los que se asociaba eventración gigante de línea media y de la ostomía y se hizo SAC monolateral, los resultados han sido peores: en un caso ha recidivado toda la reparación, y 3 han presentado recidiva de la eventración periestómica con continencia de la línea media, por lo que ahora asociamos malla de chimenea (1 caso, sin recidiva)

Conclusiones: La SAC, modificada por Carbonell Bonafé, en nuestra experiencia, y especialmente en su nivel II, ha ofrecido muy buenos resultados a largo plazo en la reparación de eventraciones muy complejas.

CO 06 La administración de toxina botulínica previa a la reparación de hernias incisionales gigantes disminuye la necesidad de realizar la separación de componentes y aumenta la posibilidad de una reconstrucción completa

Orihuela Arroyo María del Pilar, González Ayora Santiago, Georgiev Tihomir, Barambio Buendía Javier, Huarachi Guarachi

Miguel Ángel, Sánchez Argüeso Arsenio, López Rojo Irene, Celdrán Uriarte Ángel

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)

Objetivos: La aplicación de toxina botulínica, introducida recientemente en el tratamiento de grandes defectos de pared abdominal, se presenta como un método eficaz para añadir a las técnicas ya existentes en la reconstrucción de la pared abdominal.

En este estudio hemos planteado como objetivo e hipótesis de trabajo que la aplicación de toxina botulínica tipo A, previa a la reparación de hernias incisionales gigantes, podría reducir la necesidad de realizar la separación de componentes y aumentar la posibilidad de incrementar la tasa de una reconstrucción completa de la pared abdominal.

Material y métodos: Se han incluido pacientes con hernias incisionales gigantes, con un diámetro transversal superior a 10 cm (Clasificación de la Sociedad Europea de Hernias). Se les aplicó Toxina Botulínica tipo A bajo control ecográfico, según el método utilizado por Ibarra-Hurtado.

La reparación se llevó a cabo a partir de las tres semanas de la administración de la toxina, realizándose una reconstrucción de la pared abdominal mediante un uso asociación racional de la separación escalonada de componentes y las prótesis de polipropileno según el método propuesto por Celdrán y col.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes que presentaban hernias incisionales, con un diámetro medio de 12.6cm. En 8 pacientes se realizaron incisiones de descarga en la vaina de los músculos rectos. En ningún caso fue necesario realizar la separación de componentes en la aponeurosis del músculo oblicuo externo. En todos los pacientes se consiguió una reconstrucción completa de la pared abdominal. La estancia hospitalaria media fue de 5.9 días. Dos pacientes presentaron seromas, que fueron tratado con terapia de vacío. Un paciente tuvo una mínima área de necrosis dérmica a nivel de una ileostomía. La mediana de seguimiento es de 18 meses (1-41 meses), sin que hayan aparecido recidivas.

Conclusiones: La administración preoperatoria de toxina botulínica tipo A en la reparación de las hernias incisionales gigantes podría evitar la separación de componentes en la aponeurosis del músculo oblicuo externo, y favorecer la reconstrucción completa de pared abdominal.

CO 07 Hernia ventral compleja fistulizada postrasplante renal

García Carrero Marta, Trillo Parejo Pedro, Fernández Saborido Laura, Moreda Álvarez Rubén, Rigueiro López Lucía, Couce Santiago José María, Domínguez Sánchez Julio Manuel, Estéfano Bulufert Carlos Francisco, García García Manuel

Complejo Hospitalario Universitario de Orense. Orense (España)

Introducción: Las hernias de pared son de diagnóstico clínico y suponen un riesgo diagnóstico y de tratamiento en paciente posoperado. Las complicaciones quirúrgicas varían entre el 1 y el 25% en pacientes trasplantados renales, debe ser de pronto diagnóstico pues presentan graves consecuencias para el paciente. El linfocele es una complicación con incidencia variable

y causado por lesión de vasos linfáticos circundantes a los vasos ilíacos. El tratamiento es conservador en la mayoría de los casos. La infección de la herida quirúrgica supone la primera complicación en la pared abdominal representando un 5 a un 12% de los casos y tiene repercusión en la supervivencia del injerto. La eventración de la herida quirúrgica es variable, alcanzando valores entre 5 y 10% en distintas series. Son varios los factores que aumentan el riesgo de eventraciones postrasplante renal: la obesidad, la diabetes, el rechazo, las infecciones de la herida y la inmunosupresión son los principales. Los dos primeros son los principales.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 74 años HTA, dislipémica con desnutrición proteica y poliquistosis renal que acude a nuestras consultas tras trasplante renal fallido con explante y complicada con dehiscencia de herida quirúrgica, infección polimicrobiana y linfocelo sobreinfectado. Inicialmente fue tratada de manera conservadora por infección activa con antibióticos con buena respuesta. Es remitida nuevamente a las consultas observándose hernia lumbar derecha de gran tamaño, reductible, con pérdida de todos los planos musculares y orificio herniario de 8 cm × 12 cm presenta herniación de asas intestino delgado con meso, colon ascendente, ciego y apéndice, hernia fistulizada a piel. Se procede a exéresis de granuloma y hernioplastia con doble malla de titanio. Paciente con posoperatorio sin incidencias, a día de hoy a seguimiento, asintomática y sin datos de recidiva herniaria.

Discusión: La eventración supone un reto diagnóstico y terapéutico en paciente trasplantado, presentamos el caso por su complejidad tanto de diagnóstico como de planificación quirúrgica. Son muchas las causas de la eventración en el paciente transplantado, siendo el rechazo una de las principales. La infección de la herida es factor de riesgo y debe ser tratada previamente. El tratamiento es quirúrgico y la selección del momento de cirugía y la planificación de la misma es esencial para un resultado satisfactorio.

CO 08 Eventración de trocar. Resultados en nuestro centro en los dos últimos años

Álvarez Peña Estibaliz, Heras Garceau María, Peinado Iríbar Begoña, Martínez Jiménez Pilar, Valderrábano Santiago, González Sánchez Juan Antonio

Hospital Universitario La Paz. Madrid (España)

Introducción: La eventración de trocar fue descrita por Fear en 1968. Desde entonces debido al aumento de la cirugía mínimamente invasiva se ha incrementado de forma exponencial hasta convertirse en la complicación más frecuente de la cirugía laparoscópica. Los factores de riesgo más importantes para el desarrollo son: edad avanzada, mujer, obesidad, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar crónica. La gran mayoría requieren intervención quirúrgica lo que supone en la actualidad un verdadero problema sanitario.

Caso clínico: Presentamos un total de 62 pacientes intervenidos de eventración de trocar en nuestro centro durante el periodo de 2016 y 2017. Se realizaron 44 (71%) en régimen cirugía mayor ambulatoria (CMA) y el restante 29% (18) en hospitalización

convencional (18). La media de edad fue de 62,4 años (22-82), el 59% (37) fueron mujeres. El 19,3 % (12) eran pacientes diabéticos y el 5% (3) presentaban enfermedad pulmonar crónica. El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 29,13, siendo = 30 en el 40% de los pacientes. Agrupando los factores de riesgo, 41 pacientes (66,1%) presentan 2 o más factores, 14 pacientes (22,5%) 3 o más y 4 pacientes (6,4%) 4 o más factores. En cuanto a la localización, 96% fueron eventraciones mediales: 88,3% umbilicales, 10% epigástricas, 1,7% subxifoideas. El 77,4% eran secundarias a procedimientos quirúrgicos de cirugía general (60% colecistectomías, 20% cirugía hiatal y el restante 20%: apendicectomía, TAPP y sigmoidectomía), el 16,1% a procedimientos urológicos y el 6,5% a procedimientos ginecológicos. El tamaño del defecto fue menor a 4 cm (W1) en el 84% de los pacientes, 10 cm (W3) en el 2,5%. La mayoría de los pacientes intervenidos fueron según la clasificación anestésica ASA II (66%). El tipo de reparación elegida fue: 37% malla preperitoneal, 37% malla retromuscular, 21% malla supraaponeurótica, 5% intraperitoneal.

Discusión: La eventración de trocar es una entidad que puede aparecer hasta en un 30-40% de los procedimientos laparoscópicos según algunas series. Es fundamental el conocimiento de los factores de riesgo para la prevención mediante la mejora de la técnica de cierre o incluso la colocación de mallas profilácticas en casos seleccionados.

CO 09 Onstep: una técnica alternativa para la reparación de las hernias inguinales

Martí Cuñat Elena¹, Pou Santonja Guillermo², Barrios Carvajal M.^a Eugenia³, Torrico Folgado M.^a Ángeles¹, Martínez Lloret Alfredo¹, Calvete Chornet Julio¹

¹Hospital Malvarrosa. Valencia (España). ²Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia (España). ³Hospital de Llíria. Llíria. Valencia (España)

Objetivos: La hernia inguinal es la patología quirúrgica más prevalente en nuestro medio no exenta de complicaciones en el posoperatorio, siendo la más temida el dolor crónico.

Para minimizar esta complicación, los Doctores Augusto Lourenço y Rui Soares da Costa (Oporto, Portugal), idearon la técnica Onstep (Open New Simplified Totally ExtraPeritoneal). Se trata de un abordaje anterior abierto con malla cubriendo el espacio preperitoneal con incisión localizada en un área que evita las mayores estructuras nerviosas.

Métodos: Presentamos nuestra experiencia en la técnica Onstep, en un periodo de 2 años (enero 2016-enero 2018) en un centro de CMA.

Hemos intervenido 210 pacientes diagnosticados de hernia inguinal unilateral, todos por el mismo equipo (3 cirujanos) utilizando la malla ONFLEX™ Mesh (BARD, DAVOL INC.) El seguimiento ha sido al mes y a los 3 meses de la intervención, dejando cita abierta para casos de necesidad.

Los datos obtenidos han sido analizados con el programa informático SPSS.

Resultados: 208 varones (99%) y 2 mujeres (1%), con edades entre los 29 y los 81 (media 58 años). 58 pacientes pre-

sentaron hernias directas (27,6%), 96 hernias indirectas (45,7%), 51 hernias mixtas (24,3%) y 5 hernias recidivadas sin malla previa (2,4%). Tiempo de duración de la cirugía: 11-30 minutos (media 23 minutos). Tiempo medio de recuperación para el alta domiciliaria: 3 horas 50 minutos. Tiempo de incorporación a la vida activa: 20-35 días (media 25 días).

Complicaciones: dolor residual (0%), infección quirúrgica (0%), hematoma 10 pacientes (4,7%), seroma 1 paciente (0,48%), recurrencia 3 (1,4%).

Conclusiones: La técnica Onstep no tiene riesgos adicionales frente a otras técnicas lo que supone la indicación ideal en programa de CMA. Al ser una técnica libre de fijación con lugar de incisión alto, se elimina el riesgo del dolor secundario a la fijación de la malla y a la lesión nerviosa. Su rápida ejecución (menos de 20 minutos) supone menor requerimiento de anestesia, más pacientes por sesión quirúrgica y reducción de la Lista de Espera Quirúrgica. Es una técnica sencilla y segura, fácilmente reproducible, con corta curva de aprendizaje que ofrece una reparación efectiva en coste.

CO 10 Inguinodinia: influencia de abordajes, técnicas y áreas críticas de dolor neuropático

Dávila Dorta David

Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia (España)

Objetivo: El dolor inguinal posoperatorio crónico neuropático es la complicación más importante de la hernioplastia inguinal: 10%-18% (¡hasta un 75%), casi siempre relacionado con la invasividad de los abordajes y la disectividad de las técnicas, dejando en segundo término, tanto en prevalencia como en gravedad, a la recurrencia herniaria.

Material y métodos: Se presentan 2 clasificaciones de las técnicas hernioplásticas, que permiten conocer con aproximación, el nivel de agresión tisular y el probable riesgo neurolesivo. La primera evalúa las dimensiones y extensiones (cuantitativas y/o cualitativas) de la invasividad (abordajes) y disectividad de las técnicas usuales, aplicando una particular, inédita, intuitiva y lógica nomenclatura adjetivada con los prefijos: maxi, normo, mini y mínimamente.

La segunda relaciona las técnicas hernioplásticas con los nervios periféricos inguinales expuestos en sus respectivas “áreas críticas de riesgo de dolor inguinal posoperatorio crónico neuropático”, áreas anatómicas (superficies y trayectos) por donde discurren y sujetos a las imprevistas variaciones topográficas del trayecto (60%), de las bifurcaciones (21%), de linealidad (15%), etc. en sus respectivas áreas neuroanatómicas, expuestos con frecuencia a neurolesiones “específicas” para cada opción técnica.

Resultados: La 1.ª agrupa las clases de técnicas según la dimensión de la invasividad (I, II, III), y las reúne en subgrupos de acuerdo con la extensión y/o dimensión de la disectividad, específica para cada técnica hernioplástica. La 2ª agrupa de la misma forma a clases de técnicas con sus respectivos subgrupos de opciones hernioplásticas, según la invasividad y la disectividad propia de cada una, junto al probable, o poco probable, riesgo neurolesivo generado por la particular disección que cada técnica produce sobre las zonas neuroanatómicas por las que discurren los nervios periféricos

inguinales, quedando potencialmente expuestos a daños, casi siempre, por disecciones “inapropiadas”, puntos, grapas, mallas, etc.

Conclusiones: Son clasificaciones que ayudan a entender de forma intuitiva, objetiva y “cuantificable” el grado de agresión tisular que produce el abordaje y la disección en cada técnica hernioplástica. Y reflejan la probabilidad, o no, de que puedan ser lesionados determinados nervios periféricos, relacionados con el tipo de abordaje y de disectividad realizada sobre determinadas áreas neuroanatómicas inguinales, específicas y de riesgo neurolesivo, habitualmente por una técnica inapropiada.

CO 11 Hernia inguinal recidivada y reparación preperitoneal abierta. Nuestra experiencia en 156 casos consecutivos

Blázquez Lautre Lucas, Sebastián Labayen José Luis, Recreo Baquedano Ana, Docio Gregorio Gorka, Uribazo Fernández Mauricio, Otegi Altolaurre Ibai

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona (España)

Objetivos: Analizar nuestros resultados de la vía preperitoneal abierta (Nyhus) para la reparación de hernia inguinal recidivada.

Material y métodos: Presentamos un análisis observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de manera consecutiva y programada en nuestra Unidad de hernia inguinal recidivada. La técnica quirúrgica consiste en acceso transrectal al espacio preperitoneal, disección sacos y cordón inguinal. Colocación de una malla de polipropileno fijada con puntos sueltos al ligamento de Cooper, encorbatado del cordón inguinal y extensión lateral de la malla. Cierre por planos. Se analiza en el seguimiento las complicaciones locales y recidiva.

Se compara este periodo con otro anterior donde operamos pacientes de las mismas características, pero sin fijación de la malla al ligamento de Cooper, encorbatado del cordón ni extensión lateral de la malla. Se compara la tasa de recidiva con el test chi cuadrado.

Resultados: Entre septiembre 2015 y junio 2017 se intervinieron 170 pacientes con hernia inguinal recidivada por cirujanos de nuestra Unidad. Se excluyen 14 intervenciones urgentes. De los 156 pacientes a analizar 125 se operaron en régimen ambulatorio (79,6%) y la anestesia más utilizada fue la raquídea en 128 pacientes (81,5%). No presentaron complicaciones 119 pacientes (75,7%) y las complicaciones más frecuentes fueron: hematoma 19 (12%), dolor 7 (4,4%) e infección herida 6 (3,8%). La recidiva ha sido de 9 pacientes (5,7%) con una media de seguimiento de 16 meses.

Entre 2011 y 2015 operamos 107 pacientes sin los detalles técnicos referidos. En este periodo la tasa de recidiva fue del 9,3 % con una media de seguimiento de 48 meses y una tasa de complicaciones locales del 20 %. Comparando ambas tasas de recidiva no existen diferencias significativas ($p = 0,6$).

Conclusiones: La utilización del espacio preperitoneal tras una reparación anterior de hernia inguinal facilita la cirugía y permite reducir las complicaciones locales. Es importante la atención a detalles técnicos que permiten disminuir la tasa de recidiva de estas operaciones, aunque las diferencias no sean significativas. En nuestra serie los resultados de esta técnica son comparables a otros publicados en la literatura.

CO 12 Reparación endoscópica preaponeurótica de la diástasis de los rectos abdominales. Notas clínicas y fisiopatológicas y presentación de la casuística personal

Cuccomarino Salvatore

Ospedale Civico di Chivasso. Turín (Italia)

Objetivos: La diástasis de rectos interesa alrededor de 1/3 de las mujeres que han parido y reconoce, entre los factores de riesgo, la paridad y los partos quirúrgicos. En la mayoría de las pacientes se asocia a hernia umbilical y manifestaciones clínicas como lumbalgia y trastornos del piso pélvico (incontinencia urinaria, prolapso pélvicos). Tradicionalmente la diástasis se considera un trastorno estético, dominio de los cirujanos plásticos con una cirugía –la abdominoplastia– invasiva, con complicaciones posoperatorias graves (hemorragias, necrosis del colgajo y onfalonecrosis), y tasas de recidivas inaceptables (20-40% en algunos trabajos). Desde el 2014, el tratamiento de la diástasis incluye una opción miniinvasiva (Reparación Endoscópica Preaponeurótica, R.E.P.A.) muy agradecida a las pacientes, efectiva y con mínimas complicaciones. Presentamos nuestros pacientes con indicación a R.E.P.A., nuestra casuística, algunas consideraciones técnicas y nuestros resultados.

Métodos: Desde agosto 2017, operamos 42 pacientes (F:M 41:1). La edad media fue 42,6 años (32-65); todas las pacientes habían tenido uno o más embarazos, entre ellos 9 gemelares, en 31 casos con partos quirúrgicos. 41 pacientes presentaban una hernia umbilical asociada, y 2 otras hernias de línea media. 26 pacientes mostraban lumbalgia crónica, 15 incontinencia urinaria y 18 trastornos digestivos. El ancho medio de la diástasis fue de 4,4 cm (2,5-10); 2 eran recidivas (1 posabdominoplastia, 1 pos-R.E.P.A.). El tiempo quirúrgico medio fue de 2:45 horas, la estancia hospitalaria una noche. Todos los pacientes fueron dados de alta con un drenaje, retirado a los 7 días posoperatorios, y prescripción de faja abdominal por un mes y hielo local. Al mes de la cirugía, los pacientes empezaron ciclos de fisioterapia (drenajes linfáticos de pared, gimnasia ipopresiva) por 4-10 sesiones.

Resultados: En el posoperatorio se observaron 3 seromas y 1 complicancia de herida. El dolor posquirúrgico, moderado, fue tratado con comunes analgésicos orales. Al control después de fisioterapia, todos los síntomas preoperatorios habían desaparecido.

Conclusiones: La diástasis es una patología común y muy sintomática en el posembarazo. La R.E.P.A es una cirugía efectiva y muy agradecida a los pacientes que, en manos expertas, permite el tratamiento de grandes defectos y de situaciones complejas como las recidivas.

CO 13 Nuestra experiencia en el tratamiento de la hernia de Morgagni

González Sánchez Juan Antonio, Valderrábano González Santiago, Heras Garceau María Alexandra, Martínez Jiménez Pilar, Álvarez Peña Estibaliz

Hospital Universitario La Paz. Madrid (España)

Introducción: La hernia de Morgagni es una hernia congénita que ocurre en la región retroxifoidea, y supone alrededor del

2% de las hernias diafragmáticas intervenidas quirúrgicamente. Dada esta característica, lo habitual es que lo sea en la infancia, por lo que es infrecuente el tratamiento de esta patología en adultos.

Caso clínico: Presentamos una serie de 6 pacientes intervenidas por nuestro grupo en los últimos años, en que se creó la Unidad de Pared Abdominal. Se trata de 6 pacientes, 5 mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 17 y 91 años (edad media: 62)

La clínica de los mismos ha sido:

- En un caso (paciente de 91 años) por un cuadro de obstrucción intestinal de colon que precisó intervención urgente.
- Otro caso por episodios de vómitos de repetición en una paciente en la que se había herniado el antro gástrico –se comportaba como una estenosis pilórica– y el colon.
- Tres casos tenían problemas respiratorios tipo EPOC.
- Un caso (paciente de 17 años) asintomática, hallazgo radiológico.

El abordaje ha sido laparoscópico en todos los casos, teniendo que reconvertir a laparotómico en uno por las intensas adherencias, encontrándose orificios herniarios entre 6 y 9 cm, y estando herniado en todos los casos el colon, y estómago además en uno de ellos. Salvo en este paciente reconvertido, en todos los demás se han colocado mallas.

Un paciente desarrolló 4 meses después un seroma, estéril, drenado de forma percutánea sin que haya habido más problemas

Discusión: Presentamos 6 pacientes con hernia de Morgagni, en 5 de los cuales se ha completado el tratamiento con éxito mediante abordaje laparoscópico. Pensamos que es el de elección puesto que permite el tratamiento que deseamos de la hernia, minimizando el traumatismo parietal. Son discutibles otros aspectos técnicos: resección o no del saco herniario, empleo y tipo de prótesis y, en su caso, método de fijación de las mismas, pero en nuestra serie hemos tenido buenos resultados sin problemas atribuibles a las mallas.

CO 14 Manejo de la pared abdominal en el cierre de los defectos castastróficos consecutivos a un abdomen abierto y contenido

Cano Carlos Alberto, Gutierrez Nancy Débora, Yarade María Emilia

Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Jujuy (Argentina)

Introducción: En el año 1897 Andrews Mc Cosh, utiliza el abdomen abierto y contenido como recurso terapéutico ante una peritonitis generalizada. En la década del 40 Ogilvie utiliza el mismo procedimiento y en la actualidad constituye un paso de la cirugía del control del daño. Así, el trauma, la sepsis, la pancreatitis aguda y aquellas situaciones en que se corre el riesgo de una hipertensión abdominal, son indicaciones de un abdomen abierto y contenido. Este importante recurso, sin embargo, no está exento de complicaciones, como las fistulas entero atmosféricas, las ostomías, que complican y agravan la evolución de estos enfermos. Pero el verdadero desafío del cirujano es lograr el cierre definitivo de este abdomen donde la atrofia de los músculos rectos, las retracciones musculares, las pérdidas parciales de pared abdominal, constituyen un verdadero abdomen catastrófico.

Objetivo: El objetivo de esta presentación es analizar el cierre de estos defectos utilizando las incisiones musculares a distancia de Albanese.

Material y método: Estudio retrospectivo y observacional de 6177 pacientes intervenidos por abdomen agudo quirúrgico de enero del 2006 a enero del 2014. (8 años) 113 culminaron en un abdomen abierto y contenido, 13 de los cuales epilugaron en un defecto catastrófico, cuyo cierre definitivo es el motivo de esta presentación.

Resultados y conclusiones: Se retransitaron 11 fistulas entero atmosféricas y dos ostomías de derivación. 3 pacientes fueron tratados sin prótesis, correspondientes a los que menos tiempo de evolución tenían. 3 pacientes recibieron mallas separadoras de tejidos, 2 pacientes mallas livianas en el espacio retromuscular y 1 paciente con gran pérdida de pared se realizó técnica con dos mallas. 4 pacientes recibieron prótesis supraoneuróticas. Todos los pacientes recibieron como parte de la técnica de cierre una incisión de descarga sobre el músculo oblicuo mayor, que comprometía su inserción desde el 6 al 9 fascículo en el tórax y descendiendo oblicuamente hasta las proximidades de la espina iliaca anterior. en algunas ocasiones también fue necesario incidir la hoja posterior de la vaina de los rectos en su diedro interno.

CO 15 La transposición con la línea alba (TLA) en la abdominoplastia para corrección de las grandes diástasis. Caso clínico

Melo Renato Miranda¹, Seronni Guilherme², Ganem Anna María Machado², Filho Tristão Maurício de Aquino²

¹Universidade Federal de Goiás. Goiânia (Brasil). ²Pontificia Universidade Católica de Goiás. Goiânia (Brasil)

Introducción: La transposición con el saco herniario fue ideada por Lázaro da Silva (1971), para reparar hernias incisionales medianas, empleando incisiones relajadoras longitudinales bilaterales en la vaina de los músculos rectos (posterior a la izquierda y anterior a la derecha), y el propio saco herniario, reconstituye la línea alba, evitando la tensión excesiva en las líneas de sutura y no aumenta la presión intraabdominal (PIA). En la corrección de grandes diástasis (distancia interretal > 7,5 cm), la plicatura mediana de aquellos músculos, clasificada en la abdominoplastia, podría provocar efectos adversos de ese orden, llevando a la recidiva o incluso al síndrome compartimental. En estos casos, procediendo a la transposición con la línea alba distendida (TLA), tales complicaciones serían prevenidas.

Caso clínico: Paciente femenina, 41 años, IMC 24, no tabaquista y sin comorbilidades. G3 P3 A0, último parto ocurrido cinco años antes (cesárea con histerorrafia umbilical), desarrolló gran diástasis poco después. En el examen, el abdomen era flácido, en delantal, presentando muchas estrías y diástasis xifopúbica (10 cm de ancho x 20cm de largo); cicatriz a Pfannesntiel. Después de profilaxis antimicrobiana, bloqueo peridural y anestesia general, se realizaron la abdominoplastia con la TLA, mediante incisión transversa bicrita iliaca y extensión mediana restringida. Se utilizó un hilo de polidioxanona calibre "0" en sutura continua en los tres planos (bioline hilos quirúrgicos, anápolis / GO). Este procedimiento consumió cerca de 30 minutos, y la presión de meseta traqueal se mantuvo inalterada en 16cmH2O (figs. 1-3).

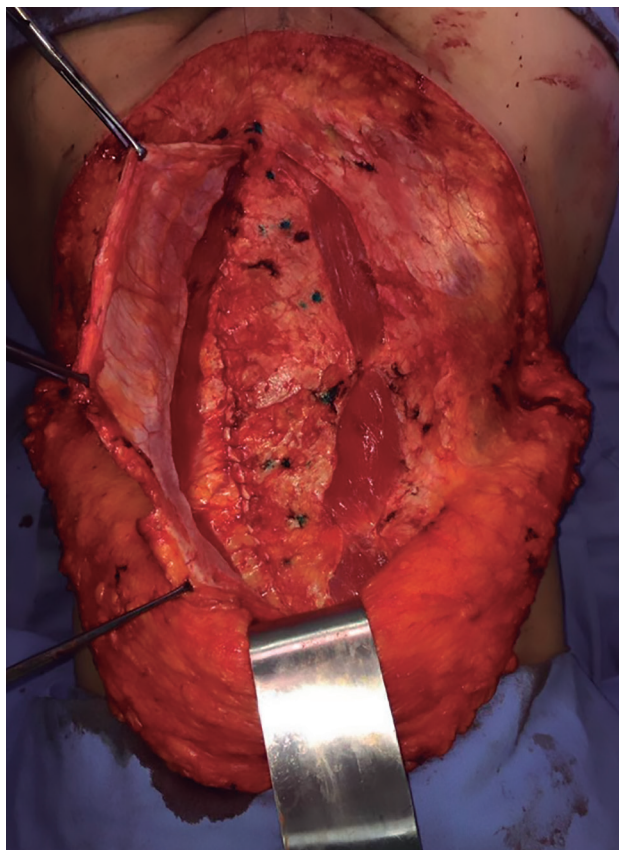


Figura 1.

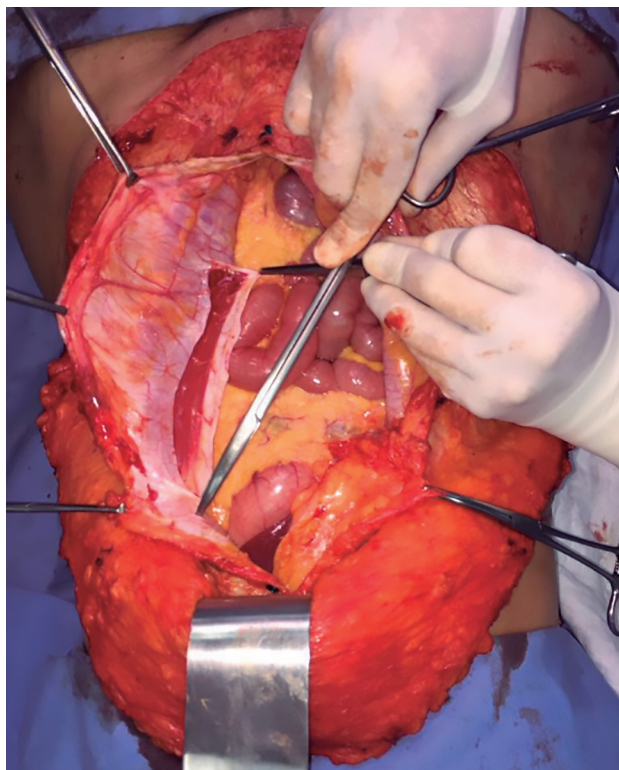


Figura 2.

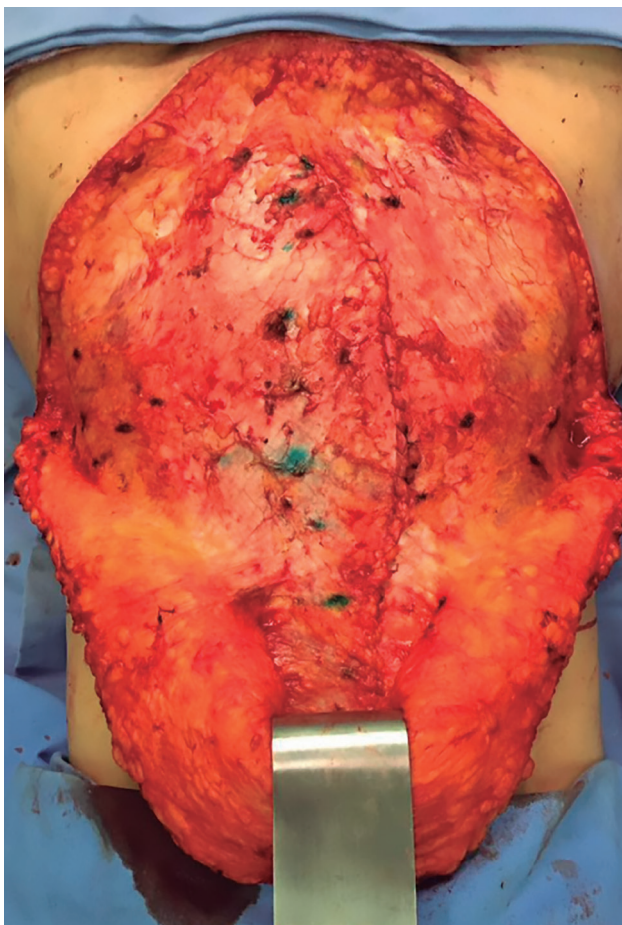


Figura 3.

Discusión: La TLA es procedimiento viable como alternativa a la plicatura en la corrección de las grandes diástasis, sin extender ese tiempo operatorio. La presión de la vía aérea fue utilizada para demostrar su carácter no hipertensivo. Otros estudios para la evaluación estética y la aplicabilidad de esta propuesta quirúrgica son necesarios.

CO 16 Importancia del solapamiento en la recurrencia tras hernioplastia umbilical con malla bilaminar

Cano-Valderrama Óscar¹, Marcos Alberto², Ramos Beatriz², Villar Soledad², Alonso María Teresa², Sánchez-Cabezudo Carlos², Castillo María José², Bonachia Óscar², Cervantes Norman², Tejerina Juan², Porrero José Luis²

¹Hospital Clínico San Carlos. Madrid (España). ²Hospital Santa Cristina. Madrid (España)

Objetivo: La importancia del solapamiento entre la prótesis y el orificio herniario tras la hernioplastia umbilical con malla bilaminar no ha sido estudiada hasta este momento.

Métodos: Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo incluyendo los pacientes en los que se realizó una hernioplastia umbilical abierta con malla bilaminar entre 2004 y 2015.

Resultados: Se incluyeron 1538 pacientes. 50 pacientes (3,3%) tenían un solapamiento menor de 1 cm. Tras un seguimiento medio de 4,1 años, 53 pacientes (3,5%) desarrollaron una recurrencia. La recurrencia se asoció con un solapamiento menor de 1 cm (10,2% vs. 3,3%, OR=3,3, p=0,010). En el análisis multivariante con regresión logística el solapamiento menor de 1 cm no alcanzó significación estadística en la relación con la recidiva herniaria (OR=2, p=0,219). El sexo femenino, la hernia recidivada, las complicaciones posoperatorias y la colocación preperitoneal de la malla fueron las variables que se asociaron con el desarrollo de recidiva herniaria.

Conclusiones: El solapamiento entre la malla y el orificio herniario parece ser un factor importante para la recidiva herniaria. Hasta que se realicen más estudios al respecto se debe recomendar un solapamiento de al menos 1 cm.

CO 17 Implantación de la reparación laparoscópica de la pared abdominal en un hospital terciario

Mifsut Porcel Patricia, Kataryniuk Di Costanzo Yanina, Sendino Cañizares Patricia, Guerra Lerma Mikel, Sarriugarte Lasarte Aingeru, Gutiérrez Grijalba Oihane, Rodeño Esteban Iratxe, Vesga Rodríguez Ane, Álvarez Abad Irene, Errazti Olartecoechea Gaizka

Hospital Universitario Cruces. Baracaldo (España)

Objetivos: Análisis descriptivo de los primeros casos de reparación de hernias de pared abdominal por laparoscopia tras una selección cuidadosa de los pacientes.

Métodos: Se analizan los primeros 22 casos mediante un estudio descriptivo con el programa estadístico SPSS v. 23.

La técnica incluye la exposición de todos los defectos herniarios, extirpando la grasa preperitoneal, cierre de los mismos y colocación de una malla de doble cara con overlap mínimo de 5 cm con sistema de fijación de doble corona de *tackers* reabsorbibles.

Resultados: Se realizan 22 reparaciones de pared abdominal por laparoscopia en el periodo de 1 año, siendo el 63.6% mujeres y 36.4% hombres con una edad media de 63 años, un IMC medio de 30.67 y riesgo ASA medio de II. Las características del defecto herniario son: 68.2% eventraciones, 31.8% hernias primarias. La localización más frecuente de los defectos (40.9%) es en línea media supraumbilical. El tamaño medio del defecto en sentido transversal es de 3 cm (máximo de 6 cm). En el 36.4% de los pacientes se detectan más defectos herniarios, no diagnosticados previamente, durante el procedimiento.

Se consigue el cierre de los defectos en el 91% de los casos, y en el 45.5% de los pacientes se añaden puntos transfasciales además de la doble corona de *tackers* reabsorbibles.

No ha habido complicaciones intraoperatorias. La estancia media es de 1.86 días y el tiempo de seguimiento es de 3 meses y medio con un mínimo de 1 mes y un máximo de 13 meses en el cual se diagnostican 2 seromas que no requieren tratamiento. No ha habido ningún ingreso por obstrucción intestinal ni perforación inadvertida.

Conclusiones: La reparación laparoscópica de la pared abdominal es una técnica segura en manos de cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica, sumado a una adecuada selección de pacientes.

CO 18 Hernia ventral lateral postraumática. A propósito de un caso

Rigueiro López Lucía, Trillo Parejo Pedro, Fernández Saborido Laura, García Carrero Marta, Moreda Álvarez Rubén, Couce Santiago José María, Domínguez Sánchez Julio Manuel, Estéfano Bulufert Carlos, García García Manuel

Complejo Hospitalario Universitario de Orense. Orense (España)

Introducción: La hernia de pared abdominal lateral, o hernia ventral lateral, es una entidad rara, mucho menos frecuente que la hernia de pared abdominal anterior; y en su mayor parte adquiridas, como ocurre en las hernias secundarias a traumatismo abdominal. En la hernia ventral lateral postraumática, la prueba de elección para el diagnóstico es la TAC abdominal y el tratamiento es quirúrgico. Caso clínico: Paciente varón de 41 años que ingresa en la Unidad de Reanimación con el diagnóstico de politraumatismo tras precipitarse de 4-5 metros de altura en intento autolítico. En la TAC urgente al ingreso, se visualiza ya una hernia en flanco izquierdo. En los estudios posteriores, se describe gran defecto en la pared lateral izquierda compatible con rotura de la pared abdominal sin complicaciones agudas asociadas. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta. De forma ambulatoria, se realiza nueva TAC de control con vistas a programar intervención quirúrgica, en donde se describe aumento del tamaño del orificio herniario, de 9,3 cm, y contenido intestinal en el saco. Finalmente, a los 19 meses del ingreso, el paciente es intervenido.

Objetivo: El objetivo es describir la técnica quirúrgica llevada a cabo para la reparación del defecto herniario, acompañándose de una pequeña revisión bibliográfica.

Material y métodos: Se presenta la intervención realizada en vídeo: se lleva a cabo una disección del contenido del saco herniario, observándose epiplón, asas de intestino delgado y sigma, y una posterior eventroplastia lateral con colocación de malla intraabdominal de titanio, cubriéndose el defecto mediante la realización de epiploplastia y cierre por planos.

Resultados: Doce meses después de la intervención, el paciente se encuentra asintomático, con la pared abdominal estable y ligero *bulging*, a pesar de un notable aumento de peso (figs. 1-3).



Figura 1.

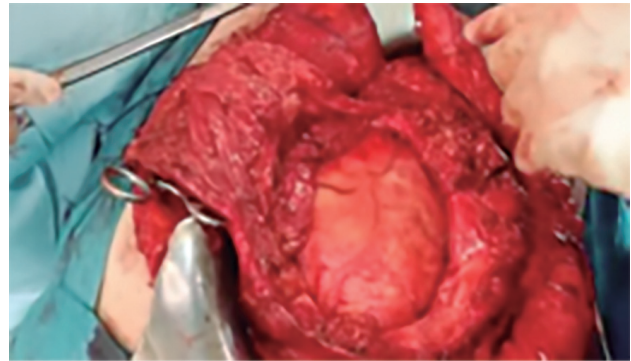


Figura 2.

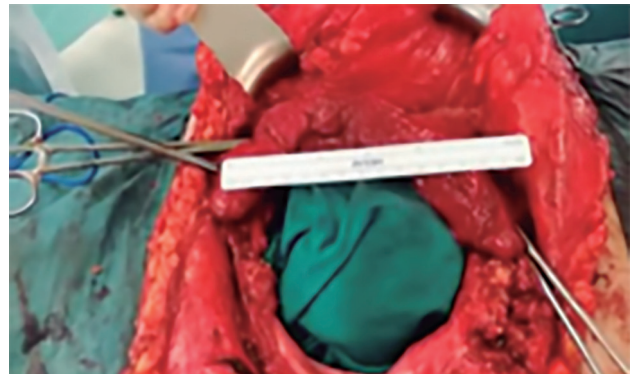


Figura 3.

Conclusiones: La hernia ventral lateral postraumática es un cuadro muy poco frecuente, cuyo tratamiento es quirúrgico. Dada la atrofia muscular, el poder practicar plastias autólogas musculares es difícil en la mayoría de los pacientes, no pudiendo realizarse más que la colocación de una malla intraabdominal para su tratamiento, como en este caso. Creemos que nuestro caso es representativo del cuadro.

CO 19 Hernia de Spiegel e inguinal simultáneas. Opciones terapéuticas

Rappoport Jaime, Domínguez Carlos, Carrasco Jaime, Martínez Guillermo, Von Jentschky Nicolas, Silva Jorge, Jáuregui Carlos

Hospital Clínico Universidad de Chile. Independencia. Santiago de Chile (Chile)

Objetivo: El propósito del presente estudio es describir dos opciones de técnica quirúrgica, para el tratamiento de pacientes que presentan hernia inguinal más Spiegel simultáneas.

Material y métodos: Se presenta dos pacientes:

Caso 1: Género masculino, 68 años, presenta hernia inguinal bilateral, mas Spiegel bilateral, confirmada con ultrasonido. Intervención con técnica de Lichtenstein, bilateral, modificada, prolongando la abertura la aponeurosis del oblicuo externo hacia la espina iliaca antero superior del lado correspondiente. Reducción hernia de Spiegel, cierre continuo anillo con polipropileno 0,

tratamiento habitual de hernia inguinal, colocación malla de polipropileno más poligrecaprone, liviana, de 10 × 20 cm, que cubre área inguinal y Spiegel. Cierre habitual.

Caso 2: Género femenino, 32 años, presenta aumento de volumen y dolor en línea semilunar izquierda, ultrasonido evidencio hernia umbilical, inguinal bilateral, femoral izquierda y de Spiegel izquierda. Abordaje laparoscópico, técnica TAPP, evidenciando defecto Spiegel izquierdo de 3 × 2 cm bajo. Se diseña flap peritoneal alto sobrepasando límite cefálico de anillo de hernia Spiegel. Cierre defecto aponeurótico con sutura barbada de reabsorción lenta calibre 0, reducción de lipomas herniarios femorales e inguinales y posterior instalación de malla de poliéster liviana autoadherente, (Progrid-r), cubriendo región inguinofemoral izquierda y defecto de hernia de Spiegel. Cierre flap peritoneal con sutura barbada 3/0. Posteriormente se realiza hernioplastia inguinal derecha según técnica TAPP, con malla liviana de poliéster autoadherente, (Progrid.r) y hernioplastia umbilical abierta con uso de malla compuesta poliéster autoadherente, (Progrid-r), supra aponeurótica.

Resultados: Ambos pacientes de alta a las 24 horas. Los controles posoperatorios hasta dos meses plazo, no muestran conflicto quirúrgico.

Conclusiones: Las técnicas descritas, abierta y laparoscópica, pueden ser de utilidad en pacientes portadores de ambas patologías en forma simultánea. Solo un mayor número de casos y el seguimiento a largo plazo, permitirá definir el rol de estas modificaciones técnicas en el tratamiento simultáneo de hernia inguinal y Spiegel.

CO 20 Formación continuada del cirujano de pared abdominal: diseño e implantación docente de un método para el aprendizaje y entrenamiento quirúrgico de la hernioplastia endoscópica extraperitoneal

Cayón Marco Roberto, Zárate Gómez Jorge, Álvarez de Sierra Hernández Pedro, Zapata Syro Camilo, Conde Somoza Silvia, Gil López José María, López Baena José Ángel, Fernández Luengas David, Merello Godino Jesús

Hospital Quirónsalud. Madrid (España)

Objetivos: Diseñar una metodología docente que proporcione la mejor manera de conocer, iniciarse, perfeccionarse e implantar la hernioplastia endoscópica totalmente extraperitoneal para cirujanos generales.

Material y métodos: El método docente diseñado se basa en la incorporación progresiva de conocimientos y habilidades técnicas, entendiendo los fundamentos de la hernioplastia preperitoneal, conociendo la tecnología necesaria para su realización endoscópica, y partiendo de la formación quirúrgica y experiencia en cirugía laparoscópica básicas que posee el cirujano general medio. Se inicia en el plano teórico, empleándose tanto conferencias audiovisuales con ponencias y vídeos, como talleres que ponen en contacto a los alumnos con los materiales y las habilidades necesarias para su empleo. Se continúa con la práctica real exhaustiva, a través de un modelo en cadáver humado fresco que ha sido estudiado y validado previamente para la

práctica de la técnica por su comportamiento quirúrgico fiel y similar al paciente vivo. Finalmente realizan asistencia quirúrgica en 17 casos intervenidos por cirujanos con experiencia en la técnica. El programa ocupa dos jornadas y media con 23 horas de trabajo.

Resultados: Desde abril de 2017, se han impartido 3 cursos mediante convocatoria nacional e internacional asistiendo 24 cirujanos, 8 cada convocatoria. Mediante encuestas emitidas por los alumnos, se ha obtenido una puntuación media de 9 puntos sobre 10 referente a la consecución de objetivos y evaluación del método. Cinco hospitales nacionales y uno extranjero donde, no se realizaba previamente este procedimiento, han sido capaces de comenzar su realización con asistencia inicial de los cirujanos instructores por cirujanos formados en este programa. El método fue acreditado por la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación del Gobierno de la Comunidad de Madrid, España, de conformidad con el Decreto 65/2000 en materia de pertinencia, objetivos, metodología, organización y evaluación. Existen actualmente 18 cirujanos solicitantes en espera de recibir próximas ediciones docentes.

Conclusiones: La hernioplastia endoscópica extraperitoneal puede ser comprendida, aprendida, aplicada y practicada por cirujanos sin experiencia previa mediante un método didáctico validado y seguro.

CO 21 Células madre mesenquimales del saco herniario incisional: una mirada más allá de las reparaciones de tejidos puros

Melo Renato Miranda¹, Neves Roberpaulo Anacleto², Borges de Menezes Liliana³

¹Universidade Federal de Goiás. Goiânia (Brasil). ²Pontificia Universidade Católica de Goiás. Goiânia (Brasil). ³Departamento de Patologia Geral. Instituto De Patologia Tropical E Saúde Pública. Universidade Federal de Goiás (IPTSP-UFG). Goiânia (Brasil)

Objetivo: Buscar células madre mesenquimales en el saco herniario incisional mediante prueba de cribado de inmunohistoquímica. Si se confirma, algunos hallazgos anormales, como células musculares lisas y osificación heterotópica se pueden explicar como metaplasia en etapa final. Además, las bajas tasas de recurrencia de las técnicas de reparación de tejidos puros utilizando saco herniario pueden ser justificables.

Material y métodos: Quince muestras de sacos herniarios incisionales se sometieron a análisis inmunohistoquímico utilizando anticuerpos monoclonales CD133.

Resultados: Probablemente, el saco herniario puede ser una fuente de células madre una vez que dos tercios de las muestras expresan células CD133+, marcadas con un color marrón oscuro.

Conclusiones: A pesar de la naturaleza de cribado de este trabajo, es posible que las células indiferenciadas del saco herniario produzcan grandes cantidades de fibroblastos nuevos y activados. Este mecanismo desempeña un papel clave en la optimización de la curación de heridas y, por lo tanto, reduce las tasas de recurrencia de reparación de tejidos puros, como las encontradas en la transposición con la técnica del saco herniario.

CO 22 Azul de metileno: su gran utilidad en la cirugía de pared abdominal. 25 años de experiencia

Carbonell Tatay Fernando¹, Carreño Sáenz Omar¹, Campos Máñez Jorge¹, Trallero Anoro Marta¹, García Fadrique Alfonso¹, Caballero Soto María¹, Bueno-Lledó José², Estevan Estevan Rafael¹

¹Instituto Valenciano de Oncología. Valencia (España). ²Hospital Universitario y Politécnico de La Fe. Valencia (España)

Introducción: El azul de metileno, se ha venido utilizando desde el siglo XIX para el tratamiento de diversas enfermedades y también como método de ayuda diagnóstica en varias situaciones. Su empleo para teñir peroperatoriamente los trayectos fistulosos y las zonas afectas de las prótesis con una infección crónica utilizadas en la reparación de la pared abdominal es de una gran ayuda. Hasta donde conocemos no hay ningún artículo que recoja esta opción. Demostramos su utilidad hoy.

Material y método: A lo largo de la práctica quirúrgica como cirujanos especializados en pared abdominal, en el hospital, público y privado, desde 2000 a diciembre 2017 hemos recogido 52 casos de infección crónica de prótesis con sinus y supuración crónica en la piel de la pared abdominal tanto de hernias primarias como de eventraciones; operadas previamente con colocación de mallas sintéticas de diferentes materiales.

Resultados: En todos los casos estudiados el azul de metileno nos ha permitido reconocer el material sintético infectado, así como los tejidos circundantes afectos y el trayecto fistuloso. En el 60% de los casos la prótesis estaba en el espacio supra aoneurótico, era de polipropileno de diferente tamaño de poro y peso (figs. 1-3).

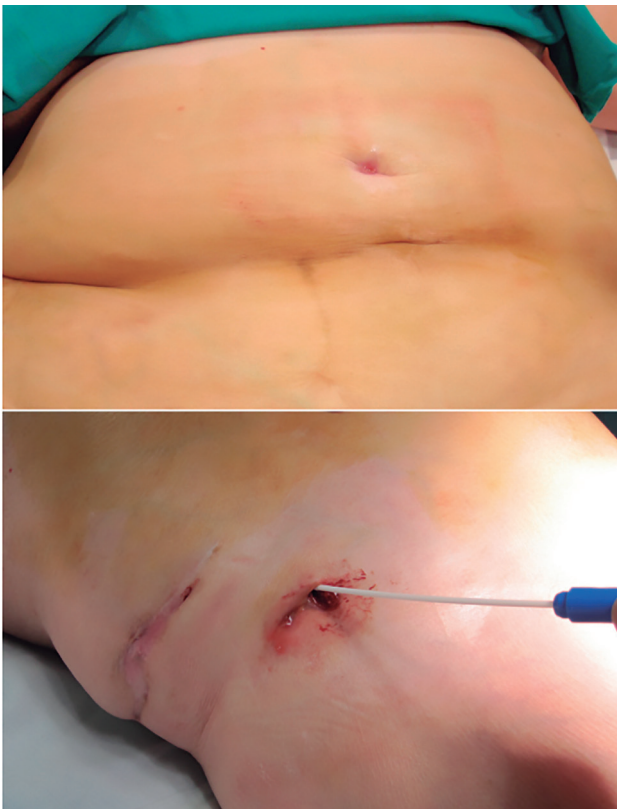


Figura 1.

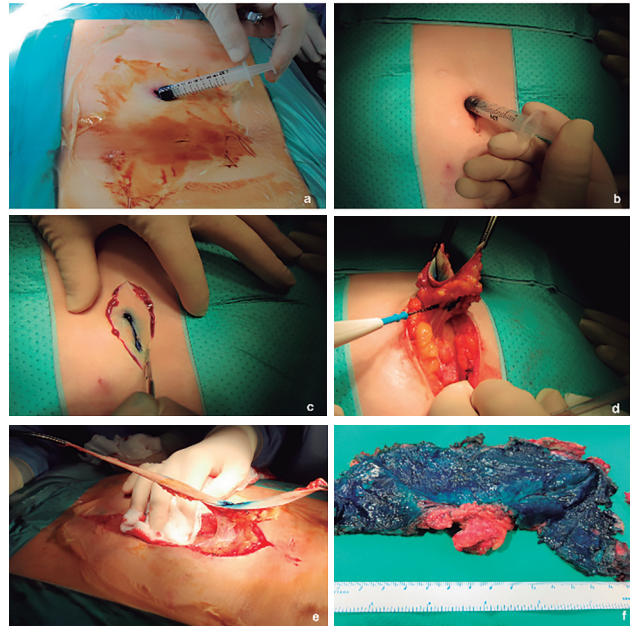


Figura 2.

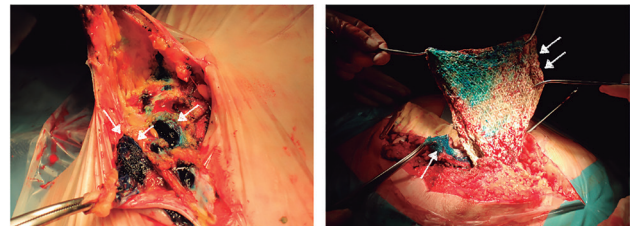


Figura 3.

Conclusión: La retirada del material protésico utilizado en cirugía de pared para reparación de hernias y los tejidos con una infección crónica por una biocapa es el tratamiento adecuado para curar esta complicación. La tinción con azul de metileno desde el sinus supurativo en la piel, es un método sencillo y eficaz que permite identificar la parte afectada y reseccarla en su totalidad.

CO 23 Anestesia raquídea y retención urinaria en la cirugía de las eventraciones y hernias inguinales

Dávila Dorta David, Arriaga Díaz M.^a Ángeles, Cabero Sánchez Guillermo, Lorente March José

Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia (España)

Objetivo: Dada la notable frecuencia de empleo de la raqui-anestesia (RA) en cirugía de eventraciones (E) y hernias (H), y la tasa de retención urinaria (RU) con sondaje vesical (0%-30%), se realiza un estudio de la prevalencia en nuestro centro.

Métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo, observacional y comparado entre 2011-2014. Datos obtenidos por Contabilidad

Analítica hospitalaria (*Check-list* eficiente al 99.7%), y personal ajeno al investigador. Variables relacionadas con RA en pacientes sin o con RU + sondaje. Muestra de 1398 pacientes con edad: 59 ± 14 años (78.8% hombres). Se establece Grupo I (RA por 50 anesthesiólogos y 23 cirujanos: E 61, H 1027) y Grupo II (1 anesthesiólogo y 1 cirujano: E 29, H 281). Técnica anestésica “similar” en ambos Grupos. Se realizan inferencias inter e intragrupos por edad, sexo y por E y H, en pacientes sin y con sondaje vesical; proporción de RA por anesthesiólogo en no sondados y sondados, y entre anesthesiólogos que tienen <5% y >5% de sondajes/pacientes. Duración del sondaje y estancia hospitalaria en ambos grupos.

Resultados: Sondados en E del Grupo I 13.1% y del Grupo II, 0%. Sondados en H del Grupo I, 5.9% y del Grupo II 3.2%. Sondados en E+H del Grupo I 6.3% y del Grupo II 2.9%. Sondados Grupo I Hombres 7% y Mujeres, 3.5%. Sondados

Grupo I-II Hombres 7%-3.3% ($p = 0.03$) y Mujeres 3.5%-1.4% ($p > 0.05$). Con > 5% de sondajes, 17 anesthesiólogos realizaron 557 RA y colocaron 52 sondas, frente a < 5% de sondajes, 5 anesthesiólogos efectuaron 740 RA y se precisaron 26 sondas ($p < 0.0001$). Correlación inversa en n.º Anesthesiólogos/n.º AR ($r = -0.89$) Estancia media E = 1.5 ± 0.9 y H = 1.2 ± 1.3 días. La estancia >24h en el Grupo I (17/15 pacientes no UCI) = 3 días y en Grupo II (3/1 paciente no UCI) = 2 días.

Conclusiones: En nuestro centro, la raquianestesia en pared abdominal durante el periodo referido fue la técnica más utilizada. El resultado notablemente favorable en nuestro Grupo y otros 4 anesthesiólogos con < 5% de sondajes –probablemente relacionado con su experiencia, habilidad y manejo técnico– nos seguirá justificando el empleo, contrariamente a lo pensado o propuesto por otros autores.

COMUNICACIONES ORALES TIPO VÍDEO

VI 01 Hernioplastia sin tensión en el tratamiento de la hernia inguino-crural complicada

López Rojo Irene, Huarachi Guarachi Miguel Ángel, Bernal Sánchez Enriqueta, González Ayora Santiago, Torres Alfonso José Ramón, Barambio Buendía Javier, Qian Zhang Siyuan, Hernández Villafranca Sergio, Sánchez Argüeso Arsenio, Orihuela Arroyo Pilar, Celdrán Uriarte Ángel

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)

Introducción: El tratamiento de las hernias inguino-crurales complicadas es un tema controvertido. La isquemia producida por el compromiso vascular puede llevar a la contaminación bacteriana por translocación, e incluso a la necrosis y perforación del asa intestinal herniada, convirtiendo la reparación en una “cirugía sucia”. Además, estas circunstancias obligarían a una resección intestinal y posterior reconstrucción digestiva que se haría difícil a través un acceso inguinal, impidiendo la colocación de una prótesis por el riesgo de infección.

Objetivo: Presentamos una técnica quirúrgica que permite el tratamiento de las hernias inguinales complicadas, sobre todo con compromiso vascular de su contenido, aislando, de la mejor forma posible, el tratamiento del mismo del de la realización de una hernioplastia, y esta a su vez de la región inguinal, potencialmente contaminada.

Material y métodos: La intervención se lleva a cabo a través de una incisión en línea media infraumbilical. Una vez realizada, se abre el peritoneo para reducir y tratar el contenido herniario desde la cavidad abdominal, sin abrir el saco herniario. Posteriormente se cierra el aquel y se disecciona el espacio preperitoneal para colocar una prótesis de polipropileno en el mismo, fijada al ligamento de Cooper.

Conclusión: La reparación de hernias inguino-crurales complicadas por vía posterior es un procedimiento que puede aumentar la seguridad de una cirugía realizada habitualmente en el ámbito de la Urgencia, al permitir el tratamiento del contenido herniario a través de la cavidad abdominal y colocar una prótesis separada del área inguino-crural potencialmente contaminada o sucia.

VI 02 Importancia del TAPP en el diagnóstico y reparación de hernias no diagnosticadas preoperatoriamente

Pérez Santiago Leticia, Jover Bagues Ricard, Martí Cuñat Elena, Calvete Chornet Julio, Ortega Serrano Joaquín

Hospital Malvarrosa. Valencia (España)

Objetivos: Presentar un vídeo de una reparación de hernia de Spiegel mediante TAPP con diagnóstico y reparación intraoperatoria de hernia inguinal indirecta y crural izquierdas asociadas.

Material y método: Mujer de 62 años con antecedentes de *by-pass* gástrico en 2015 con pérdida de 50 kg que consulta por tumoración en fosa iliaca izquierda que en una ecografía confirma que se trata de un defecto de pared compatible con una hernia de Spiegel. Se decide reparación laparoscópica tipo TAPP.

Técnica: Se realiza neumoperitoneo con aguja de Veres en vacío derecho, evidenciando Hernia de Spiegel izquierda. Se liberan adherencias y se accede al espacio preperitoneal con disección y reducción del saco herniario. Intraoperatoriamente se evidencia además una hernia crural e inguinal de contenido graso, no diagnosticadas previamente. Se procede a reducción del contenido graso de ambas hernias. Se coloca una malla Ventralight echo BARD Davol inc de 15 cm en espacio preperitoneal bajo visión directa, que recubre los tres defectos y se fija con grapas reabsorbibles. Finalmente se realiza cierre peritoneal con sutura barbada. La paciente es dada de alta a las 24 horas, no presentó complicaciones y no precisó tratamiento analgésico en el posoperatorio.

Resultados: Reparación de las tres hernias sin signos de recidiva en la actualidad.

Conclusiones: El TAPP permite diagnosticar y tratar intraoperatoriamente otras hernias no diagnosticadas preoperatoriamente. Por otra parte, la vía TAPP permite un mejor control analgésico que la vía abierta en la reparación de las hernias de Spiegel.

VI 03 La hernioplastia sin tensión en el tratamiento de las hernias inguino-crurales

Sánchez Argüeso Arsenio, Bernal Sánchez Enriqueta, González Ayora Santiago, Orihuela Arroyo Pilar, López Rojo Irene, Barambio Buendía Javier, Celdrán Uriarte Ángel

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)

Objetivo: Se presenta un método de tratamiento de las hernias inguino-crurales mediante técnicas de hernioplastia sin tensión, teniendo en cuenta la anatomía de la región inguinal, fundamentalmente el anillo musculopéctíneo descrito por Fruchaud, y los factores etiopatogénicos que las causan.

Material y métodos: La persistencia del conducto peritoneovaginal y la debilidad de los mecanismos de cierre del orificio inguinal profundo dan origen a la aparición de hernias inguinales indirectas que tratamos mediante la técnica de Lichtenstein, creando un mecanismo de cierre a nivel del orificio inguinal profundo. La única barrera de contención anatómica

en el anillo musculopéctineo de Fruchaud es la fascia transversalis. Un deterioro del tejido conjuntivo conduce a la aparición de hernias inguinales directas y hernias crurales. Estas hernias deben ser tratadas mediante un refuerzo de dicha fascia en todo el anillo musculopéctineo, empleando la técnica descrita por Celdrán.

Conclusión: La reparación de las hernias inguinocrurales mediante técnicas de hernioplastia sin tensión por un abordaje anterior debe estar basada en las peculiaridades anatómicas de la región inguinal y los factores etiopatogénicos que originan las mismas.

VI 04 Reparación laparoscópica preperitoneal transabdominal (TAPP) de la hernia de Spiegel

Pérez Santiago Leticia, Lapeña Rodríguez María, Martí Cuñat Elena, Calvete Chornet Julio, Ortega Serrano Joaquín

Hospital Malvarrosa. Valencia (España)

Introducción y objetivos: La hernia de Spiegel, variedad poco frecuente (1%) de defecto en la pared abdominal, aparece en el borde externo de la línea semilunar, generalmente a nivel infraumbilical. Son más frecuentes en mujeres a partir de los cincuenta años, y para su tratamiento quirúrgico el abordaje laparoscópico es una de las indicaciones más aceptadas, que permite además realizarse en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

Material y métodos: Mujer de 69 años que consulta por tumoración reductible a nivel de fosa iliaca derecha (FID) que la exploración se corresponde con una probable hernia de Spiegel sin signos de complicación. En TAC abdomino-pélvico con maniobra de Valsalva se evidencia una hernia de Spiegel con orificio de 3 cm en pared abdominal anterolateral derecha a nivel de FID estando el saco herniario ocupado por asas de intestino delgado. Dada la ausencia de cirugías previas y comorbilidades importantes de la paciente se decide realizar reparación por vía laparoscópica mediante abordaje preperitoneal transabdominal (TAPP). En el vídeo se aprecian los pasos técnicos de: a) apertura del peritoneo y disección del espacio preperitoneal; b) identificación del saco herniario y su reducción completa; c) marcaje en la piel del orificio herniario y dibujo de círculo externo a 4 cm como límite de la prótesis; d) introducción a través del trocar de 10 mm de la prótesis Hernia-mesh Relimesh® de 12 cm; e) extensión con ayuda de pasahilos y fijación en doble corona con Absorbatack®, a nivel del orificio herniario y en el borde externo marcado; y f) cierre del peritoneo con Protack® para aislar la malla de las asas intestinales.

Conclusiones: La TAC con maniobra de Valsalva es de ayuda para el diagnóstico y planificación quirúrgica de la hernia de Spiegel. El abordaje laparoscópico preperitoneal transabdominal TAPP permite la reducción completa del saco, la correcta colocación de la prótesis y su cobertura con peritoneo parietal.

VI 05 Reparación de hernia perineal: hernioplastia a tensión con fijación a relieves óseos vía perineal

Campos Máñez Jorge, Trallero Anoro Marta, Carbonell Tatay Fernando, García Fadrique Alfonso, Carreño Sáenz Omar, Caballero Soto María, Estevan Estevan Rafael

Instituto Valenciano de Oncología. Valencia (España)

Objetivos: Presentamos el caso de una paciente de 72 años, intervenida de amputación abdominoperineal extralevatoriana por neoplasia de recto, y reintervenida en dos ocasiones vía abdominal por hernia perineal y recidiva de ésta. Dos años después, presentó una segunda recidiva de la hernia perineal que limitaba la calidad de vida de la paciente provocando incomodidad abdominal y perineal, y dolor.

Material y métodos: Descripción de la técnica: La paciente se coloca en decúbito prono en posición de navaja. Se realiza una incisión perineal longitudinal y se disecciona el saco herniario y su cuello. Identificamos y disecamos los puntos de anclaje de la malla: el reborde óseo del coxis posteriormente, el cuerpo perineal anteriormente, y las tuberosidades isquiáticas y músculos del suelo de la pelvis lateralmente. Se coloca una malla compuesta no absorbible circular adaptada al tamaño del defecto perineal, sobrepasando las estructuras óseas y con las siguientes fijaciones:

- Coxis: perforación del hueso con taladro de cirugía ortopédica que permite fijación de la malla con puntos transfixivos de monofilamento no absorbibles.
- Tuberosidades isquiáticas: uso de grapas metálicas helicoidales.
- Cuerpo perineal y musculatura lateral: puntos de monofilamento no absorbibles. Se coloca un drenaje aspirativo y se cierra por planos el tejido subcutáneo y la piel.

Resultados: Tras la intervención la paciente fue dada de alta al 7.º día posoperatorio. Presentó una retención urinaria que precisó sondaje vesical temporalmente. No tuvo complicaciones en la herida quirúrgica. El seguimiento ha sido 1 año y 10 meses. Durante este tiempo la paciente ha mejorado considerablemente su calidad de vida, y no ha presentado recidiva clínica ni en las pruebas de imagen realizadas para el seguimiento de su patología oncológica.

Conclusiones: La reparación vía perineal de la hernia perineal recidivada usando anclajes óseos es un procedimiento seguro en nuestra experiencia y con buen resultado, sin recidiva a corto plazo. Puede considerarse una buena alternativa a otras técnicas publicadas, y es necesario un seguimiento más prolongado para establecer conclusiones a largo plazo.

VI 06 Metástasis colorrectal en pared abdominal

Moreda Álvarez Rubén, Domínguez Sánchez Julio Manuel, Fernández Saborido Laura, García Carrero Marta, Rigueiro López Lucía, Couce Santiago José María, Estéfano Bulufert Carlos Francisco, Trillo Parejo Pedro, Parajó Calvo Alberto Eduardo, García García Manuel

Complejo Hospitalario Universitario de Orense. Orense (España)

Introducción: Presentar un vídeo sobre el caso de un paciente con una metástasis de tumor colorrectal en incisión de McBurney.

Caso clínico: Paciente varón de 72 años que ingresa por cuadro compatible con apendicitis aguda realizando apendicectomía abierta (diciembre-09). El estudio histopatológico revela la presencia de adenocarcinoma tipo intestinal, G1, con infiltración del tejido adiposo (pT3NxMx). Se completó estudio con TC abdominal, resultando normal. Ante estos hallazgos, se propone y se realiza hemicolectomía derecha (febrero-10). En el mismo acto

quirúrgico se aprecia neoplasia en unión recto-sigma, por lo que también se realiza RAB. Curso posoperatorio correcto, dado de alta al 12.º día posoperatorio. El estudio histopatológico demostró presencia de adenocarcinoma intestinal, G1, en recto sigma (pT3N0) sin presencia de neoplasia en pieza de hemicolectomía derecha. Se completa tratamiento con quimioterapia adyuvante y controles sucesivos sin apreciar recidiva. Desde febrero-14 se aprecia en la exploración física tumoración en FID, dura y adherida con incremento de marcadores tumorales por lo que se solicita TC identificando masa en FID de 4 × 4cm que ocupa el espesor de los vientres musculares transverso, oblicuo menor y mayor con extensión al tejido celular subcutáneo compatible con metástasis. Se decide intervención quirúrgica realizando escisión en bloque de los tres planos musculares incluyendo grasa preperitoneal y peritoneo subyacente. Se realiza cierre primario de peritoneo con de malla de titanio preperitoneal. Cierre por planos y colocación de Malla de PPL supraponeurótica. En el posoperatorio presenta hematoma subcutáneo, tratado de manera conservadora. Anatomía Patológica informada como adenocarcinoma intestinal en pared abdominal con bordes libres.

Discusión: La incidencia de metástasis en la pared abdominal del cáncer colorrectal es rara y varía en la literatura desde el 0,5% al 5%. Es un factor de mal pronóstico ya que suelen asociarse a otras lesiones metastásicas a distancia o invasión peritoneal. Normalmente suelen aparecer en la pared abdominal, mucho menos frecuente en otras regiones cutáneas, y sobre todo en cicatrices de laparotomías, ya sea la actual o sobre previas, orificio de trócares y drenajes. El tratamiento de elección de estas lesiones es la resección quirúrgica en bloque.

VI 07 Tratamiento de la eventración poscolgajo TRAM

Fernández Saborido Laura, Trillo Parejo Pedro, García Carrero Marta, Moreda Álvarez Rubén, Rigueiro López Lucía, Domínguez Sánchez Julio, Couce Santiago José María, Estéfano Bulufert Carlos, García García Manuel

Complejo Hospitalario Universitario de Orense. Orense (España)

Objetivos: El colgajo de músculo recto anterior del abdomen (TRAM) se utiliza con frecuencia y con buenos resultados en la reparación de defectos torácicos.

Sin embargo, la incidencia de defectos de pared abdominal secundarios a esta intervención, puede alcanzar el 40% y suponen un reto para el cirujano.

Se presenta un vídeo de un caso a propósito de esta patología.

Métodos: Descripción del vídeo del caso clínico y revisión. También se ha hecho, para documentación del caso, una búsqueda en la base de datos Medline con la estrategia “Hernia” [Mesh] AND “TRAM flap” [ti].

Resultados: Mujer de 54 años intervenida de timoma con complicaciones infecciosas posteriores. Preciso colgajo tipo TRAM para cerrar el defecto. Nueve meses después de la intervención se diagnostica de eventración, realizándose una eventroplastia con malla de titanio preperitoneal. 24 meses tras la intervención se encuentra a seguimiento sin evidencia de recidiva. En la literatura se reportan incidencias de eventración pos-TRAM de hasta un 20%, con recidivas frecuentes.

Ocurren con una frecuencia significativamente superior en pacientes obesos, fumadores y con bilateralidad del colgajo. La incidencia es menor si se disecciona y repara la fascia del oblicuo interno y si se coloca una malla profiláctica. Además, en este último caso también disminuye la tasa de recidivas posreparación de la primera eventración.

El TRAM en dos tiempos (con preparación vascular) también demostró disminuir la incidencia de hernia considerablemente.

La técnica recomendada para la reparación de la eventración es la colocación de malla preperitoneal y el abordaje laparoscópico parece ser seguro y efectivo.

Conclusiones:

1. La eventración es una complicación frecuente tras las intervenciones de colgajo con recto anterior del abdomen.
2. La prevención, el diagnóstico certero y el tratamiento quirúrgico son claves en el tratamiento de esta entidad.

VI 08 Reconstrucción de la pared abdominal mediante separación de componentes y sustitución aponeurótica con prótesis en el tratamiento de la eventración de línea media

Huarachi Guarachi Miguel Ángel

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)

- Incisión sobre cicatriz previa.
- Disección del saco herniario.
- Disección de la lámina anterior de la vaina de los rectos.
- Separación de componentes sobre la lámina posterior de la vaina de los rectos para diseccionar el plano retromuscular prefascial.
- Creación del espacio para situar la malla profunda.
- Diámetro transversal de la eventración.
- Invaginación del saco herniario.
- Colocación de la malla profunda en la situación retromuscular prefascial.
- Separación de componentes mediante incisiones en las láminas anteriores de las vainas de los rectos.
- Reconstrucción completa mediante el cierre longitudinal del defecto.
- Sustitución aponeurótica con prótesis superficial en situación preaponeurótica.

VI 09 La técnica de Albanese

Cano Carlos Alberto

Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Jujuy (Argentina)

Introducción: En el año 1946 Alfonso Albanese emplea por primera vez su técnica quirúrgica, en la resolución de una eventración xifo pubiana en un paciente de 4 años, a la que denominó Incisiones de Descargas Musculares a Distancia.

Objetivo: Presentar a través de un vídeo los detalles técnicos de la técnica de Albanese, empleada en la resolución de

un paciente con un defecto de pared abdominal y una ileostomía para retransitar. Ambos procedimientos se realizaron simultáneamente sin el empleo de prótesis.

Material y métodos: Paciente de 48 años que al examen físico presenta un defecto M1 M5 W4 y una ileostomía para retransitar. Antecedentes quirúrgicos de laparotomía exploradora por peritonitis apendicular, abscesos residuales y fistulas posoperatorias que obligan a un abdomen abierto y contenido e ileostomía derivativa. El cierre final del abdomen abierto y contenido se realizó con malla de vicryl y sutura de los bordes del defecto a la malla.

Procedimiento: Una vez realizado la retransitación de la ileostomía y resección de pequeño saco eventrógeno paraostomal se procedió de la siguiente manera:

Una primera incisión sobre el Oblicuo Mayor, que desde las inserciones costales del 6 al 9 descienden hacia la espina iliaca anterosuperior. Se procede a rebatir este colgajo muscular hacia medial, dejando al descubierto la hoja prerrectal del oblicuo menor, sobre la cual se inserta la segunda incisión de descarga. La tercera incisión se implanta sobre el diedro interno de la vaina de los rectos, los cuales se libera de la hoja posterior.

La reconstrucción musculo aponeurótica se lleva a cabo a través de tres planos de sutura. Un primer plano incluye la hoja posterior de la vaina, un segundo plano la hoja anterior, fácilmente deslizada por las descargas, cerrando así y reforzando la línea media. El tercer plano de sutura se realiza entre el borde medial del oblicuo mayor y el borde externo de la hoja prerrectal del oblicuo menor, quedando así reforzada la vaina de los rectos.

Resultados: El paciente presenta buena evolución posoperatoria y sin recidiva al control posoperatorio.

Conclusión: La técnica de Albanese se presenta como una buena opción para el tratamiento de los defectos complejos de la pared abdominal.

VI 10 Eventración compleja, neumoperitoneo y uso del saco en plástica con doble malla

Gutierrez Nancy Débora, Cano Carlos Alberto

Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Jujuy (Argentina)

Mujer de 49 años de edad con obesidad grado I, presenta antecedente de: 12 gestas con partos normales. Colectomizada por vía anterior. Hábito de coqueo. Se interviene quirúrgicamente por abdomen agudo oclusivo por fitobezoar (hojas de coca en colon transversal). Se realiza transversostomía sobre varilla con resección de transversal y parte de descendente. Presenta a partir de ello una eventración M1 a M5 W5.

Tras la preparación prequirúrgica con espirometría y neumoperitoneo progresivo, se resuelve el defecto con descargas de Albanese sobre el oblicuo mayor. La apertura del pseudosaco en dos valvas, permite suturar el lado derecho al peritoneo parietal izquierdo. Sobre este plano pre peritoneal, se fija la primera prótesis combinada de polipropileno con material de reabsorción lenta.

A continuación, se sutura la valva izquierda del pseudosaco sobre el borde derecho, y una segunda prótesis de polipropileno se fija al plano supra aponeurótico con *tackers* reabsorbibles. La paciente evoluciona favorablemente.

VI 11 Eventración catastrófica y defecto ventilatorio restrictivo severo

Cano Carlos Alberto, Gutierrez Nancy Débora

Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Jujuy (Argentina)

Introducción y objetivos: Las eventraciones catastróficas, las que presentan un “Volet Abdominal” por la entrada y salida del contenido abdominal con los movimientos respiratorios, condicionan un estado de insuficiencia respiratoria latente que se manifiesta ante el mínimo esfuerzo.

Material y métodos: Se presenta el caso de una paciente de 55 años, con un IMC de 34,2, diabetes tipo II, EPOC severo, tabaquismo crónico y con indicación de oxígeno permanente en domicilio. Antecedentes quirúrgicos de 2 cesáreas anteriores e histerectomía abdominal, de las cuales queda como secuela una hernia incisional M3 M5 W4. El estudio imagenológico (TAC) evidencia un defecto de 22 cm de diámetro con contenido de asas de delgado, epiplón y parte de colon.

Con una evaluación funcional respiratoria, que demuestra capacidad restrictiva severa, se decide preparación con neumoperitoneo progresivo preoperatorio, a través de la inserción de un catéter para vía central bajo control tomográfico.

Mejorada la restricción respiratoria, se decide el abordaje quirúrgico una vez completado las sesiones de neumoperitoneo.

El procedimiento quirúrgico, se llevó a cabo utilizando una malla separadora de tejidos bicapa y logrando el cierre del defecto con una separación de componentes realizando la primera incisión de descarga de Albanese sobre el musculo oblicuo mayor. Dicha incisión fue también realizada del lado contralateral.

La enferma cursa su evolución posoperatoria inmediata con asistencia respiratoria mecánica durante 15 días siendo luego extubada y controlada en sala común. Una epidermolisis que se resuelve con curaciones, presentó como complicación en herida operatoria.

Conclusión: El uso de incisiones de descargas musculares son necesarias para lograr un cierre abdominal que permita restablecer la función espiratoria donde el transversal cumple un papel importante. En pacientes con capacidad ventilatoria disminuida, este procedimiento mejora su calidad de vida.

VI 12 El paso a paso de la transposición con el saco herniario de Lázaro da Silva para corrección de hernias ventrales muy grandes

Melo Renato Miranda¹, Seronni Guilherme², Damacena Gabriela Fernandes Carnot², Dantas Bruna Moraes Farias³, Rodrigues Simão Pretim Sereno⁴, Gontijo Cássio Eduardo da Silva⁵

¹Universidade Federal de Goiás. Goiânia (Brasil). ²Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia (Brasil). ³Centro Universitário Unievangélica. Anápolis (Brasil). ⁴Santa Casa de Misericórdia de Goiânia. Goiânia (Brasil). ⁵Hospital dos Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo (Brasil)

Objetivos: Presentar la técnica de transposición con el saco herniario (TSH) en paciente masculino, 57 años, con hernia incisional

mediana supra-umbilical, bajo anestesia peridural y general. Esta operación fue propuesta por Alcino Lázaro da Silva, de Belo Horizonte, Minas Gerais, BRASIL, y realizada por primera vez en 1965.

Material y métodos: Grabación en vídeo editado de la TSH y narración paso a paso. Se presentan la resección de la cicatriz preexistente (ulectomía), la disección de los retazos dermograsosos y del saco herniario, la abertura longitudinal de éste, la lisis de adherencias, sobre todo del lado izquierdo de la cavidad peritoneal, las incisiones relajadoras en la vaina de los músculos rectos, siendo que posteriormente a la izquierda y anteriormente a la derecha, y la transposición en sí, suturando el colgajo derecho del saco herniario al labio posterior lateral izquierdo (cerrando la cavidad y restableciendo el envoltorio muscular de este lado), los dos labios medios entre sí (restableciendo la línea alba) y el colgajo izquierdo del saco herniario al labio anterior lateral derecho (rehaciendo la vaina de este lado). Los hilos empleados en los tres planos de sutura deben ser de monofilamento sintético absorbible de larga duración. Los retazos dermograsosos se reasentan en el plano aponeurótico y la piel se cierra según la preferencia del cirujano.

Resultados: Este procedimiento. La presión en vía aérea no varió, manteniéndose en 15cmH₂O durante todo el procedimiento. Se muestra el resultado de la operación al completar un año, en reposo y bajo flexión abdominal, sin recidiva aparente (fig. 1).

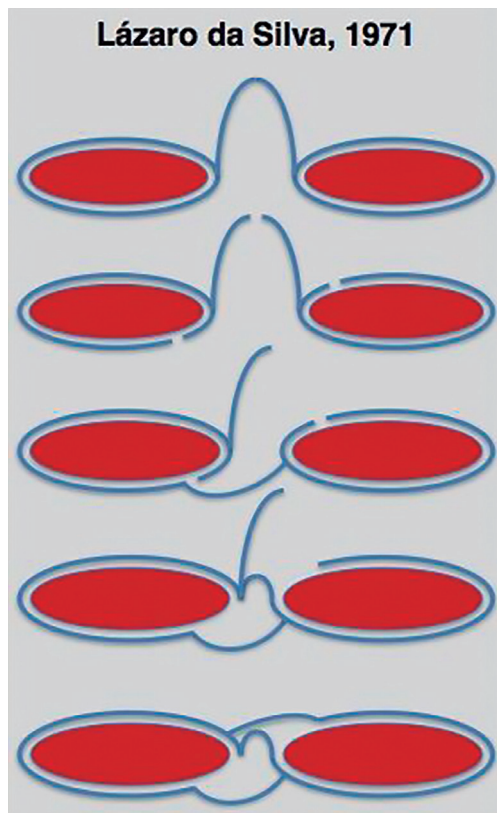


Figura 1.

Conclusiones: La TSH se muestra una buena opción de reparación puramente con tejidos, para corregir defectos ventrales únicos y grandes, primarios o incisionales, con saco herniario voluminoso, pero también las grandes diástasis asociadas a hernias epigástricas y/o umbilicales. Una vez que la presión de vía aérea no ha oscilado, traduce el carácter no hipertensivo de la TSH, sea en las líneas de sutura o en la cavidad abdominal. Los puntos clave de la técnica, que hoy cumple 50 años, son las incisiones de descarga alternadas bilaterales y la utilización del propio saco herniario como prótesis biológica autóctona.

VI 13 Corrección laparoscópica simultánea de doble eventración medial y lateral

Martí Cuñat Elena¹, Vargas Durand Ángel Teodoro², Pérez Santiago Leticia², Calvete Chornet Julio², Martí Martí Vicente²

¹Hospital Malvarrosa. Valencia (España). ²Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)

Objetivo: La reparación laparoscópica de las hernias ventrales ha demostrado ser una alternativa segura y eficaz a la cirugía abierta. A pesar de los buenos resultados en índice de recidivas y morbilidad, aún existe controversia acerca de las indicaciones más adecuadas en el abordaje laparoscópico de las eventraciones. El objetivo es presentar la técnica realizada para la corrección simultánea de dos eventraciones, medial y lateral, en un mismo paciente como presentamos en el vídeo.

Material y métodos: Mujer de 66 años con antecedentes de nefrectomía derecha laparoscópica en 2013 por angiomiolioma. A los 12 meses posoperatorios presenta una eventración medial del trocar y otra lateral, en vacío derecho por donde se extrajo la pieza operatoria. La TAC con maniobra de Valsalva confirma ambas sin signos de complicación; una en línea media supraumbilical con dos orificios de 1 y 2.5 cm (M2-3 W1) y la otra lateral de 2.5 cm (L2W1).

En el vídeo se muestra la técnica quirúrgica. Mediante abordaje laparoscópico se procede a la disección de adherencias, reducción del contenido de los sacos herniarios y colocación de una malla Ventralight® de 15 × 18 cm en línea media posicionada en los 4 puntos cardinales y fijada con doble corona de grapas reabsorbibles. Para la eventración lateral se utilizó otra malla Ventralight® de 10 × 15 cm, en el mismo acto operatorio y con igual técnica de fijación.

Resultados: Tras una evolución sin complicaciones es dado de alta a las 24 horas de la intervención. Con seguimiento de 14 meses no se ha detectado recidiva eventral.

Conclusiones: Para la corrección simultánea de eventraciones W1 de localizaciones múltiples en un mismo paciente consideramos indicado el abordaje laparoscópico, con buen resultado clínico y evolutivo.

COMUNICACIONES PÓSTERES

CP 01 Visión TEP de hernioplastia Onstep

Barrios-Carvajal María¹, Pou-Santonja Guillermo², Martí-Cuñat Elena³

¹Hospital de Llíria. Llíria. Valencia (España). ²Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia (España). ³Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)

Objetivos: Onstep es una técnica de hernioplastia inguinal que combina la colocación preperitoneal de la malla de la reparación laparoscópica con la incisión y la disección de la reparación abierta. nuestro objetivo fue observar mediante el uso de laparoscopia TEP la posición de la malla en el espacio preperitoneal tras la realización de hernioplastia inguinal mediante la técnica Onstep.

Métodos: Se realizó hernioplastia Onstep según la técnica estándar descrita por A. Lourenço y R. S. da Costa en 2013. La incisión a nivel de la intersección de dos líneas rectas superior y lateral al medio de la sínfisis púbica. La fascia de Scarpa fue disecada para exponer la superficie anterior de la aponeurosis oblicua externa. El espacio entre la aponeurosis oblicua externa y los tejidos subyacentes fueron disecados digitalmente. El cordón espermático se identificó y se disecó para elevarlo fuera de la herida. Un saco herniario indirecto se identificó, se disecó y su contenido se redujo de forma habitual. Apertura de la fascia transversalis y disección con compresa 30 × 30 cm del espacio preperitoneal. Retirada la compresa, se insertó la malla empujando oblicuamente hacia el espacio de Retzius debajo del hueso púbico. Las colas de la malla permanecieron fuera de la incisión. Se comprobó con los dedos que la malla estaba completamente desplegada y sin arrugas debajo del hueso púbico en el espacio de Retzius y se procedió al cierre de la incisión de forma habitual. Una vez finalizada la hernioplastia Onstep, se realizó una incisión infraumbilical transversa con disección y apertura de la fascia del músculo recto anterior para acceder, tras disección con trocar de balón, al espacio preperitoneal, y se procedió a realizar laparoscopia TEP para documentar la posición de la malla en el espacio de Retzius.

Resultados: Mediante la visión con laparoscopia se pudo corroborar la adecuada posición de la malla en el espacio de Retzius, que coincide con las representaciones gráficas presentadas en la descripción original de la técnica (figs. 1-3).

Conclusión: El procedimiento Onstep ofrece una alternativa valiosa a los procedimientos de Lichtenstein de vía anterior y de reparación de hernia inguinal laparoscópica.

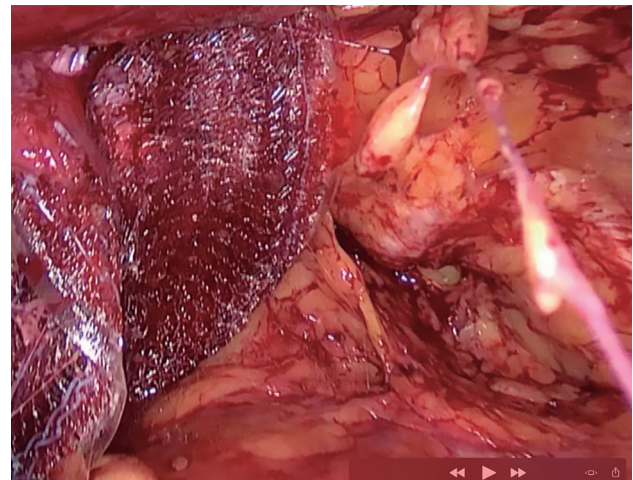


Figura 1.

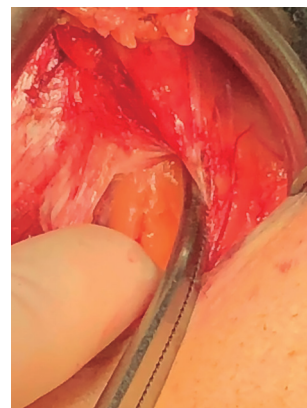


Figura 2.

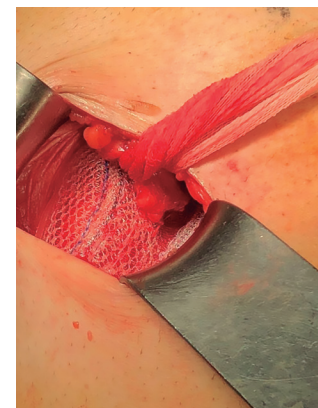


Figura 3.

CP 02 Tumoración inguinal gigante. ¿Tumor de partes blandas o hernia inguinal? Importancia de las pruebas de imagen

Trujillo Díaz Jeancarlos, Ruiz Soriano María, Montes Manrique Mario, Vázquez Fernández Andrea, Gómez Carmona Zahira, Ortiz de Solórzano Aurusa Javier, Merino Peñacoba Luis, Núñez del Barrio Henar, Blanco Antona Francisco, Beltrán de Heredia y Rentería Juan

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España)

Introducción: Las tumoraciones de la pared abdominal son un motivo frecuente de consulta. Generalmente la presentación clínica y la exploración nos permiten plantearnos una sospecha diagnóstica. Sin embargo, en algunas ocasiones llegar a un diagnóstico correcto puede ser más complejo, por lo que resulta fundamental la ayuda de pruebas de imagen, como la ecografía, la tomografía computarizada o la resonancia magnética.

Método: Paciente mujer de 74 años que consulta por tumoración en región inguinal de 10 años de evolución que ha ido aumentando de tamaño. La exploración revela en la zona inguinal derecha una tumoración que llega hasta labio mayor, dura, no móvil, no doloroso, no reductible, no aumenta con Valsalva. Dado la exploración física inespecífica se decide realizar TC que confirma una gran hernia inguinal con contenido graso y un asa de intestino delgado. Se interviene quirúrgicamente visualizándose una tumoración de consistencia dura de 10 × 20 cm por encima de la aponeurosis del oblicuo mayor, tras su apertura impresiona tratarse de una masa grasa adherida a un asa de intestino delgado que se separa y se reduce fácilmente, realizándose resección de la tumoración y hernioplastia inguinal según técnica de Lichtenstein. El posoperatorio fue satisfactorio. El estudio histológico confirmó tejido adiposo con abundante fibrosis e inflamación crónica con extensa necrosis grasa sin signos de malignidad.

Resultados y conclusiones: Las tumoraciones en la región inguinal son en su mayoría secundarias a una hernia inguinal (HI), son raros los casos que puedan tratarse de un tumor de partes blandas (TPB) como un lipoma o liposarcoma, una adenopatía inguinal o un absceso. La sintomatología y la exploración física nos ayudan a diferenciarlas. Las HI no complicadas suelen ser tumoraciones que aumentan con la bipedestación y Valsalva, y se reducen con cierta facilidad. Por el contrario, los TPB no suelen modificarse con maniobras de Valsalva, aumentan de tamaño con el tiempo y no son reductibles. Algunas veces ante tumoraciones grandes, como el caso presentado, suele ser difícil diferenciarlos solo con la exploración física, por lo que resultan fundamentales las pruebas de imagen, que nos permitirá llegar a un diagnóstico certero y plantear un manejo adecuado, en nuestro caso la TC fue fundamental (figs. 1 y 2).

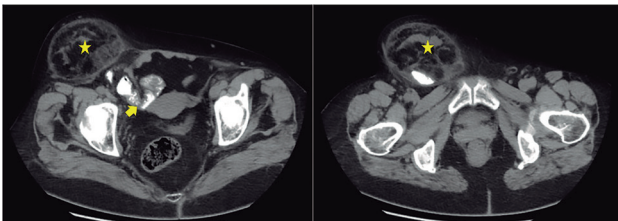


Figura 1.

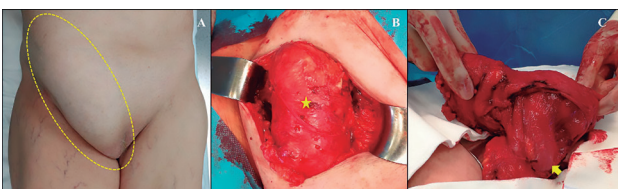


Figura 2.

CP 03 Tratamiento laparoendoscópico de la hernia inguinal. Colocación de la malla sin fijación

López-Mosquera Bayón Eusebio, Cabrera Pereira Ana, García Fernández Jonás, Sosa Rodríguez Valentina, Pérez Prudencio Elena, Arango Bravo Altea

Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón (España)

Objetivos: Trasladar a nuestra actividad asistencial habitual las recomendaciones de The Hernia Surge Groupe, en su documento mundial de consenso, publicado en enero de 2018, y compartir con la comunidad quirúrgica nuestra experiencia.

Métodos: Se han analizado 17 pacientes consecutivos (enero-marzo 2018) con hernia inguinal a los que se les realizó una hernioplastia laparoendoscópica totalmente extraperitoneal (TEP). Se realizó disección con balón y se colocó en todos ellos una malla de polímero titanizado de 10 × 15 cm, sin fijación en absoluto. Anteriormente a estos casos solíamos utilizar un sistema de anclaje de nitinol (aleación de níquel y titanio) o adhesivo tisular.

Los pacientes eran todos hombres y 4 (23,5%) de las hernias eran bilaterales

Resultados: El 88,2% fueron dados de alta en régimen de CMA. No hubo complicaciones inmediatas o tempranas, ni dolor que justificase necesidad de analgésicos en la revisión mensual. El tiempo quirúrgico es similar y la acomodación de la malla en el espacio resulta satisfactoria

Conclusiones: Durante muchos años los cirujanos hemos considerado muy importante darle consistencia y solidez a la reparación de la hernia inguinal. Primero mediante suturas y más tarde en los años 60 del siglo pasado con la introducción de las prótesis. Las reparaciones con prótesis si bien se realizaban libres de tensión, aportaron serios problemas por la fijación de la malla, relacionados con el traumatismo tisular, las lesiones nerviosas por atrapamiento y el dolor crónico consecuente (10-12% de los 20 millones de pacientes operados anualmente en el mundo). La introducción en los años 80 de las técnicas laparoendoscópicas nos ha ayudado a ver que no necesitábamos de la solidez en la reparación ni de dar muchas suturas para fijar la malla.

La evidencia científica mundial demuestra que la fijación de la malla, en la reparación laparoendoscópica de la hernia inguinal es innecesaria.

CP 04 Infrecuente asociación de hernia inguinal y neoplasia maligna

Curado Soriano Antonio, Bascuas Rodrigo Beatriz, Naranjo Fernández Juan Ramón, Valera Sánchez Zoraida, Sánchez Moreno Laura, Pérez Huertas Rosario, Jurado Marchena Remedios, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Introducción: La incidencia de neoplasias en saco herniario es muy baja (0,07-0,5%). Lejars en 1889 clasificó el hallazgo en tres tipos: saculares, cuando el peritoneo del saco herniario está comprometido por lesiones malignas; intrasaculares, en neoplasias primarias de órganos inCárcerados en la hernia;

y extrasaculares, para tumores que protruyen por el orificio herniario sin afectar al saco. **Objetivos:** presentamos la rara asociación, de tipo sacular, entre hernia inguinal indirecta (L3P) y osteosarcoma extraesquelético, con la presencia de tumoración inguinal como única manifestación clínica.

Material y métodos: Varón de 74 años diagnosticado de hernia inguinal izquierda de cinco años de evolución con crecimiento significativo e inCárceración crónica en los últimos meses, motivo por el que se plantea cirugía. En el acto quirúrgico durante la disección y aislamiento del saco herniario, destaca la presencia de una nodulación polilobulada en el saco con áreas de aspecto óseo que engloban los vasos espermáticos conformando bloque sin posibilidad de preservar el testículo, realizándose extirpación en bloque con testículo de todo el saco herniario desde el orificio inguinal profundo. Reparación herniaria tipo Lichtenstein con malla progrid.

Resultados: El estudio anatomopatológico objetiva una formación nodular bien delimitada de 14 cm de tejido firme de aspecto óseo con amplias zonas de hemorragia. El tejido de aspecto tumoral no parece sobrepasar la cápsula. Adherido a esta formación se encuentra el testículo, sin alteraciones. Histológicamente, se corresponde con un osteosarcoma de alta grado de predominio osteoblástico con focos de necrosis. Posteriormente se realizó tratamiento quimioterápico por oncología tras estudio de extensión que objetivó adenopatías abdominales y metástasis pulmonares (figs 1-3).



Figura 1.

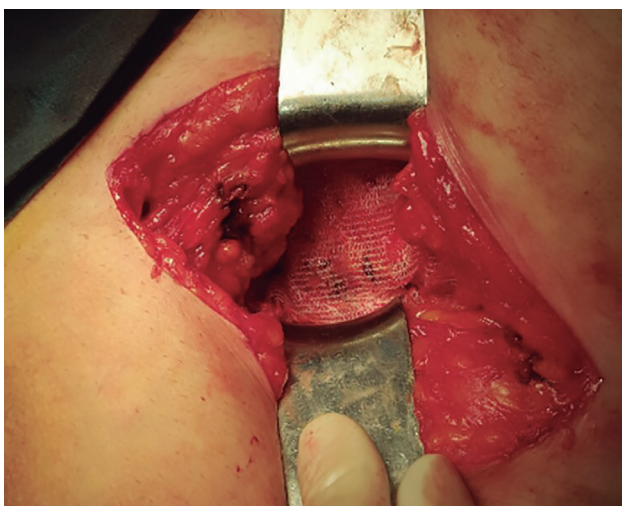


Figura 2.

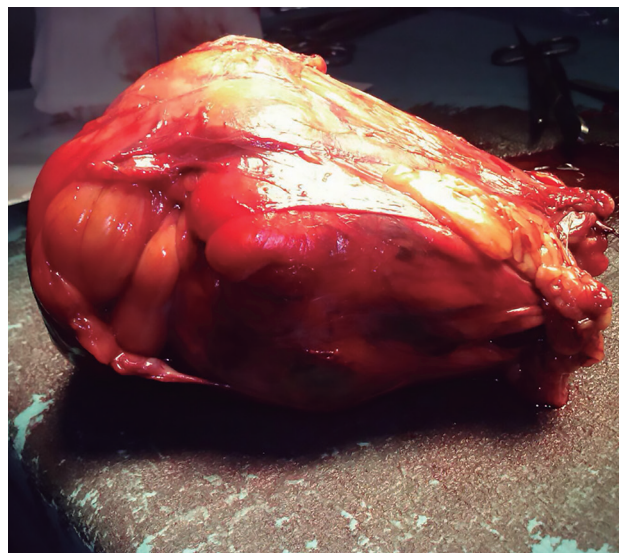


Figura 3.

Conclusiones: Pese a la escasa frecuencia de estas neoplasias, debemos tenerlas presentes ante una hernia de larga evolución con inCárceración repentina, especialmente si el cuadro no se acompaña de signos de obstrucción ni dolor, siendo la presentación más frecuente como masa palpable asintomática de difícil reducción. Es necesario el estudio histológico de los sacos herniarios sospechosos macroscópicamente de malignidad.

CP 05 Complicación poshernioplastia Rutkow-Robbins

Almeida Sara, Pinto Bruno, Martins Rita, Rocha Ricardo, Calado José, Carneiro Carla, Nunes Vitor

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca. Amadora (Portugal)

Hombre de 65 años, con antecedentes de hernioplastia inguinal Rutkow-Robbins derecha. Se presentó al Servicio de Urgencia por tumefacción exudativa dolorosa en la región inguinal derecha con siete meses de evolución. Se realizó cosecha de material para histología (sin particularidades) y microbiología (se aislaron *E. coli*, MSSA y *P. mirabilis*, sensibles a Ciprofloxacino). Se hizo TC abdominal donde se identificó colección con 45 × 30 mm en la región inguinal derecha, en comunicación con la superficie cutánea y sin seguro plan de clivaje con segmento de colon. Operado, verificándose proceso inflamatorio entre el apéndice íleo-cecal y el plug herniario. Se procedió a apendicectomía por laparotomía mediana y extracción de prótesis por vía inguinal. Se optó por rafia de los planos peritoneales y aponeuróticos, dejándose el plan subcutáneo abierto, adaptándose un sistema de terapia de presión negativa. Posoperatorio sin incidencias (figs. 1-3).

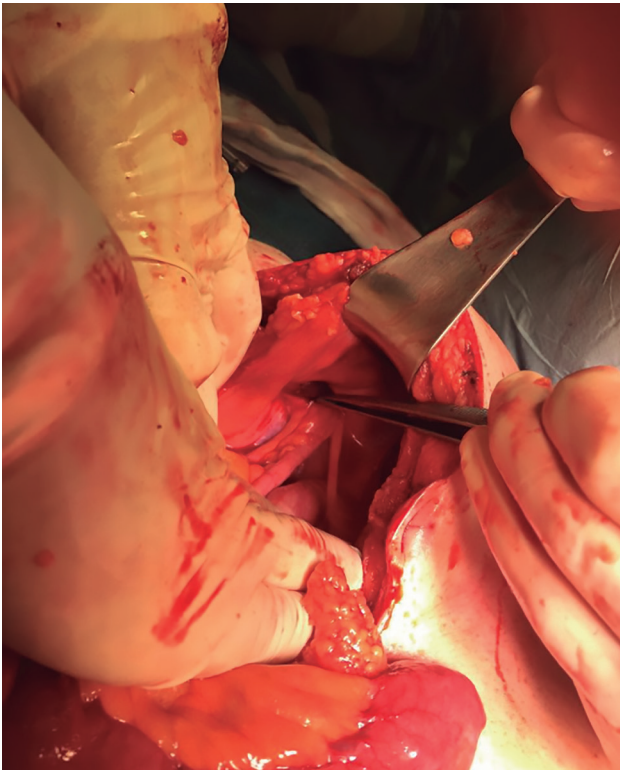


Figura 1.

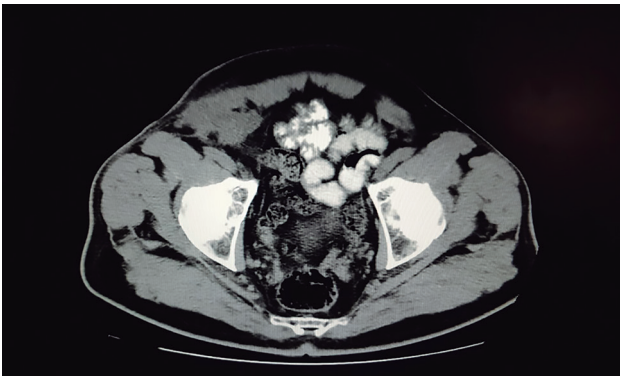


Figura 2.

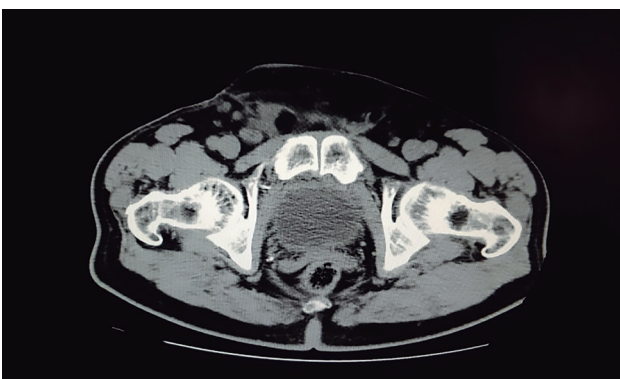


Figura 3.

CP 06 Cirugía programada de la hernia de Amyand en un hospital de alta resolución

Gutiérrez Moreno Marta, Pérez de la Fuente María Jesús, Jurado Jiménez Rosario, Gómez Bujedo Lourdes

Hospital de Alta Resolución de Utrera. Utrera Sevilla (España)

Mujer de 42 años derivada de urgencias por tumoración inguinal derecha dolorosa de aparición súbita. Exploración compatible con hernia crural derecha (figs. 1-3).

Ecografía: Formación quística en región inguinal derecho de probable procedencia ovárica a valorar mediante RM.

RM de pelvis con CIV: Quiste anexial derecho de 3 cm con contenido algo heterogéneo, sin nódulos intramurales ni captación de contraste. Por delante e independiente del ovario, lesión de 44 mm con septos craneales y pequeña imagen de contenido hemático o graso, no capta gadolinio y se introduce parcialmente en el anillo inguinal derecho pudiendo incluso proceder del ciego y corresponder a un quiste apendicular complejo. Moderada cantidad de líquido en parametrio y fondo de saco.

Cirugía programada: apendicectomía laparoscópica + hernioplastia crural derecha.

Ventajas de Hospital de Alta Resolución: a) menor tiempo de espera: derivada a consulta en 1 semana, cirugía en 1 mes, primera revisión en 3 semanas; b) cirugía programada; c) hernia no estrangulada; d) cirugía ambulatoria; y d) pronta recuperación.

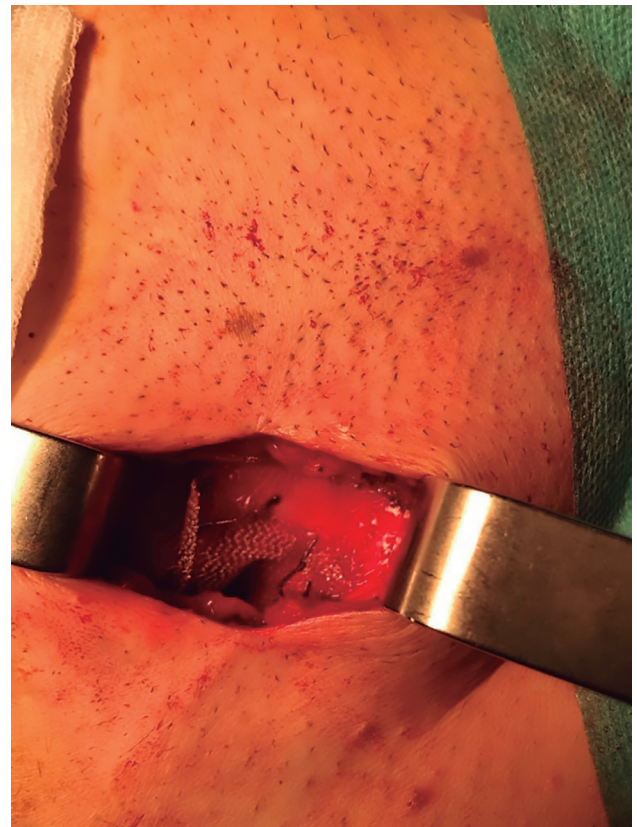


Figura 1.



Figura 2.

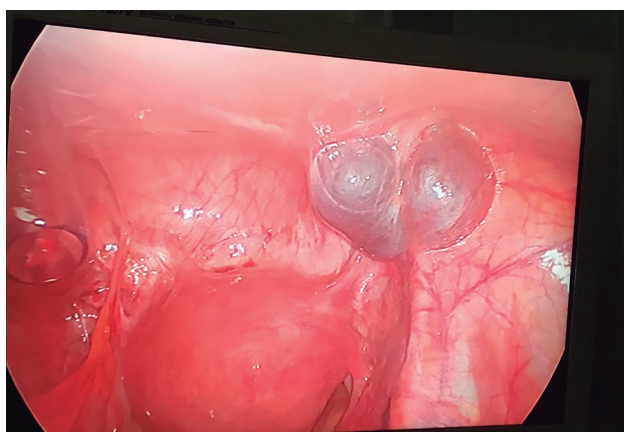


Figura 3.

CP 07 Uso de prótesis biológicas para la reconstrucción de la pared abdominal

Marchal Santiago Amando¹, Navas Cuéllar José Aurelio², Camacho Marente Violeta¹, Tallón Aguilar Luis¹, Tinoco González José¹, Padillo Ruiz Francisco Javier¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España). ²Hospital Virgen de Valme. Sevilla (España)

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia en la reconstrucción de la pared abdominal mediante el empleo de la prótesis biológica Permacol® en pacientes con hernias complejas.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de pacientes incluidos en una base de datos prospectiva, incluyendo cirugía de eventraciones y abdomen abierto durante el periodo 2013-2017. Se analizan variables dependientes del paciente (edad, sexo, IMC, comorbilidad, intervenciones previas...), tipo de cirugía, complicaciones posoperatorias y recidivas tras seguimiento mínimo de 12 meses.

Resultados: Durante este período se realizaron 5 cirugías reconstructivas de pared abdominal empleando prótesis Permacol®: 4 casos de reparaciones de eventraciones complejas multirecidivadas (mínimo de 2 recidivas previas), presentando fístula entero-cutánea o supuración crónica en el 75% de los casos; y para la reconstrucción de la pared abdominal en un caso de abdomen abierto (tras 16 intervenciones quirúrgicas previas). La edad media fue de 56,8 años. El 80% de los pacientes eran mujeres. Dos pacientes presentaban obesidad = grado 2. Dos pacientes eran fumadores activos o broncopatas. Todas las hernias ventrales se localizaban en línea media (M3-M4), clasificándose según anchura en W2 (2) y W3 (3). Según la clasificación de Rosen, todas las hernias se clasificaron como estadio III, salvo un caso que fue I. La clasificación del Ventral Hernia Working Group (VHWG) para estimación del riesgo de incidencias en la herida quirúrgica estratificó al 60% de los pacientes como grado 3 o superior. La aplicación CeDAR (Carolinas Equation for Determining Associated Risks) estimó un riesgo de incidencias superior al 80% en 3 casos. En todos los casos se realizó eventroplastia (con/sin doble malla asociada) asociada a otros procedimientos intestinales. En cuanto a la morbilidad específica del sitio quirúrgico, se objetivó un caso de seroma y una infección de sitio quirúrgico superficial, que no precisaron tratamiento quirúrgico. Tras un seguimiento medio de 24 meses (12-36 meses), se registró una recidiva por diagnóstico clínico-radiológico.

Conclusión: A pesar de la escasa experiencia en el uso de esta malla, podemos considerar la malla Permacol® una alternativa factible en territorios contaminados y hernias multirecidivadas, con resultados aceptables a corto y largo plazo en términos de morbilidad y recidivas.

CP 08 Separación posterior de componentes con liberación del transversario (TAR): nuestra experiencia

Curado Soriano Antonio, Lara Fernández Yaiza, Bascuas Rodrigo Beatriz, Valera Sánchez Zoraida, Naranjo Fernández Juan Ramón, Jurado Marchena Remedios, Sánchez Moreno Laura, Pérez Huertas Rosario, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Introducción: La separación posterior de componentes es una autoplastia que nos permite la aproximación del colgajo musculoponeurótico de los rectos a la línea media en eventraciones de gran tamaño. Cuando se asocia al uso de una malla, se convierte

en una herramienta útil para tratar eventraciones complejas con grandes retracciones de los bordes aponeuróticos.

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia en el uso de la separación posterior de componentes con liberación de transversal desde 2016.

Material y método: Hemos realizado la técnica en 14 pacientes seleccionados con eventraciones de la línea media y defectos mayores de 15 cm de diámetro. La técnica se ha llevado a cabo mediante la apertura y liberación de las adherencias al saco en primer lugar. Para la reconstrucción se ha tallado el espacio retro-muscular y posteriormente entrado en el plano de Rossen. Hemos colocado dos mallas: una biodegradable y otra de polipropileno de baja densidad. Realizamos cierre en la línea media y colocación de dos drenajes, uno sobre la malla (retromuscular) y otro subcutáneo.

Resultados: De los 14 pacientes intervenidos, 8 hombres (57.14%) y 6 mujeres (42.85%), presentaron una mediana de IMC de 32,73 kg/m², ligeramente superior en el subgrupo de mujeres (34,11 kg/m² versus 31,96 kg/m²). La estancia promedio fue de 7 días. No presentaron complicaciones mayores (perforación intestinal inadvertida, evisceración o hemoperitoneo). En cuanto a las complicaciones menores, obtuvimos 3 seromas de herida quirúrgica (21.43%), 4 infecciones de herida quirúrgica (28.57%) (dos de ellas tratadas con terapia de presión negativa) y ningún hematoma. A largo plazo, con una media de seguimiento actual de 12 meses, los pacientes no han presentado recidiva (con un rango entre el menor tiempo de seguimiento de 1 mes y el mayor tiempo de seguimiento de 24 meses).

Conclusiones: La separación posterior de componentes es una herramienta útil y eficaz para el tratamiento de grandes eventraciones, obteniendo buenos resultados en términos de recidiva y de reconstrucción funcional, pero requiere de un conocimiento anatómico exhaustivo de los espacios laterales, no está exenta de complicaciones y la morbilidad puede ser elevada en manos inexpertas.

CP 09 Resultados provisionales del registro de eventraciones del Hospital Malvarrosa de Valencia

Torricó Folgado M.^a Ángeles¹, Martí Cuñat Elena¹, Martínez Lloret Alfredo¹, Martín Arévalo José², Pérez Santiago Leticia², Calvete Chornet Julio², Martí Martí Vicente², Ortega Serrano Joaquín²

¹Hospital Malvarrosa. Valencia (España). ²Hospital Clínico de Valencia. Valencia (España)

Introducción: EVEREG es una base de datos prospectiva *on line* en la que, desde julio de 2012, se registran de forma anónima los datos de las hernias aparecidas después de una laparotomía, recurrencias tras reparación previa de una hernia incisional o ventral, intervenidas en España. Participan 113 hospitales inscritos entre ellos el nuestro, con el objetivo de conocer la situación actual del tratamiento de la hernia incisional.

El Hospital Malvarrosa es un hospital público perteneciente a la Agencia Valenciana de Salud e integrado en el Departamento de Salud Valencia Clínico-Malvarrosa, cuya principal actividad es especialmente la Cirugía Mayor Ambulatoria, aunque existen

también algunas camas para enfermos de corta estancia. Cuenta con 7 cirujanos de los cuales 3 tienen mayor vinculación con la cirugía de pared y han introducido los datos de las hernias intervenidas.

Objetivos: Nuestro hospital comenzó a registrar pacientes en mayo de 2014, y hasta marzo de 2018 llevamos recogidos 157, de los cuales más de la mitad han completado ya el seguimiento de dos años. Analizamos algunos de los datos obtenidos hasta el momento y los comparamos con los datos globales publicados.

Resultados y conclusiones: La edad media de los casos fue de 61,82 años, un 58.6% mujeres y 41.4% hombres. El IMC medio es de 28.88 kg/m². El 70% de pacientes son ASA II y solo un 14% de ellos con riesgo quirúrgico más elevado (ASA III). Todas intervenciones son electivas, el 86% por cirugía abierta, y el 18.5% fueron hernias recurrentes. En el 81.5% el diámetro transversal fue menor de 10 cm, se emplearon prótesis en la reparación en todos los casos y en el 55.4% se utilizaron dos mallas. La estancia media posoperatoria fue de 3.75 días, con complicaciones en el 9,6% siendo el seroma la complicación más frecuente. Las complicaciones posteriores fueron 20.4% en la primera visita, 7.6% a los 6 meses y 5.1% a los 12 meses.

Se ha realizado un estudio de no inferioridad para comparar con los datos obtenidos a nivel global (Resultados iniciales del Registro Español de Hernia Incisional Cir Esp. 2016; 94(10): 595-602) comprobando que los resultados no son inferiores con una $p < 0.0001$.

CP 10 Resultados del tratamiento de eventraciones complejas de pared abdominal mediante la técnica sandwich: análisis de complicaciones y recurrencia

Camacho Marente Violeta¹, Tallón Aguilar Luis¹, Pino Díaz Verónica¹, Navas Cuéllar Aurelio², Marchal Santiago Amando¹, Tinoco González José¹, Tamayo López María Jesús¹, Sánchez Arteaga Alejandro¹, Durán Muñoz Cruzado Virginia¹, Bustos Jiménez Manuel¹, Padillo Ruiz Javier¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España).

²Hospital Universitario de Valme. Sevilla (España)

Introducción: El tratamiento de la hernia incisional ha variado a lo largo de los años motivado por el alto índice de recurrencias, que alcanza el 20-30% en algunas series. Las modificaciones de la técnica han buscado siempre el tratamiento óptimo, menor número de complicaciones y un bajo índice de recidiva. Presentamos nuestra experiencia donde analizamos los resultados a 24 meses tras la reparación de hernias incisionales complejas mediante técnica *sandwich* con prótesis Bio-A y polipropileno

Objetivos: Valorar la incidencia de recidiva herniaria y complicaciones posoperatorias en pacientes con hernia incisional compleja sometidos a técnica *sandwich* con prótesis de Bio-A y PPL en nuestra unidad.

Material y método: Estudio retrospectivo donde se incluyen todos los pacientes intervenidos mediante técnica *sandwich* con prótesis de Bio-A y PPL desde enero de 2013 hasta diciembre de 2015. Las hernias se clasificaron según el grado de complejidad de Rosen. Se analizó la morbimortalidad y la recidiva clínica o radiológica a los 6, 12 y 24 meses.

Resultados: 75 pacientes fueron sometidos a eventroplastia tipo *sandwich* con doble prótesis (Bio-A+ PPL). Se intervinieron 45 mujeres (60%) y 30 hombres (40%). Se incluyeron pacientes estadios I, II y III de la clasificación de Rosen, siendo su distribución 16%, 46,7% y 37,3% respectivamente. La edad media de los pacientes fue de 55,71 años (22-82) y la mediana de IMC fue de 34,42 kg/m² (RIQ -Rango intercuartílico- 12). La mediana de estancia posoperatoria fue de 7 días (RIQ 5). 6,7% de los pacientes presentaron infección de la herida y 5 pacientes precisaron reintervención. 1 paciente presentó fistula enterocutánea posoperatoria y 4 pacientes (5,3%) fueron éxitos.

La incidencia de recidiva tras los dos primeros años tras la intervención fue de 22,6%, un 4% se produjo durante los 6 primeros meses posoperatorios y un 9,3% durante el primer año.

Conclusiones: En nuestra serie los resultados de este tipo de técnica, aunque se encuentran dentro de las cifras publicadas en la literatura, no los mejoran. Es por ello que actualmente se aboga por otro tipo de técnicas de separación de componentes como el TAR cuyos resultados parecen ser prometedores.

CP 11 Resultados de nuestro hospital en la reparación laparoscópica preperitoneal transabdominal (TAPP) de eventraciones abdominales

Pérez Santiago Leticia, Martí Cuñat Elena, Martínez Lloret Alfredo, Torrico Folgado M.^a Ángeles, Calvete Chornet Julio, Ortega Serrano Joaquín

Hospital Malvarrosa. Valencia (España)

Introducción: La reparación laparoscópica de las eventraciones abdominales esta adquiriendo más importancia debido a sus buenos resultados. Las indicaciones de esta técnica podrían resumirse en aquellos pacientes que no presentan contraindicación a la misma. Sin embargo, existen el llamado "paciente tipo" (edad media, no lesiones en piel, con defectos periumbilicales o supraumbilicales de tamaño pequeño) que sería el que más se beneficiaría de esta técnica.

Objetivo: Analizar las eventraciones intervenidas por vía laparoscópica preperitoneal transabdominal (TAPP) en nuestro hospital durante un periodo de 7 años.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo sobre una base de datos de nuestro servicio entre septiembre de 2010 y septiembre de 2017

Resultados: Un total de 35 pacientes fueron intervenidos en nuestro hospital, 18 hombres (51,4%) y 17 mujeres (48,6%). La edad media fue de 58 años (rango 39-75). Fueron intervenidos para corregir un único defecto 27 (77,1%) pacientes, a 7 (20%) se les corrigieron 2 defectos y a un paciente (2,9%) se le corrigieron tres defectos. La media del tamaño del defecto fue de 2,82 cm (rango 1-5 cm). Las eventraciones epigástricas supraumbilicales fueron las más reparadas (21, 60%), seguidas de las umbilicales (3; 8,6%) y las eventraciones de Spiegel izquierdas (3; 8,6%). Del total de pacientes, 32 de ellos pudieron completarse por vía laparoscópica mientras que 3 (9,3%) de los pacientes tuvieron que convertirse a vía abierta debido a la imposibilidad de disección y reducción del saco herniario. El posoperatorio en todos los pacientes fue satisfactorio sin apenas necesidad de tratamiento

analgésico. La media de estancia hospitalaria fue de 1,5 días (rango 1-3 días). Un total de 9 pacientes presentaron complicaciones (25,7%) siendo el seroma la más frecuente (5; 14,3%). Se reintervinieron a 2 pacientes, uno de ellos por recidiva de la eventración y otro por onfalitis de repetición con fistula cutánea.

Conclusiones: Aunque el número de pacientes intervenidos en nuestro hospital es reducido, en este análisis, se verifica la efectividad de la técnica en cuanto a manejo del dolor, reducción de estancia hospitalaria y baja tasa de complicaciones por lo que deberíamos ampliar el número de pacientes intervenidos mediante esta técnica.

CP 12 Resultado de la aplicación preoperatoria de toxina botulínica para la reparación de hernia incisional compleja

Sendino Cañizares Patricia, Mifsut Porcel Patricia, Kataryniuk Di Constanzo Yanina, Guerra Lerma Mikel, Sariugarte Lasarte Aingeru, Vesga Rodríguez Ane, Rodeño Esteban Iratxe, Serrano Hermosilla Clara, Fernández Gómez Cuadrado Laura, Larrea Oleaga Jason, Errazti Olartekoetxea Gaizka, Colina Alonso Alberto

Hospital Universitario Cruces. Baracaldo (España)

Objetivos: Análisis descriptivo de los primeros casos de reparación de hernias incisionales tras aplicación de Botox preoperatorio. Valoración de la posibilidad de cierre primario sin necesidad de realización de separación anatómica de componentes.

Métodos: Se analizan los primeros 12 casos mediante un estudio descriptivo con el programa estadístico SPSSv23. Aproximadamente un mes previo a la intervención una dosis de entre 200 y 400 unidades de Toxina Botulínica Tipo A es administrada a nivel de los músculos oblicuos bajo control ecográfico.

Resultados: Se realizan 12 reparaciones de hernias incisionales en el periodo de 1 año, siendo el 41,7 % mujeres y el 58,3 % hombres con una edad media de 67 años. Los pacientes presentaban un IMC promedio de 32,4 y ASA 2-3. En referencia a las características del defecto herniario, un 58% se trataba de hernias de línea media y un 42% transversas. Presentaban un tamaño medio de defecto en sentido transversal de 11 cm. El 41,7% se le había realizado cirugía de pared previa.

El tiempo medio entre administración de toxina botulínica y la intervención fue de 37 días. No hubo complicaciones en relación a la inyección de toxina botulínica. Durante la intervención se pudo realizar un cierre primario en el 75 % de los pacientes, siendo ese porcentaje del 100% si sólo consideramos las eventraciones de línea media. Se realizó eventroplastia en el 83,3% de los pacientes, siendo la rafia la técnica realizada el 17% por cirugía simultánea sobre tubo digestivo.

La estancia media es de 7 días. Ninguno de los pacientes presentó una complicación mayor o igual a 2 según la clasificación de complicaciones quirúrgicas de Clavien y Dindo.

El tiempo medio de seguimiento es de 4 meses (mínimo de 1 mes y máximo de 12 meses), diagnosticándose un caso de recurrencia en un paciente en el que se realizó rafia sin colocación de malla.

Conclusiones: La administración de toxina botulínica por parte de radiólogos expertos es segura. Su aplicación preoperatoria puede mejorar la posibilidad de realización de cierre primario pudiendo reservar la técnica de separación anatómica de componentes en otros casos más complejos.

CP 13 Reconstrucción de pared abdominal tras cirugía de citorreducción e HIPEC

Carreño Sáenz Omar, García-Fadrique Alfonso, Trallero Anoro Marta, Caballero Soto María, Campos Máñez Jorge, Carbonell Tatay Fernando, Estevan Estevan Rafael

Fundación Instituto Valenciano de Oncología. Valencia (España)

Objetivos: El empleo de la cirugía de citorreducción (CRS) y la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se ha demostrado útil en el tratamiento de las metástasis peritoneales y tumores primarios peritoneales en pacientes seleccionados. Dada la extensión de la enfermedad, en muchos de ellos es necesario realizar amplias resecciones de pared abdominal y el empleo de prótesis para su cierre. El objetivo es valorar los resultados y la morbilidad de la pared abdominal en este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a CRS y HIPEC que han precisado resección de pared abdominal y reconstrucción de la misma con malla en nuestro centro. Se han valorado las características de su enfermedad neoplásica, tipo de resección y tipo de reconstrucción, malla empleada, complicaciones a nivel de la pared abdominal y tasa de eventraciones/recaídas durante el seguimiento.

Resultados: De los 36 pacientes intervenidos con CRS y HIPEC en nuestro centro, 6 pacientes (20%) han necesitado de una resección de la pared abdominal y reparación con malla. El origen de todos los pacientes son tumores colorrectales y apendiculares. La media de PCI (índice de carcinomatosis peritoneal) fue de 7. En 4 pacientes las resecciones fueron de pared abdominal anterior y en 2 resecciones laterales. La media de anastomosis realizadas es de 0.9 En todos los pacientes se ha realizado HIPEC bidireccional con 5FU+leucovorín intravenoso y oxaliplatino intraperitoneal a 42.5°C durante 30 minutos. Las reconstrucciones de la pared abdominal incluyen técnicas de doble malla (2), supraponeurótica (2), periestomal (1) y SAC (1). Se han empleado mallas de polipropileno, mallas compuestas (polipropileno+PVDF) y mallas biológicas para la reconstrucción. Sólo 1 paciente presentó una complicación (seroma crónico asociado al uso de malla biológica). Ningún paciente necesitó reintervención ni reingreso. No hubo, asimismo, prolongación de la estancia por problemas secundarios a la pared abdominal. Con una media de seguimiento de 14.8 meses ningún paciente desarrolló eventración (tabla I).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el empleo de mallas para el cierre de la pared abdominal tras CRS y HIPEC es seguro y con buenos resultados a largo plazo.

CP 14 Hernia incisional: experiencia de un centro universitario

Martínez Guillermo, Rappoport Jaime, Domínguez Carlos, Silva Jorge, Jáuregui Carlos, Carrasco Jaime

Hospital Clínico Universidad de Chile. Independencia. Santiago de Chile (Chile)

Objetivo: El objetivo del presente estudio, es presentar la experiencia en un centro universitario, en el tratamiento de las hernias incisionales (HI).

Materiales y métodos: Se evalúan prospectivamente 672 pacientes operados por hernia incisional en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2012 y 2016. Se analiza cirugía electiva o urgencia, demografía, comorbilidades, cirugía primaria, tipo de reparación, prótesis, morbilidad y mortalidad de la serie. Análisis estadístico, Chi-Cuadrado.

Resultados: 72% eran mujeres y un 28% hombres. 57% menores 65 años. El IMC promedio 27 kg/m². La hipertensión arterial en 43%. Diabetes Mellitus en 15%, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en un 2.3% e Hipotiroidismo en un 6%. Cirugía primaria: biliar 24%, gástrica 11%, urológica 5%, ginecológica 15%, cardiovascular 0.3%, coloproctológica 12% y 5% por laparotomía exploradora. 5% operados de urgencia. 92% cirugía abierta y 8% laparoscópica. Sin malla 3%. Onlay 78%, sublay 7%, inlay 2% y 2% intraperitoneal. Malla de Polipropileno en 85%. En un 1% de los pacientes hubo hematoma de pared, en un 2% hubo lesión de asa la cual se reparó en el mismo tiempo quirúrgico y un 0.1% de fistula enterocutánea. En un 97% de los casos no hubo complicación tanto intra como posquirúrgica. En nuestra serie no se registró mortalidad. Drenaje y faja rutinarios. Estadía hospitalaria promedio 3 días.

Conclusiones:

1. Limitar cirugía electiva a IMC menor a 32 disminuyó drásticamente la morbilidad posoperatoria.
2. La técnica Onlay presentó un excelente resultado.
3. La presente serie no registró mortalidad.

Tabla I

	Origen	PCI	Defecto	N.º anastomosis	Tipo malla	HIPEC	Técnica	Complicaciones	Seguimiento
1	Colon	PCI 4	Profilaxis colostomía	1	IPST	Oxaliplatino	Sublay	No complicación	14 meses
2	Recto	PCI 5	Pared anterior suprainfraumbilical. Eventración previa	0	Permacol 20x40 Optilene 30x30	Oxaliplatino	Sublay y Onlay (doble malla)	Seroma crónico	24 meses
3	Colon	PCI 10	Pared lateral derecha (FID)	2	Dynamesh 15x20	Oxaliplatino	Onlay	No complicación	18 meses
4	Colon	PCI 5	Pared anterior suprapúbica + exéresis peristio pubis	0	Tilene Mesh 30x30 Hernina Mesh 30x30	Oxaliplatino	Sublay y Onlay (doble malla)	No complicación	21 meses
5	Apéndice	PCI 11	Subxifoidea + pared anterior infraumbilical	2	IPOM 30x45	Oxaliplatino	Onlay técnica SAC	No complicación	6 meses
6	Recto	PCI 3	Pared lateral derecha (FID)	0	Dynamesh 15x20	Oxaliplatino	Onlay	No complicación	6 meses

CP 15 Fundamentos técnicos de la cirugía laparoscópica de las hernias ventrales mediante la técnica de la doble corona

Martín Cartes Juan Antonio, Bustos Jiménez Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)

Objetivo: Mostrar las ventajas de la cirugía laparoscópica de la pared abdominal. Ello se ha debido a los avances en cuanto a los materiales de prótesis, medios de fijación, así como a una mejor técnica operatoria. La vía laparoscópica proporciona un mayor confort en el posoperatorio inmediato, reduce el tiempo de hospitalización y la tasa de complicaciones. Reduce la cifra de recidivas, y ayuda a resolver casos multirrecidivados que por vía convencional plantearían un difícil reto al cirujano.

Método: Nuestro equipo quirúrgico, tomando como base la técnica de la doble corona descrita por LeBlanc, y con la experiencia que nos dan los años que llevamos aplicándola y los más de doscientos casos operados (207), hemos ido desarrollando algunas pautas con la doble finalidad de facilitar y normalizar el procedimiento, y con ello acortar el tiempo quirúrgico y mejorar los resultados. Dibujar los contornos del defecto sobre la piel abdominal, y recortar la prótesis con la misma forma y 3 cm más de radio. Luego marcar los cuatro “puntos cardinales” en piel y prótesis. Enrollar la prótesis para facilitar su introducción. Orientar la prótesis desplegada. A continuación, se fijan los “puntos cardinales” de la prótesis a la pared y se confecciona la corona externa. Por último, confeccionamos la corona interna en el borde del anillo.

Resultados: Con la técnica de la “doble corona”, y siguiendo las pautas descritas, hemos obtenido buenos resultados. La estancia media posoperatoria ha sido de 1,84 días, con tendencia a la disminución hasta situarse alrededor de 1,05-1,10. Pese a que en muchos casos se trataban de hernias multioperadas, la cifra de recidivas es de un 3,3% (figs. 1-3).

Conclusiones: Nuestros resultados nos demuestran que no es necesario el uso de suturas transmurales. El anclaje mediante suturas helicoidales facilita la realización de la hernioplastia, y disminuye el dolor posoperatorio, con lo que se disminuye el gasto hospitalario y se reducen las estancias posoperatorias. Es por ello que pensamos que la técnica de la “doble corona” es una alternativa que supera a la hernioplastia laparoscópica con suturas.



Figura 1.

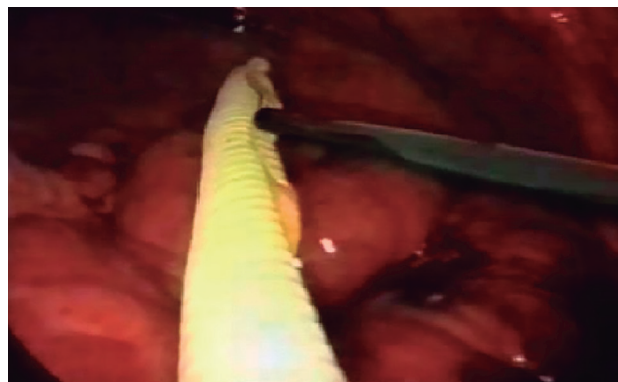


Figura 2.

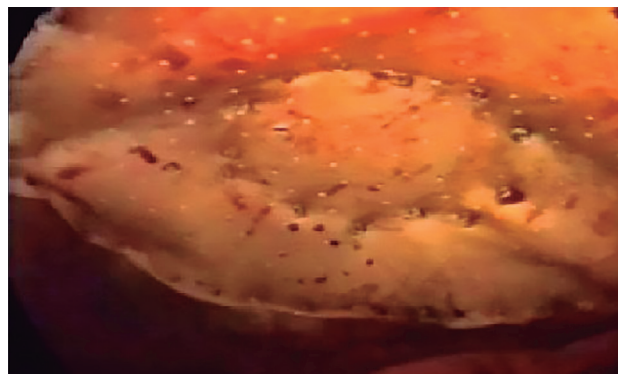


Figura 3.

CP 16 Eventración suprapúbica gigante simulando una hernia inguino-escrotal: presentación de dos casos

Trujillo Díaz Jeancarlos, Ruiz Soriano María, Ortiz de Solórzano Aurusa Javier, Gómez Carmona Zahira, Vázquez Fernández Andrea, Montes Manrique Mario, Blanco Antona Francisco, Merino Peñacoba Luis, Núñez del Barrio Henar, Beltrán de Heredia y Rentería Juan

Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid (España)

Introducción: Las eventraciones son una de las mayores complicaciones después de una laparotomía con una incidencia entre 10-20%. La eventración suprapúbica es rara y se localiza en la línea media infraumbilical a menos de 3 cm de la sínfisis del pubis. La mayoría son secundarias a incisiones de Pfannenstiel utilizadas en cirugías ginecológicas o en colorrectales laparoscópicas, y medias infraumbilicales usadas en las prostatectomías radicales. En la exploración física puede ser difícil en ciertos casos diferenciarlos de una hernia inguino-escrotal.

Método: Presentamos el caso de dos pacientes con eventraciones suprapúbicas que simulaban ser hernias inguino-escrotales. Primer paciente: 62 años, antecedentes quirúrgicos de herniorrafia inguinal derecha, adenomectomía retropúbica y prostatectomía. A la exploración física gran masa en región inguino-escrotal izquierda. Se realiza TC visualizándose una eventración en línea media suprapúbica con asas intestinales en su interior que descienden hacia región inguino-escrotal izquierda. Se realiza eventroplastia según técnica de Rives-Stoppa. Segundo pacien-

te: 71 años, antecedentes de prostatectomía y eventroplastia por evisceración. A la exploración presenta eventración línea media infraumbilical asociado a masa en región inguino-escrotal derecha. En la TC visualizamos defecto de pared abdominal en línea media con asas intestinales en su interior. Se realiza resección de malla previa y eventroplastia según técnica de Rives-Stoppa y TAR infraumbilical. Ambos pacientes presentaron un posoperatorio satisfactorio, y actualmente 6 y 12 meses después respectivamente se encuentran asintomáticos y sin signos de recidiva.

Resultados y conclusiones: Las eventraciones suprapúbicas se pueden confundir fácilmente durante la exploración física con una hernia inguino-escrotal (hasta un 60% de los casos), como en nuestros casos presentados, por lo que es recomendable la realización de una adecuada historia clínica, exploración física metódica y la realización de una ecografía o TC que nos confirmará el diagnóstico, el tamaño del defecto y el estado de los músculos rectos. Dada su baja incidencia el manejo ideal no está aún bien definido y existe controversia sobre la mejor técnica a utilizar en su reparación, pudiendo ser mediante abordaje abierto o laparoscópico. La reparación quirúrgica de este tipo de hernias es compleja, por la cercanía de estructuras óseas, vasculares y nerviosas (figs. 1 y 2).

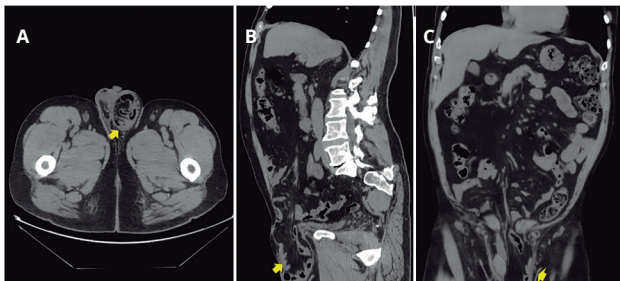


Figura 1. Tomografía computarizada, cortes axial (A), sagital (B) y coronal (C), donde se visualiza eventración de línea media suprapúbica, con asas intestinales en interior de saco herniario que desciende hacia región inguino-escrotal izquierdo, desplazando en canal inguinal hacia fuera.

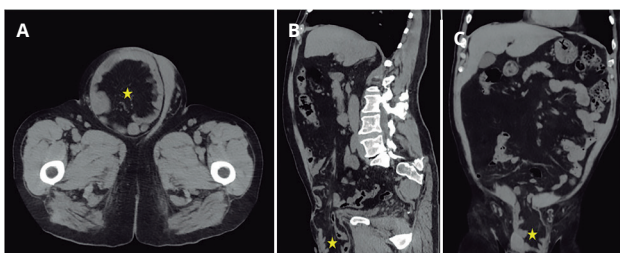


Figura 2. Tomografía computarizada, cortes axial (A), sagital (B) y coronal (C), donde se visualiza eventración de línea media suprapúbica, con asas intestinales en interior de saco herniario que desciende hacia región inguino-escrotal derecha simulando una hernia inguinal.

CP 17 Uso de mallas de ácido poliglicólico en ambientes contaminados

Marchal Santiago Amando¹, Camacho Marente Violeta¹, Navas Cuéllar José Aurelio², Tallón Aguilar Luis¹, Tinoco González José¹, Padillo Ruiz Francisco Javier¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España). ²Hospital Virgen de Valme. Sevilla (España)

Objetivos: Revisar el uso de la malla reabsorbible de ácido poliglicólico en cirugía abdominal urgente, determinar los factores en la que se indica la colocación de este tipo de malla y comprobar su posterior evolución clínica.

Métodos: Se han revisado todos los pacientes en los cuales se colocó una malla de ácido poliglicólico en el contexto de cirugía abdominal urgente entre 2013-2017. Así mismo se recogieron los datos que justificaron su utilización, el procedimiento realizado y los datos de su posterior seguimiento.

Resultados: Se han incluido 50 pacientes, de los cuales fallecieron 8 en el posoperatorio inmediato por causas relativas a la cirugía urgente o a la gravedad del proceso. 5 pacientes se excluyeron, uno por utilización en el lecho de una esplenectomía parcial, 2 por retirada de la malla por precisar otro procedimiento distinto y otro por utilización en la región inguinal. La edad media fue de 65 años. El motivo de su implantación fue la cirugía sucia, sucia-contaminada o contaminada, además de coexistencia de edad avanzada, infección de herida quirúrgica, inmunosupresión (incluyendo diabetes mellitus) u obesidad. La colocación fue en más del 97% supraaponeurótica como refuerzo del cierre laparotómico. Si atendemos a la clasificación del Ventral Hernia Working Group todas las hernioplastias recogidas son grados 3 (29%) o 4 (71%). Se han detectado 6 eventraciones y 1 evisceración con diagnóstico clínico (5) o radiológico (2) con un tiempo medio de seguimiento de 24.31 meses. En dos pacientes se retiró la malla posteriormente. Se detectaron 7 infecciones de sitio quirúrgico, 2 de las cuales precisaron desbridamiento y terapia negativa y 1 retirada de la malla (fig. 1).

Malla de Safil. Seguimiento

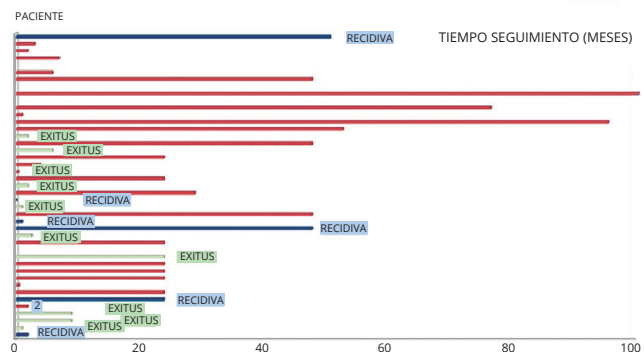


Figura 1.

Conclusiones: La utilización de mallas reabsorbibles a corto plazo como la malla de ácido poliglicólico, permite su utilización en campos contaminados como refuerzo en el cierre aponeurótico, en ocasiones como soporte para evitar la evisceración en pacientes graves o como refuerzo definitivo a pesar de un alto riesgo de eventración por el tipo de cirugía contaminada o sucia, si bien no hay estudios prospectivos o aleatorizados que apoyen su uso con una evidencia sólida.

CP 18 Uso de la sonicación en el diagnóstico de infecciones de mallas protésicas utilizadas en la reparación de hernia

Salas Vidal Llanos¹, Aguilera Correa John Jairo¹, Celdrán Uriarte Ángel², Esteban Moreno Jaime¹

¹Departamentos de Microbiología Clínica y ²Cirugía de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)

Introducción y objetivos: La colocación de mallas protésicas en la cirugía de reparación de hernia puede producir una serie de complicaciones posquirúrgicas, entre las cuáles la infección es una de las más importantes. Cuando ocurre, la adherencia bacteriana y la formación de una biopelícula en la superficie de la malla afectan a la integración del implante y a la regeneración del tejido del huésped. La prevención y los tratamientos no quirúrgicos para la infección de malla son limitados, por lo que a menudo requiere una extirpación quirúrgica de la malla para evitar complicaciones graves.

El objetivo del estudio es evaluar la utilidad de la técnica de sonicación, empleada con éxito en otros tipos de implantes, en el diagnóstico etiológico de la infección de malla protésica en cirugía de hernia abdominal.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo desde septiembre de 2010 hasta febrero de 2018, de todas las mallas estudiadas procedentes de pacientes del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid). Todos los dispositivos protésicos se procesaron utilizando el protocolo de sonicación descrito previamente por Esteban et al. (J Clin Microbiol. 2008 Feb;46(2):488-92). Después de la centrifugación, el sonicado se cultivó en placas de agar en aerobiosis y anaerobiosis, realizando una evaluación microbiológica cuantitativa de los resultados.

Resultados: Se procesaron un total de 23 mallas protésicas. En 19 de ellas se obtuvo un cultivo positivo. Los recuentos fueron elevados en la mayoría de casos ($P_{50} = 100\ 000$) (tabla I).

Conclusiones: Los resultados ponen de manifiesto la utilidad de la técnica de sonicación de mallas empleadas en cirugía abdominal. La infección monomicrobiana es tan frecuente como la polimicrobiana. La etiología más habitual son los microorganismos procedentes de la microbiota intestinal, si bien en las monomicrobianas destaca un número importante de infecciones por *S. aureus*.

Tabla I. Datos descriptivos de la incidencia de la infección de mallas protésicas

Microorganismos aislados		
Tipo	Polimicrobiana	10
	Microbiota intestinal	6
	Anaerobios	1
	<i>P. mirabilis</i>	1
	<i>E. coli</i>	1
	<i>K. pneumoniae</i>	2
	<i>M. morganii</i>	1
	<i>C. albicans</i>	1
	Monomicrobiana	9
	<i>E. coli</i>	4
	<i>S. aureus</i>	3
	<i>E. cloacae</i>	1
	<i>F. nucleatum</i>	1

CP 19 Un factor a tener en cuenta: la retracción de las prótesis utilizadas para la cirugía de las hernias ventrales por vía laparoscópica

Martín Cartes Juan Antonio, Bustos Jiménez Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)

Introducción: Cuando, en el curso de nuestro quehacer, nos vemos obligados a dejar un biomaterial en el interior de la cavidad abdominal para reparar un defecto de la pared abdominal, uno de los factores que debemos tener en cuenta es conocer su comportamiento en dicha localización, así como sus posibles cambios de tamaño como consecuencia del proceso de integración.

Material y método: Hemos utilizado en este estudio ciento veinte cerdos, divididos en dos grupos: En todos los animales se procedió a colocar implantes de 4 × 4 cm: dos de malla de polipropileno en una posición más cefálica, y otros dos de PTFE (Dualmesh Plus Corduroy) en una posición más caudal.

Resultados: Al cabo de cinco semanas todos los implantes habían sufrido un proceso de retracción, mucho más marcado en los implantes de PTFE. La pérdida de superficie en el PTFE como consecuencia de la retracción llegaba en algún caso a un 80%, mientras que en el caso del polipropileno no llegaba al 20%. La retracción no guardaba relación con la aplicación o no de inhibidores de la producción de adherencias (figs. 1-3).

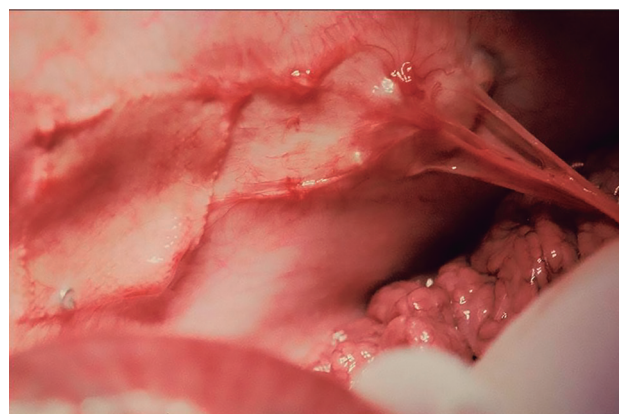


Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Conclusiones: Las prótesis utilizadas para la reparación de las hernias ventrales por vía laparoscópica han de tener un tamaño tal que, una vez terminado el proceso de retracción, sigan cubriendo el defecto que trataban de proteger. Los anclajes han de ser lo suficientemente numerosos y próximos como para que la forma definitiva del implante sea lo más parecida posible a la original.

CP 20 REPA, nuestra experiencia

Barrios-Carvajal María¹, Pou-Santonja Guillermo², Martí-Cuñat Elena³

¹Hospital de Lliria. Lliria. Valencia (España). ²Hospital Vithas-Nisa 9 de Octubre. Valencia (España). ³Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia (España)

Objetivos: La diástasis de los rectos (DR) es una alteración que cursa con abombamiento en la línea media y se suele acompañar de otros defectos como hernia umbilical y/o epigástrica. La reparación mediante sutura simple tiene una alta tasa de recurrencia y precisa de una incisión con pobre resultado estético. Es por ello que presentamos nuestra experiencia aplicando la técnica REPA publicada por Juárez-Muas, D. en 2017 en 10 pacientes con DR asociada a Hernia umbilical.

Métodos: Se realizó bloqueo TAP ecoguiado con Ropivacaína 0.5% (20 ml cada lado) en cada paciente, seguidamente en posición francesa se crea neocavidad prefascial mediante abordaje suprapúbico y ambas fosas ilíacas. Disección medial hasta xifoideos y en lateral hasta reborde costal y LAA, plicatura del defecto diastásico con sutura barbada de poligliconato núm. 0. Se colocó malla preaponeurótica de polipropileno macroporo 25 × 12 cm de baja densidad fijada con *tackers* metálicos en los 2 primeros casos, *takers* reabsorbibles en los 3 siguientes y cianoacrilato en el resto. Fijación transparietal de la cicatriz umbilical y drenajes Redón 12FR × 2 que se mantienen 7 días.

Resultados: Se intervinieron 10 pacientes (9 Mujeres 1 Hombre) con edad media 36 años (32-48), Una paciente asociaba hernia epigástrica además de hernia umbilical y DR, las medidas de la diástasis 3-3.5 cm × 15-18 cm. En 4 pacientes se realizó cierre del defecto umbilical con poligliconato 2-0 y en los 6 restantes

no se realizó cierre del defecto herniario, sino que se incluyó en la plicatura del defecto diastásico. Se evaluó el dolor pre y posoperatorio mediante EVA con resultado de 6/10 a las 24h de la intervención y 2/10 a los 7 días, 1 paciente (hombre) presentó dolor a las 3 semanas a nivel del *tacker* subcostal izquierdo que se resolvió tras infiltración. No hemos observado seromas. Grado de Satisfacción de las pacientes 9 Excelente 1 Bueno (figs. 1-3).

Conclusión: La cirugía endoscópica nos permitió resolver el defecto parietal y la colocación de prótesis preaponeurótica aumenta la seguridad de la plastia además ofrece como ventaja con bajo nivel de dolor posoperatorio y excelente resultado cosmético.



Figura 1.

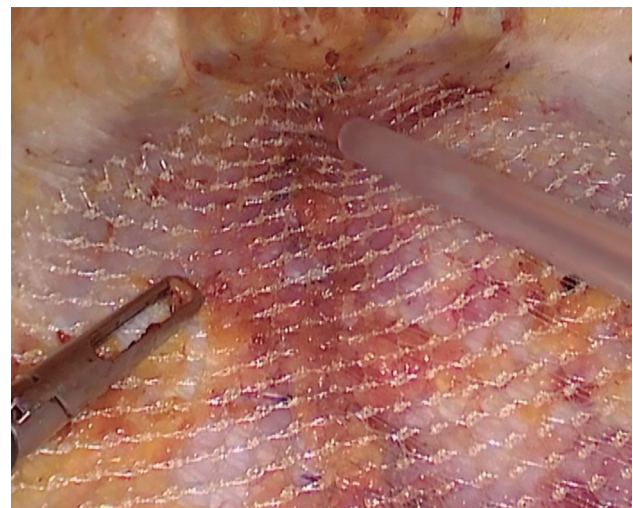


Figura 2.

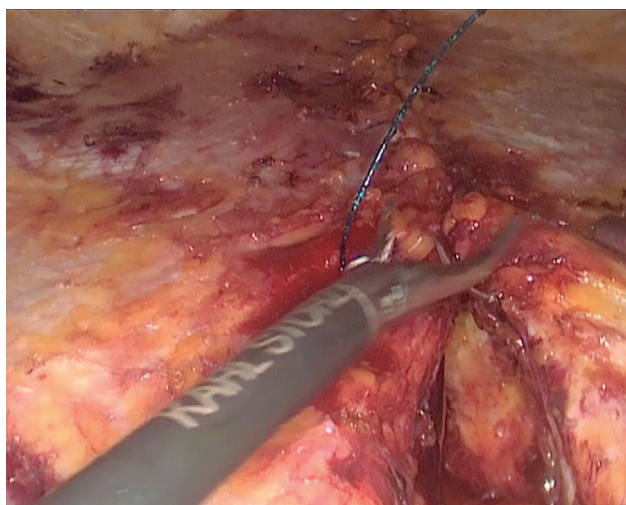


Figura 3.

CP 21 Neumoperitoneo progresivo preoperatorio y toxina botulínica combinados para el tratamiento de hernia incisional gigante recidivada

Uriarte Terán Jon Ignacio, García Herrero Silvia, Serrano Gutiérrez Ana Isabel, Gutiérrez Ferreras Ana Isabel, Bengoetxea Peña Iker, Pérez de Villarreal Amilburu Patricia, Hierro-Olabarria Salgado Lorena, Roca Domínguez María Begoña, Zorraquino González Ángel

Hospital Universitario Basurto. Bilbao (España)

Introducción: Exposición de un caso de eventración gigante recidivada tratada con la combinación de neumoperitoneo progresivo preoperatorio y toxina botulínica tipo A.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 55 años, con los siguientes antecedentes de interés: portador de VHC, fumador, intervenido de colecistectomía abierta en 1992, siendo reintervenido en el 2008 por una eventración de la laparotomía media realizando una eventroplastia con prótesis subaponeurótica y volviendo a ser intervenido de recidiva de la eventración en 2015 realizando otra eventroplastia con prótesis autoadhesiva supraaponeurótica. Es derivado de una clínica para valorar nueva recidiva observando a la exploración gran eventración con pérdida de domicilio no complicada. Se realiza un TC scan en el que se objetiva una eventración de $12 \times 19 \times 25$ cm con orificio herniario de 19×22 cm con asas de intestino delgado y colon. Tras presentar en comité, se infiltra 1 vial de toxina en la musculatura oblicua de manera bilateral un mes previo a la intervención. Ingresa la semana previa a la cirugía para realización de neumoperitoneo con colocación de catéter intraperitoneal en flanco izquierdo por la ECI, observándose una PIA preoperatoria de 2 mmHg. Se interviene al paciente realizándose separación anatómica de componentes (técnica de Carbone-Il-Bonafé). Se cierra la línea media con doble sutura continua con material reabsorbible de larga duración (vaina posterior y anterior con restos de prótesis). Se coloca prótesis plana de polipropileno 50×50 cm fijado con puntos sueltos de material irreabsorbible a

pubis y espina iliaca antero-superior. Se termina con sutura continua de material irreabsorbible sujetando el borde aponeurótico a la malla. Tras la finalización de la intervención quirúrgica se objetiva una PIA de 10,5mmHg. El paciente presenta buena evolución en su estancia en planta, siendo dado de alta al quinto día posoperatorio (figs. 1-3).



Figura 1.



Figura 2.

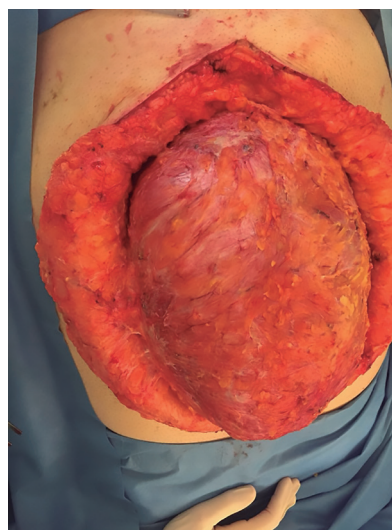


Figura 3.

Discusión: Con la utilización de esta técnica, no solo se facilita el cierre fascial, sino que se mejora la capacidad ventilatoria del paciente entre otras ventajas. Hasta ahora se han utilizado como técnicas separadas y se deberían realizar más estudios combinándolas. En nuestro centro hemos realizado un caso la técnica combinada, con intención de volver a intentarlo y evaluar sus resultados.

CP 22 Neumoperitoneo progresivo asociado a TAR en hernias paraestomales con pérdida del derecho a domicilio

Curado Soriano Antonio, Bascuas Rodrigo Beatriz, Lara Fernández Yaiza, Jurado Marchena Remedios, Valera Sánchez Zoraida, Naranjo Fernández Juan Ramón, Sánchez Moreno Laura, Pérez Huertas Rosario, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Presentamos el caso de un paciente varón de 59 años con antecedentes personales de obesidad, espondilitis anquilosante, trastorno bipolar y fumador de 1-2 paquetes al día. Remitido a la Unidad de Pared Abdominal por eventración paraestomal tipo IV (según clasificación de EHS) recidivada con pérdida del derecho a domicilio. Intervenido de diverticulitis perforada con peritonitis fecaloidea en 2007, realizándose la intervención de Hartmann. En 2011 el paciente es intervenido para reconstrucción de tránsito, existiendo ya una hernia paraestomal, la fibrosis pélvica y la retracción del cabo distal no permiten la reconstrucción intestinal. Optándose en quirófano por una una reparación de Sugarbaker sobre la eventración. En el posoperatorio tardío presenta una fistula entero cutánea en la cercanía de la ostomía, precisando drenaje quirúrgico e ingreso prolongado. Realiza seguimiento observándose recidiva clínica y radiológica a los tres años, objetivándose una hernia paraestomal con incarcera-ción crónica de fundus gástrico y asas intestinales sin signos de complicación que contiene más del 25 % del contenido intestinal. Estudiado el caso se decide realizar un neumoperitoneo progresivo para conseguir espacio en la cavidad abdominal. Es ingresado para colocación de catéter peritoneal y realización de neumoperitoneo progresivo según técnica de Goñi Moreno. Se insuflan diariamente entre 800-1000 cc de aire durante los primeros 12 días (según la aparición de dolor), posteriormente 800 cc durante 1 día más, siendo éste el último día de insuflación. Asimismo, se instruye al paciente en técnicas de fisioterapia respiratoria mediante el uso de incentivador (inspirómetro). El paciente es intervenido a los 15 días del inicio del NPP, realizándose una técnica de Rives Stoppa asociado la liberación del musculo transverso en el lado izquierdo (TAR), asociado a translocación de colostomía a flanco izquierdo dejando un orificio en la malla usada a través del cual pasa la colostomía. En el posoperatorio inmediato destaca como única incidencia la formación de un seroma de herida quirúrgica resuelto con suras locales diarias. El paciente es dado de alta a los 18 días posoperatorios. Con un seguimiento en consulta de cirugía de 14 meses no presenta complicaciones ni signos de recidiva clínica ni radiológica (figs. 1 y 2).

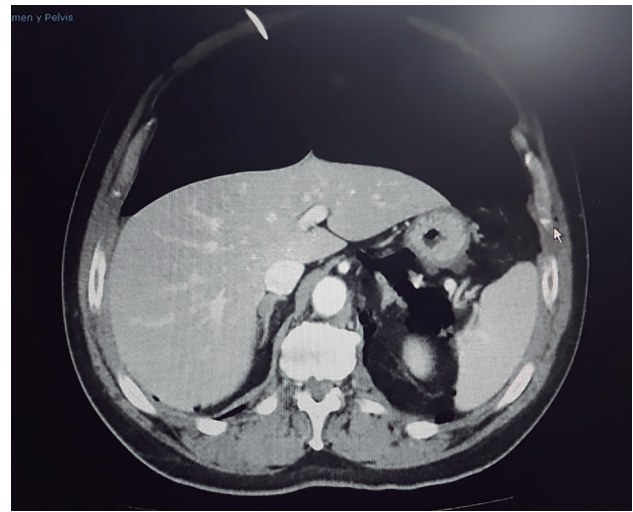


Figura 1.

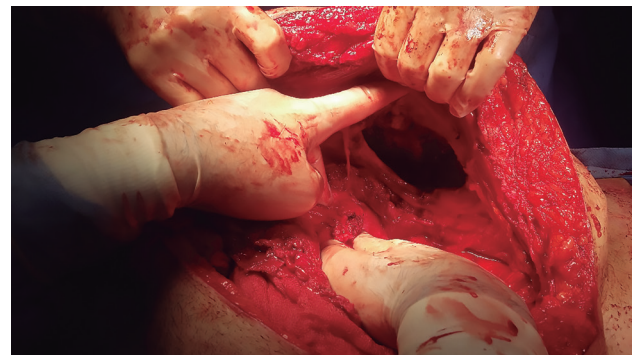


Figura 2.

CP 23 Mesotelización de los materiales de prótesis utilizados en la cirugía laparoscópica de las hernias ventrales: estudio experimental

Martín Cartes Juan Antonio, Bustos Jiménez Manuel

Hospital Duques del Infantado. Sevilla (España)

Objetivo: Cuando necesitamos colocar un biomaterial en contacto directo con el peritoneo visceral, uno de los factores a tener en consideración es, necesariamente, conocer su comportamiento en esa localización, así como la capacidad del peritoneo para recubrirlo. Esta capacidad de mesotelización, pensamos que es un factor pronóstico relacionado con la génesis de adherencias peritoneales.

Método: Se incluyeron en este estudio 120 cerdos, divididos en dos grupos. Mediante fijación con suturas helicoidales, se colocaron en cada animal cuatro implantes (cuadrados de 4 x 4 cm): Dos de ellos (los dos superiores) de PTFE-e (Dualmesh Plus Corduroy) y los dos inferiores de polipropileno. En el grupo que denominamos A (60 animales), impregnamos los implantes situados en el lado derecho del animal con cola de fibrina. En el grupo B, utilizamos la misma técnica con gel de hialuronidasa.

A las 5 semanas se procedió al sacrificio de los animales, determinando cantidad y características de firmeza de las adherencias formadas, porcentaje de la superficie de los implantes peritonizada, distribución de las adherencias, así como la retracción de los implantes. Tras el sacrificio se procedió a retirar los implantes, enviándolos a laboratorio para estudios histológicos.

Resultados: Se comprobó una disminución de las adherencias peritoneales en ambas series al comparar los resultados de los implantes del lado derecho con los colocados a la izquierda del animal. Comparando ambos grupos, los resultados eran mejores en el segundo (gel de hialuronidasa). Por otra parte, vemos como un material considerado casi como ejemplo de provocador de adherencias, estaba en muchos animales libre o casi libre de adherencias, ello se traducía en un alto porcentaje de superficie peritonizada. La retracción del PTFE-e llegaba en ocasiones a un 70% de superficie, mientras que la del polipropileno era sólo de un 8-10%.

Conclusiones: Tanto la cola de fibrina como el gel de hialuronidasa disminuyen la producción de adherencias peritoneales, así como su consistencia, aumentando en alto grado la superficie peritonizada. La hialuronidasa tiene además una gran ventaja: es un producto de muy bajo coste.

CP 24 Manejo conservador en la eventroplasia infectada

Gutiérrez Corral Natalia, García Bear Isabel, Mínguez Ruiz Germán, Serra Lorenzo Rubén, Aguado Suárez Nuria, Ramos Pérez Virginia, Arias Pacheco Rubén Darío

Hospital Universitario San Agustín. Avilés (España)

Objetivo: La infección de la malla colocada para reparar una hernia constituye un problema complejo para el paciente y en ocasiones un auténtico “calvario” que con frecuencia ha terminado en la explantación de la malla. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento conservador.

Método: Estudio retrospectivo 2011-2016 en el que revisamos y analizamos la infección en el tratamiento de la hernia incisional. Revisamos 137 pacientes con una edad de 65 años (34-84) más frecuente en mujeres 2:1. En todos los casos se utilizó profilaxis antibiótica. La infección de la herida se detectó y confirmó mediante cultivo en 15 casos, 8 de los cuales respondieron a tratamiento antibiótico y curas simples de herida.

Resultados: No observamos relación de la infección con el método de fijación, sí parece en cambio ser relevante el tamaño de la malla (mayor de 20 cm) y su situación, más frecuente en suprafaciales. Se asocia también con cirugía urgente y contaminada y es más frecuente en pacientes obesos y diabéticos. En los casos sin respuesta a tratamiento antibiótico, fiebre elevada y mantenida, se realizó lavado con suero a baja presión y aspiración bajo anestesia con buenos resultados, si bien en tres casos fue necesario repetir esta limpieza desbridamiento. La asociación de terapia de vacío fue efectiva en los casos en los que la utilizamos.

Conclusiones: La limpieza exhaustiva y desbridamiento bajo anestesia con suero a baja presión y aspiración es a nuestro juicio la mejor opción ante la malla infectada en situación suprafacial. La terapia de vacío asociada podría mejorar los resultados. La explantación no es una opción, por lo menos hasta no agotar otros métodos.

CP 25 La plastia preperitoneal como técnica de elección en hernias umbilicales y ventrales

Pérez de la Fuente María Jesús, Jurado Jiménez Rosario, Gómez Bujedo Lourdes, Gutiérrez Moreno Marta

Hospital de Alta Resolución de Utrera. Utrera. Sevilla (España)

Introducción: La localización preperitoneal se considera la ubicación de elección para la reparación de eventraciones y hernias ventrales. En la región umbilical, por sus características particulares, no suele usarse sistemáticamente, en la mayoría de los Servicios.

Objetivo: Describir nuestra técnica de plastia preperitoneal, así como los resultados obtenidos en los tres últimos años con su uso.

Material y método: Descripción de la técnica de hernioplastia preperitoneal y revisión de las hernioplastias consecutivas realizadas en los años 2015, 2016, 2017 y primer trimestre de 2018, en el Hospital de Alta Resolución de Utrera.

Resultado: Se trataron 218 hernias de pared abdominal anterior en el periodo estudiado. De ellas 92 con malla bilaminar circular; en 71 se colocó la malla en el espacio preperitoneal. La edad media de los pacientes fue de 56 años; 43 varones y 49 mujeres; el IMC medio fue de 30,51. Fueron 64 hernias umbilicales, 23 eventraciones, 3 hernia de Spiegel y 2 hernias epigástricas. EL 95.6 % de los pacientes se intervino en régimen ambulatorio. No hubo infección quirúrgica. Al mes de la intervención más del 90 % de los pacientes pudo ser dado de alta. Como complicaciones registramos 3 casos de dolor, 9 seromas, 1 hematoma y 1 granuloma. No se han encontrado recidivas.

Conclusiones: La plastia preperitoneal es una opción segura y adecuada para el tratamiento de la hernia umbilical y ventral en régimen ambulatorio. Se trata de una técnica que requiera cierta curva de aprendizaje, pero una vez asentada, es aplicable a casi todos los pacientes con este tipo de hernia. El posoperatorio inmediato es muy bien tolerado por el paciente. La reincorporación a la actividad laboral y vida normal no suele ofrecer problemas, y no hemos encontrado con esta técnica complicaciones a largo plazo, aunque el tiempo de seguimiento todavía es limitado.

CP 26 La cirugía de pared en nuestra unidad: crecimiento actual, desarrollo y futuro de la misma

Martínez Lloret Alfredo, Martí Cuñat Elena, Torrico Folgado M.ª Ángeles, Pérez Santiago Leticia, Calvete Chornet Julio, Martí Martí Vicente, Ortega Serrano Joaquín

Hospital Malvarrosa. Valencia (España)

Introducción: Descripción de nuestra Unidad de Cirugía: Nuestro hospital pertenece al Sistema Público de Salud y está unido funcionalmente en el mismo Departamento con otro Hospital Clínico Universitario de referencia. Está enfocado hacia una actividad fundamentalmente quirúrgica de múltiples especialidades y en la mayoría de casos son pacientes y cirugías CMA, sin ingreso o de corta duración.

La unidad de Cirugía General de nuestro hospital está compuesta por 7 cirujanos, 3 de ellos con especial dedicación a la cirugía de Pared.

Además, acuden cirujanos de las unidades de Coloproctología y Hepatobiliar para realizar con nosotros cirugías CMA. Los residentes realizan un rotatorio por nuestro Hospital dividido en dos periodos.

Objetivos: a) Realizar un análisis de nuestra actividad asistencial los últimos cuatro años y en particular de la importancia de la cirugía de pared en la misma; y b) establecer las directrices para desarrollar el crecimiento y especialización como Unidad de Pared dentro de las características de nuestro hospital e integrados en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínico Universitario.

Métodos:

- Estudio retrospectivo de las cifras absolutas y relativas de los distintos tipos de actividad asistencial y cirugías desde el año 2014 al 2017.
- Análisis comparativo para ver la evolución de las distintos tipos de cirugía y su proyección en los próximos años.

Resultados:

- Paradójico descenso del 20 % del total de cirugías debido a una reducción del número de quirófanos de cirugías menores / locales frente a un aumento de la necesidad de cirugía mayor tanto en cifras absolutas como en porcentaje.
- Dentro de las cirugías mayores la que más aumenta de forma significativa es la cirugía de Pared, hernioplastias y eventroplastias, tanto abiertas como laparoscópicas, siendo del 56 % el último año, seguida de las colecistectomías, 14 %, y completando el 30 % restante con el resto de procedimientos (tablas I y II).

Tabla I

	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017
Cirugías de pared: total	620	731	758	807
Hernioplastias inguinales	398	429	463	517
Eventroplastias	58 + 5	73 + 5	58 + 3	74 + 5
TEP	18	16	24	22
Hernioplastias umbilicales	112	173 + 1	176	138 + 2
Otras hernias: epigástricas, Spiegel...	29	33 + 1	31 + 3	46 + 3

Procedimientos abiertos en negro
Procedimientos laparoscópicos en rojo

Tabla II

Actividad asistencial	año 2014	año 2015	año 2016	año 2017
Total cirugías	3229	3117	2432	2505
Cirugía menor	1920 (59,46%)	1750 (56,14%)	1005 (41,32%)	1066 (42,55%)
Cirugía mayor	1309 (40,54%)	1367 (43,86%)	1427 (58,68%)	1439 (57,45%)
(CMA + CMI) Procedimientos más destacados:				
Cirugía de pared Hernioplastias y eventroplastias	620 (47,36%)	731 (53,47%)	758 (53,12%)	807 (56,02%)
Colecistectomías	170 (12,99%)	151 (11,05%)	195 (13,66%)	194 (13,48%)
Hemoroidectomías	121 (9,24%)	108 (7,9%)	105 (7,36%)	129 (8,96%)
Sinus pilonidal	108 (8,26%)	129 (9,44%)	132 (9,25%)	130 (9,03%)
Fisura/fistula anal	105 (8,02%)	100 (7,31%)	151 (10,58%)	97 (6,74%)
Otros (mama, hidrosadenitis, patología anal, lipomatosis)	185 (14,13%)	148 (10,83%)	86 (6,03%)	82 (5,7%)

Conclusiones:

1. La patología de pared está aumentando en número y también en complejidad.
2. Es necesaria una respuesta asistencial acorde tanto en aumento de medios como de formación de cirujanos expertos alrededor de Unidades de Pared.

CP 27 Hernia y catéter de diálisis peritoneal: estudio comparativo entre las técnicas abierta y laparoscópica

González-Vinagre Salustiano¹, Barreiro Morandeira Francisco², Bustamante Montalvo Manuel¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (España). ²Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela (España)

Objetivos: Estudiar si la inserción de catéteres de diálisis peritoneal (DP) supone un incremento en la aparición de hernias de pared abdominal y si existen diferencias entre la implantación mediante cirugía abierta y laparoscópica.

Métodos: Estudiamos dos grupos de pacientes con insuficiencia renal en estadio terminal, que optan por diálisis peritoneal (DP) como terapia renal sustitutiva y a los cuales se les insertó un catéter de DP. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de Santiago-Lugo. El catéter implantado es el catéter autoposicionable desarrollado por Di Paolo en la Universidad de Siena (Italia). El primer grupo (n = 51) se intervino mediante cirugía abierta y el segundo (n = 51), mediante cirugía laparoscópica (n = 51). El tiempo mínimo de seguimiento fue de un año. El análisis estadístico se realizó mediante el programa de libre distribución Epidat 4.2.

Resultados: al año de la cirugía, en el grupo de cirugía abierta, han presentado hernia 3 pacientes. En el grupo laparoscópico, han presentado hernia 5 pacientes. A los dos años de la cirugía, en el grupo de cirugía abierta, han presentado hernia 7 pacientes. En el grupo laparoscópico, han presentado hernia 6 pacientes. A los tres años de la cirugía, en el grupo de cirugía abierta, han presentado hernia 8 pacientes. En el grupo laparoscópico, han presentado hernia 6 pacientes. La razón de tasas de hernia al año, dos y tres años, es, respectivamente, de 1,69, 0,88 y 0,8 (IC95% de 0,4-7,06, 0,3-2,62 y 0,28-2,31, respectivamente). Los valores p son, respectivamente, al año, dos años y tres años, 0,4683, 0,817 y 0,683. La hernia no ha causado la retirada del catéter en ningún caso (tabla I; figs. 1 y 2).

Tabla I

HERNIAS	Personas año	N.º de hernias	Tasa por 1.000	IC95%
Al año				
Cirugía abierta	44,31	3	67,7	21,8 209,9
Laparoscopia	43,47	5	114,3	47,6 274,6
A los 2 años				
Cirugía abierta	74,48	7	94	44,8 197,2
Laparoscopia	72,6	6	82,7	37,1 184
A los 3 años				
Cirugía abierta	90,63	8	88,3	44,1 176,5
Laparoscopia	84,74	6	70,8	31,8 157,6

Conclusiones: Nuestra serie no constata las grandes diferencias en incidencia herniaria posoperatoria descritas en la literatura entre los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta y laparoscópica para la implantación de un catéter de diálisis peritoneal.

Palabras clave: insuficiencia renal, diálisis peritoneal, catéter, hernia, laparoscopia.

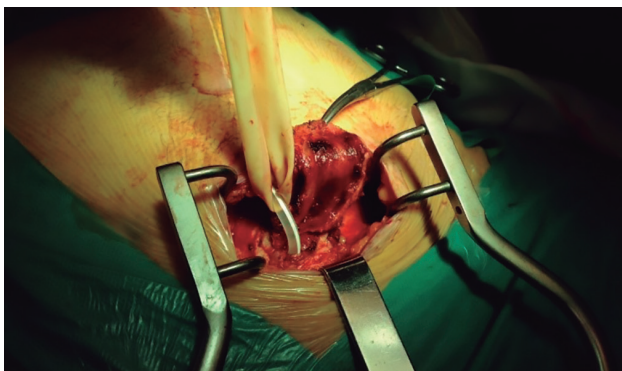


Figura 1.

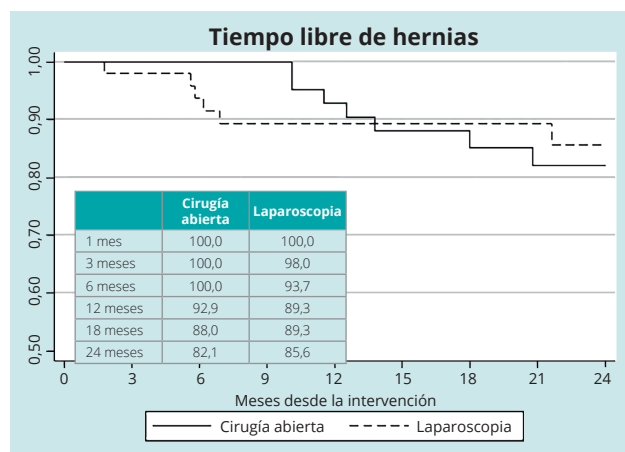


Figura 2.

CP 28 Eventraciones subcostales: algoritmo terapéutico en base a nuestra experiencia

Curado Soriano Antonio, Domínguez Sánchez Cristina, Lara Fernández Jaiza, Naranjo Fernández Juan Ramón, Valera Sánchez Zoraida, Jurado Marchena Remedios, Sánchez Moreno Laura, Pérez Huertas Rosario, Navarrete de Cárcer Enrique, Oliva Mompeán Fernando

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla (España)

Introducción: Las eventraciones subcostales son un tipo hernia incisional que tiene asociado al defecto herniario la atrofia muscular del hemiabdomen operado, provocada por la sección de las terminaciones nerviosas de las raíces motoras T9-T12. Debemos sumar a este problema la cercanía a los bordes óseos, la dificultad de fijación de la malla y la posibilidad de dolor crónico posquirúrgico si realizamos fijaciones costales.

Objetivo: Analizar nuestros resultados desde la creación de la Unidad de Pared Abdominal en 2010 hasta 2017. Material y método Se han intervenido 23 pacientes, 12 hombres (52%) y 11 mujeres (48%), con una edad media de 66,5 años. Se han clasificado según la EHS en L1W1/W2/W3 realizándose: a 2 pacientes con L1W1 (9%) se les ha implantado una malla IPOM (una de ellas por vía laparoscópica); a los 11 pacientes L2W2 (48%), una reparación con malla intraabdominal en 7 pacientes (5 de ellos mediante laparoscopia), un abordaje preperitoneal en 2, y una técnica retromuscular en otros 2 pacientes; y a los 10 sujetos L3W3 (43%), una técnica de doble malla en 5 casos y la técnica de separación posterior con liberación del transversario (TAR) en otros 5. Seguimiento mínimo de 2 años.

Resultados: El porcentaje de complicaciones ha sido del 30,4%, divididas por estratos en: 17,4% de complicaciones médicas (4 retenciones de orina que precisaron sondaje), 3 infecciones de herida (13%) y 5 seromas (21,7%) que precisaron curas (una infección además se vigiló con un sistema de presión negativa); 3 hematomas de la herida quirúrgica (13%). Una evisceración (4,3%) que precisó reintervención e ingreso en críticos. El porcentaje de recidivas es el 13% (3 casos). El 39% de los pacientes sufrieron dolor posoperatorio en relación con la herida o la cicatriz, medido mediante la escala EVA. La estancia media ha sido de 4,6 días.

Conclusiones: En nuestra unidad a las hernias incisionales subcostales W1 le realizamos una reparación laparoscópica colocando una malla compuesta intraabdominal. En las W2 realizamos una disección retromuscular o preperitoneal colocando una malla de polipropileno mediante laparotomía. En las W3 realizamos una separación posterior con liberación del transversario y/o técnica de doble malla.

CP 29 Efecto de la administración de toxina botulínica tipo A en la reconstrucción de la pared abdominal mediante la asociación racional de la separación de componentes y el uso de prótesis durante el tratamiento de hernias incisionales gigantes

Huarachi Guarachi Miguel Ángel, Orihuela Arroyo María Pilar, Celdrán Uriarte Ángel, González Ayora Santiago, Georgiev Hristov Tihomir, Ferrero San Román Carla

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid (España)

Introducción: La reparación de las hernias incisionales gigantes mediante la separación de componentes requiere la realización de incisiones de descarga en los planos aponeuróticos de la pared abdominal para lograr el cierre del defecto herniario de forma completa y sin tensión, lo que suele estar asociado a complicaciones como los seromas, hematomas y necrosis cutáneas.

Hipótesis: La administración de toxina botulínica previa a la reparación de la hernia incisional podría reducir las incisiones de descarga y/o aumentar tasa de reconstrucción completa de la pared abdominal en las hernias incisionales gigantes.

Método: En el estudio se han incluido diez pacientes con hernia incisional con un diámetro mayor de 10 cm (según la clasificación de European Society of Hernia) que recibieron inyección de toxina botulínica (grupo A) al menos tres semanas antes de realizar una reparación basada en el uso racional de la separación de componentes

y una doble prótesis. Este grupo se comparó con una cohorte histórica (grupo B) en el que no se había empleado la toxina botulínica.

Resultados: La separación de componentes fue aplicada en ocho pacientes (80%) del grupo A, pero siempre en las vainas de los rectos abdominales. Ninguno de los pacientes precisó incisiones de descarga en la aponeurosis del oblicuo externo y en todos los casos se consiguió una reconstrucción completa con el cierre del defecto sin tensión. Dos de los pacientes presentaron seroma, que requirió terapia de aspiración y uno de ellos sufrió necrosis cutánea. No ha habido recurrencias durante el seguimiento. En el grupo B, la separación de componentes se realizó en 23 pacientes, y fue necesaria hacerla en el músculo oblicuo externo en 30% de los pacientes. La reconstrucción completa de la pared abdominal se consiguió en 16 pacientes (69,6%). La recurrencia fue del 4.3% de los pacientes a lo largo del seguimiento (tabla I).

Tabla I		
	Sin Toxina Botulínica	Con Toxina Botulínica
Diámetro	12 cm	12,6 cm
Separación de componentes	16/23 (69,6%)	8/10 (80%)
Separación de componentes (VA/VP)	16/23 (69,6%)	8/10 (80%)
Separación de componentes (OE)	7/23 (30,4%)	0/10 (0%)
Reconstrucción completa	16/23 (69,6%)	10/10 (100%)
Recidiva	4,3% (1/23)	0/10 (0%)

Conclusión: La inyección preoperatoria de toxina botulínica antes de la reparación de la hernia incisional gigante en la pared abdominal podría disminuir la necesidad de la separación de componentes en la aponeurosis del músculo oblicuo externo y aumenta la tasa de reconstrucción completa de la pared abdominal.

CP 30 Cura asistida por vacío como medio para conseguir cierre de pared abdominal con fístulas enteroatmosféricas

Serrano Gutiérrez Ana Isabel, García Herrero Silvia, Uriarte Terán Jon Ignacio, Gutiérrez Ferreras Ana Isabel, Zorraquino González Ángel

Hospital de Basurto. Bilbao (España)

Introducción: Las curas de vacío pueden ser útiles para el manejo del abdomen abierto ya que estimulan la cicatrización, reducen el edema y eliminan exudados y materiales infecciosos.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 77 años intervenida de colecistectomía y adenocarcinoma de recto-sigma (G2 T3) por vía robótica en 2012. Dos años después presenta fístula colovesical y estenosis de la anastomosis colorrectal realizándose resección parcial de recto y colostomía terminal. En 2017 se reconstruye Hartmann dejando ileostomía de protección. Durante la segunda semana posoperatoria se objetiva fístula

recto-vaginal por lo que se realiza reconstrucción de ileostomía y colostomía terminal. Una semana después presenta dehiscencia de sutura de intestino delgado y colección en pared abdominal con sangrado activo que condiciona inestabilidad hemodinámica por lo que se reinterviene de forma urgente comprobándose apertura de la fascia abdominal con dehiscencia de anastomosis y dos fístulas enteroatmosféricas de intestino delgado dejándose el abdomen abierto con cura de vacío VAC. Se mantiene con cura VAC cada 48 horas, hasta aproximar los bordes de la herida quirúrgica y disminuir débito por fístulas lo suficiente como para realizar reparación del tránsito intestinal y cierre de la pared abdominal. Tras 147 días se realiza resección en huso de la zona de abdomen congelado con dos fístulas entero-atmosféricas (EA), se seccionan los segmentos afectados de intestino delgado y se completan anastomosis T-T manuales. Se practican incisiones de descarga sobre aponeurosis de ambos oblicuos mayores y disección de plano subaponeurótico lateral. Cierre de línea media. Colocación de malla bilaminar en la zona media de laparotomía para evitar tensión excesiva de cierre. Se coloca malla plana de PPL fijado con sutura continua al borde libre de la aponeurosis del oblicuo mayor y el borde externo del recto derecho con sutura continua. Presenta buena evolución posoperatoria (figs. 1-3).

Discusión: Las curas asistidas por vacío han supuesto un gran avance en el manejo del abdomen abierto. Con este caso ilustramos su utilidad en el manejo de peritonitis plástica y fístulas enteroatmosféricas, ayudando a preparar el lecho de la herida para un cierre primario del abdomen abierto complejo en el plazo de unas semanas.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

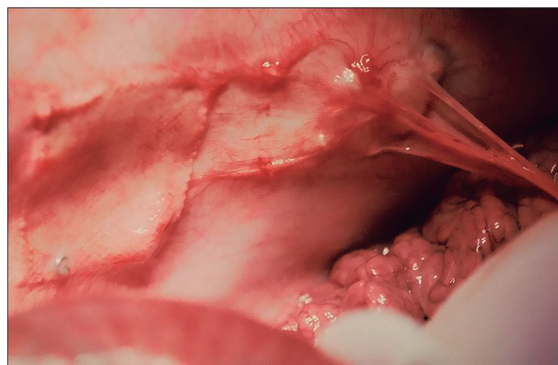


Figura 1.

CP 31 ¿Podemos actuar contra la previsible formación de adherencias en la cirugía de las hernias ventrales mediante prótesis intraperitoneales?

Martín Cartes Juan Antonio, Bustos Jiménez Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla (España)

Objetivo: Cuando, en el curso de nuestro quehacer, nos vemos obligados a dejar un biomaterial en el interior de la cavidad abdominal para reparar un defecto de la pared abdominal, uno de los factores a tener en cuenta, es conocer su comportamiento en relación a la producción de adherencias peritoneales.

Material y método: Hemos utilizado en este estudio ciento veinte cerdos, divididos en dos grupos: En todos los animales se procedió a colocar implantes de 4×4 cm: dos de malla de polipropileno en una posición más cefálica, y otros dos de PTFE (Dualmesh Plus Corduroy) en una posición más caudal. Los implantes situados en el lado derecho del animal se impregnaron de inhibidores de la producción de adherencias (en 60 animales se utilizó cola de fibrina, serie A, y en otros 60 se utilizó gel de hialuronidasa, serie B). Después de cinco semanas, se procedió al sacrificio de los animales, evaluando los resultados.

Resultados: Al cabo de cinco semanas se apreciaba como los implantes impregnados de sustancias inhibidoras de la producción de adherencias presentaban menos adherencias, éstas (cuando existían) eran más laxas, e incluso en muchos casos los implantes estaban perfectamente peritonizados (figs. 1-3).



Figura 2.

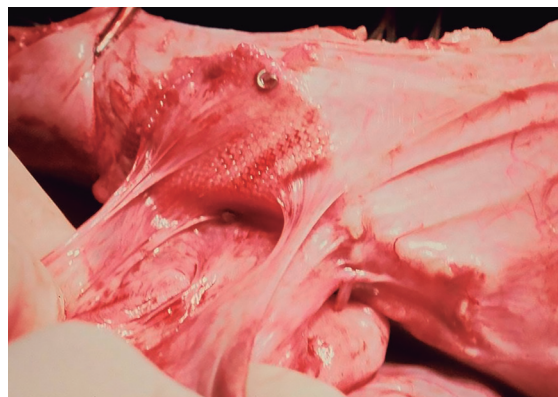


Figura 3.



ÍNDICE DE AUTORES

A

Aguado Suárez N, 33
Aguilera Correa JC, 28
Almeida S, 21
Alonso MT, 9
Álvarez Abad I, 9
Álvarez de Sierra Hernández P, 11
Álvarez Peña E, 4, 5, 7
Arango Bravo A, 20
Arias Pachecho RD, 33
Arriaga Díaz MÁ, 13

B

Barambio Buendía J, 4, 14
Barreiro Morandeira F, 34
Barrios-Carvajal M, 5, 19, 30
Bascuas Rodrigo B, 20, 32
Beltrán de Heredia y Rentería J, 19, 27
Bengoetxea Peña I, 3, 31
Bernal Sánchez E, 14
Bernal Sprekelsen JC, 1
Blanco Antona F, 19, 27
Blázquez Lautre L, 6
Bonachia Ó, 9
Bonafé S, 2
Borges de Menezes L, 11
Bueno-Lledó J, 2, 12
Bustamante Montalvo M, 34
Bustos Jiménez M, 24, 27, 29, 32, 37

C

Caballero Soto M, 12, 15, 26
Cabero Sánchez G, 13
Cabrera Pereira A, 20

Calado J, 21

Calvete Chornet J, 5, 14, 15, 18, 24, 25, 33
Camacho Marente V, 23, 24, 28
Campos Máñez J, 12, 15, 26
Canelles Corell E, 1
Cano Carlos A, 7, 16, 17
Cano-Valderrama Ó, 9
Carbonell Tatay F, 1, 2, 12, 15, 26
Carneiro C, 21
Carrasco J, 10, 26
Carreño Sáenz O, 2, 12, 15, 26
Castillo MJ, 9
Cayón Marco R, 11
Celdrán Uriarte Á, 4, 14, 28, 35
Cervantes N, 9
Colina Alonso A, 25
Conde Someso S, 11
Couce Santiago JM, 4, 10, 15, 16
Covelli Gómez C, 1
Cuccomarino S, 7
Curado Soriano A, 20, 32, 35

D

Dávila Dorta D, 6, 13
De Tursi Rispoli L, 1
Docio Gregorio G, 6
Domínguez C, 10, 26
Domínguez Sánchez C, 35
Domínguez Sánchez JM, 4, 10, 15, 16
Durán Muñoz Cruzado V, 24

E

Elías Aldama M, 3
Errazti Olartecoechea G, 9, 25
Esteban Moreno J, 28
Estéfano Bulufert CF, 4, 10, 15, 16
Estevan Estevan R, 12, 15, 26

F

Fernandes Carnot Damacena G, 17
Fernández Gómez Cuadrado L, 25
Fernández Luengas D, 11
Fernández Saborido L, 4, 10, 15, 16
Ferrero San Román C, 35
Filho Tristão MA, 8

G

Ganem AMM, 8
García P, 2
García Bear I, 33
García Carrero M, 10, 15, 16, 4
García Fadrique A, 12, 15, 26
García Fernández J, 20
García García M, 4, 10, 15, 16
García Herrero S, 3, 31, 36
Georgiev Hristov T, 4, 35
Gil López JM, 11
Gómez Bujedo L, 22, 33
Gómez Carmona Z, 19, 27
Gontijo Cássio ES, 17
González Ayora S, 4, 14, 35
González Sánchez JA, 4, 5, 7
González-Vinagre S, 34
Guerra Lerma M, 9, 25
Gutierrez Nancy Débora, 7, 17
Gutiérrez Corral N, 33
Gutiérrez Ferreras AI, 3, 31, 36
Gutiérrez Grijalba O, 9
Gutiérrez Moreno M, 22, 33

H

Heras Garceau M, 4, 5, 7
Hernández Villafranca S, 14
Hierro-Olabarría Salgado L, 3, 31
Huarachi Guarachi MÁ, 4, 14, 16, 35

I

Iserte J, 2

J

Jáuregui C, 10, 26
Jiménez R, 2

Jover Bargues R, 14

Jurado Jiménez E, 22, 33

Jurado Marchena R, 20, 32, 35

K

Kataryniuk Di Constanzo Y, 9, 25

L

Landete Molina FJ, 1

Lapeña Rodríguez M, 15

Lara Fernández Y, 32, 35

Larrea Oleaga J, 25

López Baena JÁ, 11

López Rojo I, 4, 14

López-Mosquera Bayón E, 20

Lorente March J, 13

M

Marchal Santiago A, 23, 24, 28

Marcos A, 9

Martí Cuñat E, 5, 14, 15, 18, 19, 24, 25, 30, 33

Martí Martí V, 18, 24, 33

Martín Arévalo J, 24

Martín Cartes JA, 27, 29, 32, 37

Martínez G, 10, 26

Martínez Jiménez P, 4, 5, 7

Martínez Lloret A, 5, 24, 25, 33

Martins R, 21

Miranda Melo R, 8, 11, 17

Merello Godino J, 11

Merino Peñacoba L, 19, 27

Mifsut Porcel P, 9, 25

Mínguez Ruiz G, 33

Montes Manrique M, 19, 27

Moraes Farias Dantas B, 17

Moreda Álvarez R, 4, 10, 15, 16

N

Naranjo Fernández JR, 20, 32, 35

Navarrete de Cárcer E, 20, 32, 35

Navas Cuéllar JA, 23, 24, 28

Neves RA, 11

Nunes V, 21

Núñez del Barrio H, 19, 27

O

Oliva Mompeán F, 20, 32, 35
Orihuela Arroyo P, 4, 14, 35
Ortega Serrano J, 14, 15, 24, 25, 33
Ortiz de Solórzano Aurusa J, 19, 27
Otegi Altolaquirre I, 6

P

Padillo Ruiz FJ, 23, 24, 28
Parajó Calvo AE, 15
Peinado Iribar B, 5
Pérez de la Fuente MJ, 22, 33
Pérez de Villarreal Amilburu P, 3, 31
Pérez Huertas R, 20, 32, 35
Pérez Prudencia E, 20
Pérez Santiago L, 14, 15, 18, 24, 25, 33
Pino Díaz V, 24
Pinto B, 21
Porrero JL, 9
Pou-Santonja G, 5, 19, 30
Prat Calero A, 1
Pretim Sereno Rodrigues S, 17

Q

Qian Zhang S, 14

R

Ramos B, 9
Ramos Pérez V, 33
Rappoport J, 10, 26
Recreo Baquedano A, 6
Rigueiro López L, 4, 10, 15, 16
Roca Domínguez MB, 31
Rocha R, 21
Rodeño Esteban I, 9, 25
Ruiz Soriano M, 19, 27

S

Salar Vidal LI, 28
Sánchez Argüeso A, 4, 14
Sánchez Arteaga A, 24
Sánchez Moreno L, 20, 32, 35
Sánchez-Cabezudo C, 9
Sarriugarte Lasarte A, 9, 25

Sebastián Labayen JL, 6
Sendino Cañizares P, 9, 25
Seroni G, 8, 17
Serra Lorenzo R, 33
Serrano Gutiérrez AI, 31, 36
Serrano Hermosilla C, 25
Silva J, 10, 26
Sosa Rodríguez V, 20

T

Tallón Aguilar L, 23, 24, 28
Tamayo López MJ, 24
Tejerina J, 9
Tinoco González J, 23, 24, 28
Torregrosa A, 2
Torres Alfonso JR, 14
Torrico Folgado MÁ, 5, 24, 25, 33
Trallero Anoro M, 12, 15, 26
Trillo Parejo P, 4, 10, 15, 16
Trujillo Díaz J, 19, 27

U

Uriarte Terán JI, 31, 36
Uribazo Fernández M, 6

V

Valderrábano González S, 4, 5, 7
Valera Sánchez Z, 20, 32, 35
Vargas Durand ÁT, 18
Vázquez Fernández A, 19, 27
Vesga Rodríguez A, 9, 25
Villar S, 9
Von Jentsch N, 10

Y

Yarade ME, 7

Z

Zapata Syro C, 11
Zárate Gómez J, 11
Zorraquino González Á, 3, 31, 36