



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 semisentada 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.

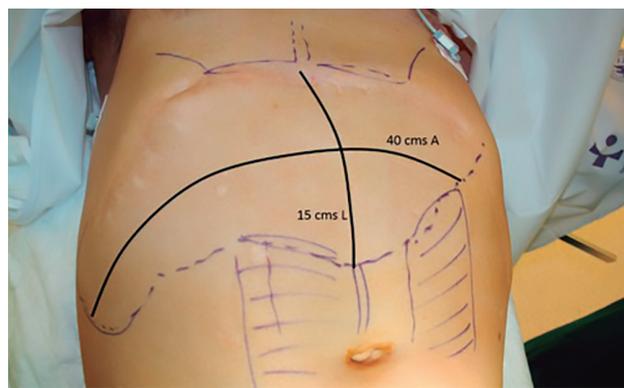


Figura 1.

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.

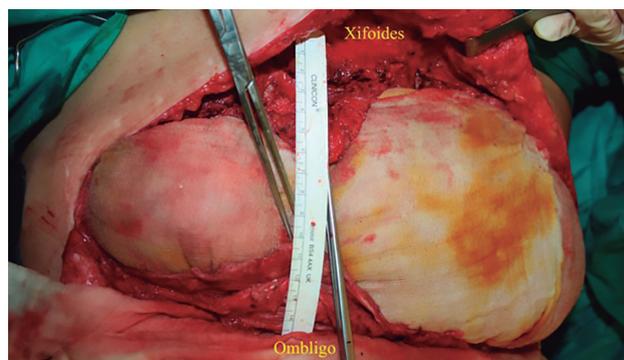


Figura 3.

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 1 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 transplantados 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 linfocele 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 Altolaquirre 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 epilgaron 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 × 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).

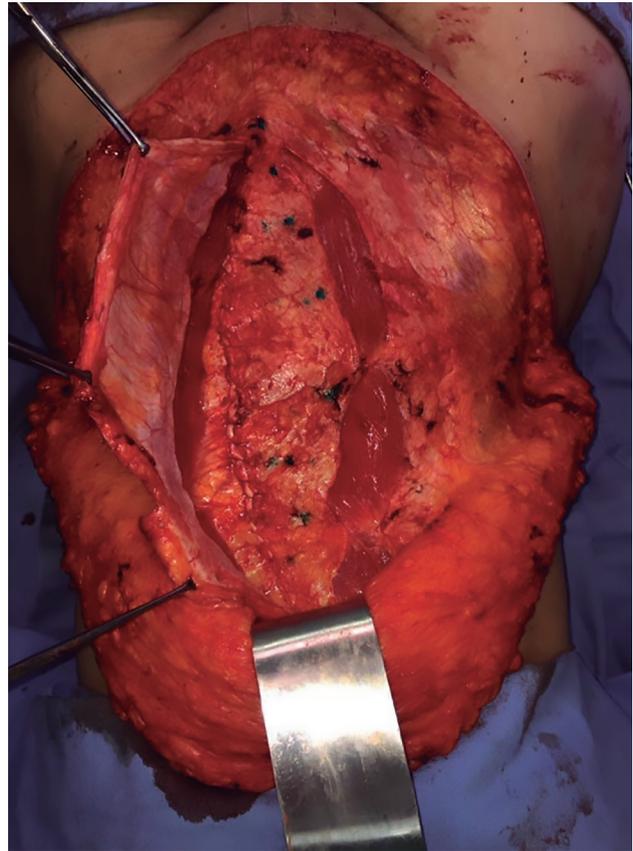


Figura 1.

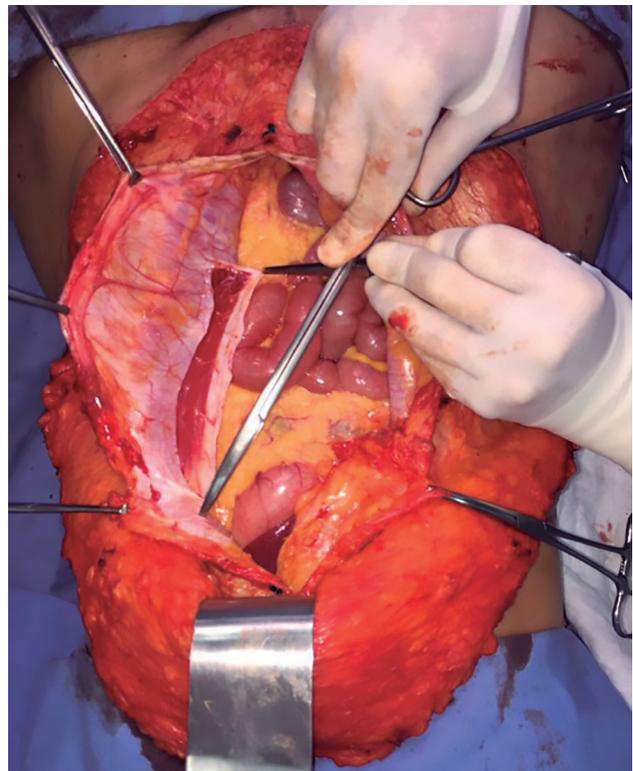


Figura 2.

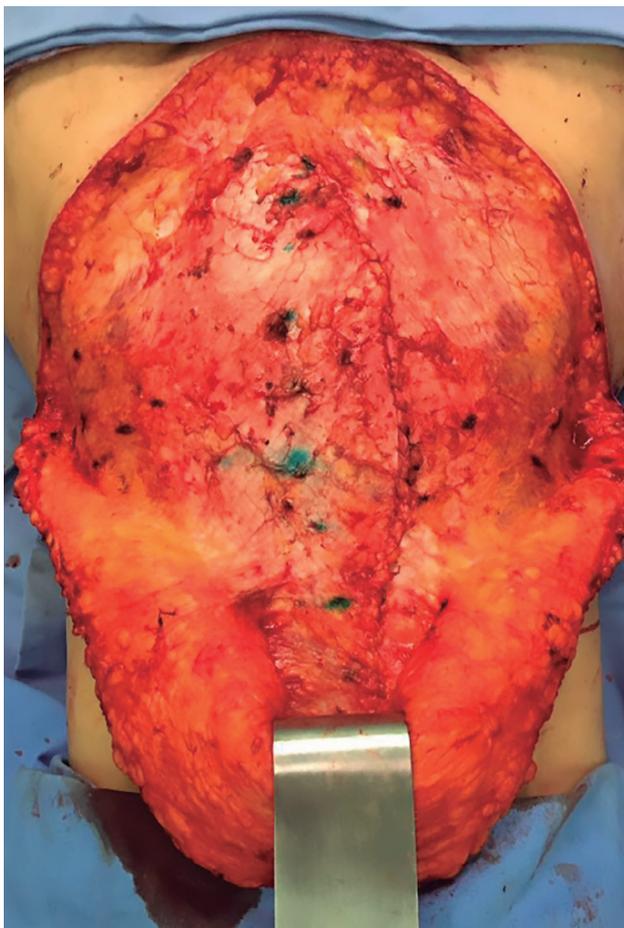


Figura 3.

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).

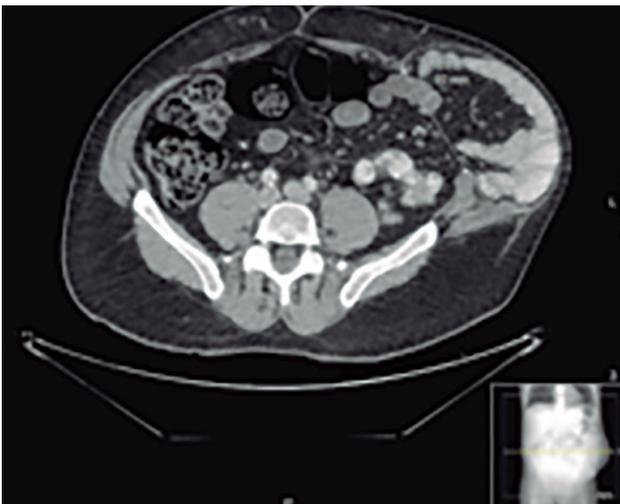


Figura 1.

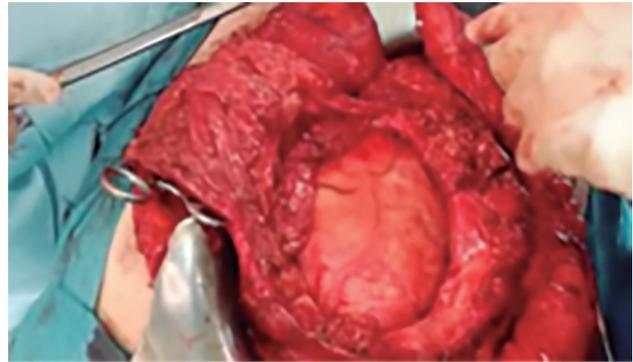


Figura 2.

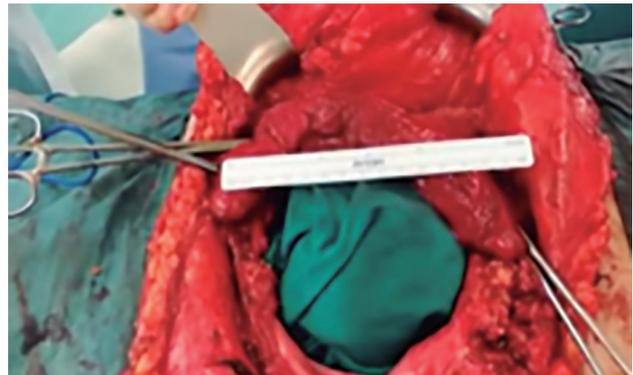


Figura 3.

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).

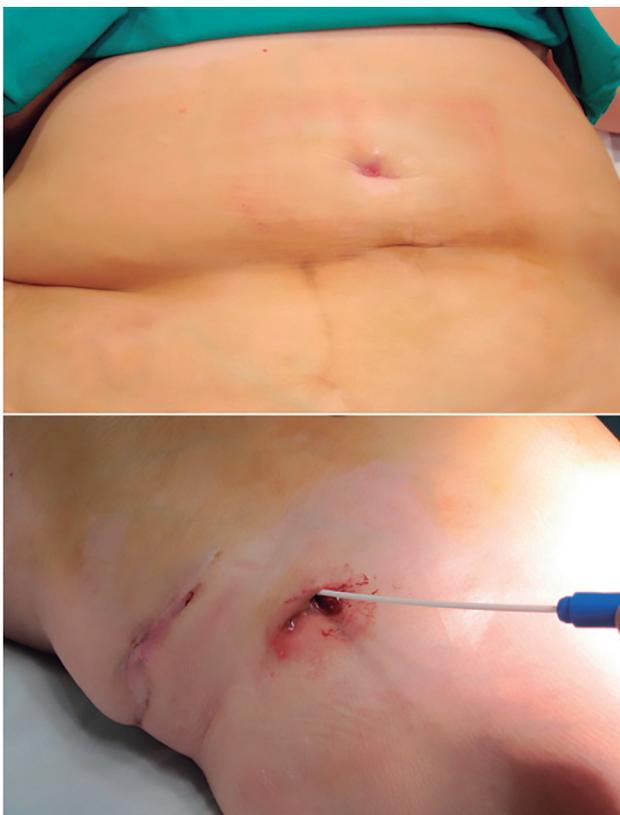


Figura 1.

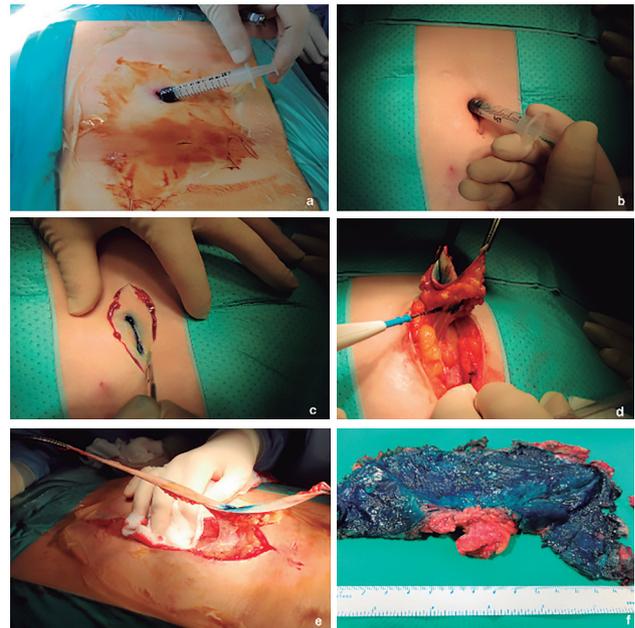


Figura 2.



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 resecarla 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.