



REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

VOLUMEN 3

NÚMERO 3

SUPLEMENTO I



VIII REUNIÓN NACIONAL HERNIAS 2005

SECCIÓN PARED ABDOMINAL Y SUTURAS A.E.C.

16, 17 y 18 de Junio 2005 Santiago

RESÚMENES DE COMUNICACIONES



REVISTA DE CIRUGIA DE GALICIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE GALICIA

Volumen 3

Número 3

Suplemento 1

Consejo de Redacción y Editorial

Director

MIGUEL CAINZOS FERNANDEZ

Secretario de Redacción

JOSE CARLOS MINGUEZ ROMERO

Vocales

MANUEL DÍAZ DEL RIO BOTAS

JOSÉ FRAGUELA MARIÑA

FERNANDO FERNÁNDEZ LÓPEZ

MANUEL GARCÍA GARCÍA

LUIS GONZÁLEZ SÁEZ

MANUEL MARTÍNEZ ALARCÓN

RAFAEL MARTÍNEZ ALMEIDA

ENRIQUE MENA DEL RIO

MANUEL MOREDA PÉREZ

ISABEL OTERO MARTÍNEZ

HIPÓLITO PIÑEIRO MARTÍNEZ

ENRIQUE PREGO MATEO

ALBERTO RAMOS ARDA

FAUSTINO RODRÍGUEZ-SEGADE

ERNESTO TOSCANO SÁNCHEZ

ERNESTINA VALEIRAS DOMÍNGUEZ

Redacción y Administración

mbKarma

María Berdiales, 18 - 1º Ofic. 1

Teléfono: 986 44 31 71

Fax: 986 44 60 51

E-mail: mbk@mbkarma.com

36203 VIGO

I.S.S.N. 1579-9840. Deposito Legal:

VG - 59 - 2004

COMITE DE HONOR

Excmo. Sr. Don Manuel Fraga Iribarne

Presidente de la Xunta de Galicia

Ilmo. Sr. Don José Antonio Sánchez Bugallo

Alcalde del Excmo. Concello de Santiago

Excmo. Sr. Don José Manuel González Álvarez

Consejero de Sanidad de la Xunta de Galicia

Excmo. y Mgco. Sr. Don Senén Barro Ameneiro

Rector de la Universidad de Santiago

Ilmo. Sr. Don Salvador Fernández Moreira

Presidente de la Excmo. Deputación de A Coruña

Ilmo. Sr. Don José M^a Fraga Bermúdez

Decano de la Facultad de Medicina de Santiago

Sr. Don Salvador Lledó Matoses

Presidente de la Asociación Española de Cirujanos

Sr. Don Manuel Hidalgo Pascual

Presidente de la Asociación Europea de Hernias

Sr. D. José Enrique Casal Núñez

Presidente de la Sociedad de Cirugía de Galicia

Sr. Don Javier Jiménez Ferreres

Gerente del Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

JUNTA DIRECTIVA

Sociedad de Cirugía de Galicia

Presidente:

J. E. Casal Núñez

Vicepresidentes:

F. Barreiro Morandeira

I. Otero Martínez

Secretario:

M. Bustamante Montalvo

Tesorero:

I. Maruri Chimeno

Vocales:

J. Ghanime Saide

A. López Saco

E. Moncada Iribarren

O. Maseda Díaz

M. Moreira Pérez

A. M^a Paulos Gómez

M. Redondo Ferreño

J. Viñas Martínez

REVISTA DE CIRUGÍA DE GALICIA

ORGANO OFICIAL DE LA SECCIÓN DE PARED ABDOMINAL

Presidente de Honor:
J. Potel Lesquereux

Sumario

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente:

F. Barreiro Morandeira

Secretario:

J.A. Puñal Rodríguez

Vicesecretario:

R. Conde Freire

Tesorero:

A. Fernández Pérez

Vocales:

P. García Ciudad

I. Martínez Lema

A. Beiras Torrado

R. Álvarez Seoane

E. Varo Pérez

F. Santos Benito

J. García Iglesias

J.M. Couce Santiago

A. Ríos Ríos

C. Beiras Sarasquete

F. Amigo Souto

A. Concheiro Carro

F. Rodríguez Segade

L. García Vallejo

M. Bustamante Montalvo

J. Baltar Boileve

J. Martínez Castro

P. Concheiro Coello

J. Paredes Cotoré

A. Escudero Pérez

E. García Iglesias

J. Brenlla González

J. Souto Boo

A. Rivera Losada

A. Paulos Gómez

E. Mena del Río

D. Prieto González

J.J. Solar Núñez

COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidente:

M. Caínzos Fernández

Vocales:

F. Docobo Duráñez

F. Gómez Lorenzo

M. Hidalgo Pascual

P. Gil Gil

G. Adrio Díaz

J. Machuca Santa Cruz

F. Arija Val

M. Piñón Cimadevila

J.E. Casal Núñez

A. Ramos Ardá

L. Folgar Villasenín

E. Toscano Novella

C. Gómez Freijoso

JUNTA DIRECTIVA

Coordinador:

F. Docobo Duráñez

Vocales:

F. Barreiro Morandeira

F. Carbonell Tatay

D. Dávila Dorta

M. Limones Esteban

S. Morales Conde

A. Moreno Egea

REVISTA DE CIRUGIA DE GALICIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE GALICIA

Sumario

Volumen 3 / Número 3 / Suplemento 1 / Junio 2005

Consejo de Redacción y Editorial	1
Comité de Honor y Junta Directiva Sociedad de Cirugía de Galicia	2
Comité Organizador	3
Comité Científico y Junta Directiva Sección Pared Abdominal	4
Sumario	5
 EDITORIAL.	
M. Cainzos. Director de la Revista	7
 BIENVENIDA.	
F. Barreiro. Presidente del Comité Organizador	9
 PROGRAMA CIENTÍFICO	
Comunicaciones:	
Jueves 16,00 h: nº: 01 al 07 : Sala Obradoiro	15
Jueves 16,00 h: nº 08 al 13 : Sala Botafumeiro	23
Comunicaciones:	
Viernes 09,00 h: nº: 14 al 20 : Sala Obradoiro	31
Viernes 09.00 h: nº: 21 al 26 : Sala Botafumeiro	39
Viernes 16.00 h: nº: 27 al 33 : Sala Obradoiro	47
Viernes 16.00 h: nº: 34 al 40 : Sala Botafumeiro	54
Comunicaciones	
Sábado 09,15 h: nº: 41 al 47 : Sala Obradoiro	62
Sábado 09.15 h: nº: 48 al 54 : Sala Botafumeiro	70
Comunicaciones Póster	
Viernes 12.00 h : nº: 01 al 11. Vestíbulo	78
Viernes 17.00 h : nº: 12 al 21. Vestíbulo	89

La cirugía de las hernias, laparoceles y eventraciones, es sin duda alguna, la cirugía cuantitativamente más importante dentro de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Por un lado, representa la cirugía electiva de todos los días siendo en los últimos años la gran protagonista de la cirugía de corta estancia- y por otro, es una de las cirugías con las que el cirujano general tiene que enfrentarse frecuentemente en las urgencias cuando está de guardia. Por lo tanto, su resolución es de interés cotidiano para el cirujano general.

A esta importancia cuantitativa, hay que añadirle que a pesar de la gran experiencia adquirida en su tratamiento, todavía no se ha dicho la última palabra en la cirugía de la hernia. La existencia de múltiples técnicas quirúrgicas pone de relieve la dificultad para encontrar un tratamiento definitivo que evite su recidiva. La aparición durante los últimos años de diferentes tipos y variedades de prótesis ha facilitado la realización de la herniorrafia y con frecuencia se nos presenta una nueva malla con mejoras en su estructura y composición, lo que mantiene continuamente vivo el interés de los cirujanos por las novedades en este terreno.

Paralelamente, la cirugía de la hernia está dando lugar al desarrollo de importantes debates y se ha convertido en un interesante campo de investigación. Así durante los últimos años se discute sobre la vía de abordaje y sobre el valor de la cirugía laparoscópica; se investiga sobre cómo evitar el dolor después de la cirugía, si es necesario o no hacer profilaxis antibiótica, sobre nuevos biomateriales o sobre la eficacia del pegamento biológico comparado con la sutura tradicional para fijar las mallas.

Durante los días 16 a 18 de Junio de 2005, Santiago de Compostela acoge la *VIII Reunión Nacional de Hernias*. Este evento quirúrgico representa una gran satisfacción no solo para todos los cirujanos santiagueses, sino también para todos los cirujanos gallegos. Por ello, la Revista de Cirugía de Galicia, órgano de expresión de la Sociedad de Cirugía de Galicia, tiene la gran satisfacción de editar un número extraordinario para recoger las comunicaciones presentadas durante la Reunión. Queremos también desde estas páginas agradecer la colaboración de todos los ponentes extranjeros y nacionales por su aportación personal al éxito de la *VIII Reunión Nacional de Hernias*.

Dr. Miguel Caínzos Fernández
Director de la Revista y del Programa Científico de la Reunión

Queridos amigos y amigas:

Es para mi un honor el poder organizar en la ciudad de Santiago de Compostela la VIII Reunión Nacional de Hernias 2005, durante los días 16-17 y 18 de Junio.

NUEVAS INSCRIPCIONES

Desde el primer momento en el que la directiva de la Sección de Pared Abdominal y Suturas de la Asociación Española de Cirugía me concedió en la VII Reunión en Mayo del año 2003 en Badajoz la responsabilidad de realizarla, me puse a trabajar con todos los miembros del equipo organizador, para conseguir el mayor nivel científico y social de esta reunión.

PROGRAMA

En un tema quirúrgico tan antiguo y tan actual como son las Hernias de la pared abdominal, vamos a intentar poner los pilares para que los conocimientos se adapten de una forma real a la actualidad médica del siglo XXI, desarrollando un programa científico de últimos conocimientos, de avances en técnicas quirúrgicas abiertas y/o laparoscópicas, de uso y empleo de mallas, suturas y distintos pegamentos que se dispone en el armamento de la cirugía de hoy.

Igual que las hernias, la ciudad de Santiago de Compostela es antigua y actual; convertida en lugar de encuentros y final de caminos desde la Edad Media, goza de toda la belleza de su piedra y monumentos y está dispuesta a recibiros con su infraestructura cultural, científica y hotelera, con una gran experiencia avalada por millones de peregrinos que nos han visitado durante el año santo 2004.

Este esfuerzo organizativo tanto a nivel científico como social que hemos desarrollado nos permitirá mantener una profunda y duradera convivencia durante los días de la reunión e invitaros a disfrutar de nuestro paisaje, cultura y gastronomía con la intención de que volváis a vuestras ciudades de origen con un recuerdo imperecedero de Santiago y Galicia.

Recibid un cordial saludo,

21.00 h. - Cena Típica Gallega - Pazo de Vilar

00.30 h. - Regreso de Autocares al Palacio

Francisco Barreiro Morandeira
Presidente del Comité Organizador

PROGRAMA CIENTÍFICO **JUEVES 16 DE JUNIO**

JUEVES 16 DE JUNIO

- 15,30 h.** Entrega de documentación
Nuevas inscripciones.
- 17,20 h.** Descanso - Café
- 16,00 h.** Presentación de Comunicaciones: Salas Obradoiro y Botafumeiro
- 17,30 h.** Mesa Redonda: (sala Obradoiro)
- 17,15 h.** Descanso - Café
- 17,45 h.** Mesa Redonda: (Sala Obradoiro)
- “AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL”**
- | | | |
|-----------------|--|-----------------------------------|
| Presidente: | <i>R. Vara Thorbeck</i> | Granada |
| Moderador: | <i>F. Docobo Durantez</i> | Sevilla |
| Ponentes: | <i>D. Dávila Dorta</i>
<i>F. Pi Siquets</i>
<i>J. Marín Morales</i> | Valencia
Viladecans
Sevilla |
| 19,30 h. | Conferencia: <i>P. Hernández Granados</i>
<i>A. Celdran Uriarte</i> | Alcorcón
Madrid |
| 19,45 h. | Conferencia: | |
| 21,00 h. | “CONTRIBUCIÓN ESPAÑOLA EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL” | |
| 21,30 h. | Cena Oficial: <i>F. Carbonell Tatay</i> | Valencia |
| 20,30 h. | Inauguración Oficial de la VIII Reunión | |
| 21,00 h. | Salida de Autocares desde el Palacio de Congresos al Pazo de Vista Alegre | |
| 21,30 h. | Cena Típica Gallega: Pazo de Vista Alegre | |
| 00,30 h. | Regreso de Autocares al Palacio de Congresos y Plaza de Galicia (centro de Santiago) | |

VIERNES 17 DE JUNIO

- 09,00 h.** Presentación de Comunicaciones: Salas Obradoiro y Botafumeiro
- 10,00 h.** Mesa Redonda
“BIOMATERIALES Y EVENTRACIÓN”
- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| Presidente: <i>E. Sierra Gil</i> | Barcelona |
| Moderador: <i>J. Bellón Caneiro</i> | Alcalá de H. |
| PONENTES: | |
| <i>M. Limones Esteban</i> | Madrid |
| <i>F. Carbonell Tatay</i> | Valencia |
| <i>M. López Cano</i> | Barcelona |
| <i>A. Parajó Calvo</i> | Orense |
| <i>E. Grau Talens</i> | Badajoz |
- 12,00 h.** Descanso - Café
- 12,30 h.** Conferencia
“ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL”
- Andrew Kingsnorth* Portsmouth
- 13,30 h.** Asamblea de la Sección de la Pared Abdominal y Suturas. A.E.C.
- 14,00 h.** Almuerzo de Trabajo. Hotel Puerta del Camino

VIERNES 17 DE JUNIO

16.00 h. Presentación de Comunicaciones: Salas Obradorio y Botafumeiro

17.20 h. Descanso Café

17.30 h. Mesa Redonda: (sala Obradoiro)

EVENTRACIONES EN PACIENTES ESPECIALES

Presidente: *C. Gómez Freijoso* La Coruña

Moderador: *M. Hidalgo Pascual* Madrid

PONENTES: *E. Varo Pérez* Santiago

J. Vidal Sans Barcelona

A. Utrera González Huelva

R. Fernández Lobato Getafe

A. Moreno Egea Murcia

19.30 h. Conferencia:

EVISCIERACIÓN

P J O'Dwyer Glasgow

21.00 h. Salida de Autocares desde el Palacio de Congresos al Hostal de los Reyes Católicos

21.30 h. Cena Oficial: Hostal de los Reyes Católicos

00.30 h. Regreso de autocares al Palacio de Congresos: hoteles Puerta del Camino y Tryp.

Hora: 16:00 a 17,15 horas

Nº: 01 al 07

SÁBADO 18 DE JUNIO

- 09.15 h. Presentación de Comunicaciones: Salas Obradoiro y Botafumeiro
- 10,30 h. Mesa Redonda: (sala Obradoiro)
- ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCOPICA EN LAS HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL.**
- | | |
|---|---------------------|
| Presidente: <i>J. Alvarez Caperochipy</i> | <i>S. Sebastián</i> |
| Moderador: <i>E. Laporte Roselló</i> | Barcelona |
| PONENTES: | |
| <i>M. García Caballero</i> | Málaga |
| <i>S. Morales Conde</i> | Sevilla |
| <i>J. Robres Puig</i> | Hospitalet |
| <i>J. M. Octavio de Toledo</i> | Orense |
| <i>M. Miras Estacio</i> | Madrid |
- 12.30 h. Descanso Café
- 12,45 h. Conferencia:
- CIRUGÍA LAPAROSCOPICA EN LA EVENTRACIÓN**
- | | |
|-------------------|----------|
| <i>J. Himpens</i> | Bruselas |
|-------------------|----------|
- 13.45 h. Clausura de la Reunión

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

TEMA:

HERNIA INGUINAL

Sala: Obradorio

Día: Jueves, 16

Hora: 16,00 a 17,15 horas

N.º: 01 al 07

NEUMOPERITINEO PREQUIRURGICO Y CONTROL PRE Y POSTQUIRURGICO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL EN EL TRATAMIENTO DE HERNIAS GIGANTES

Martínez Alarcón M., Barreiro Domínguez E., Diz Jueguen S., Lede Fernández A., Portela Serra J.I., Domínguez Comesaña E., Gutiérrez-Solana Perea V., Piñón Cimadivila M.A.

Complejo Hospitalario de Pontevedra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

El fruto del trabajo de muchos investigadores y la convergencia en un punto determinado de esas investigaciones ha sido, el que se haya hecho realidad la curación, sin grandes complicaciones, de las hernias y eventraciones gigantes. El objetivo de esta comunicación es poner de manifiesto como provocar neumoperitoneo terapéutico bajo control de la presión intraabdominal (PIA) preoperatoriamente y postoperatoriamente, en dos pacientes con sendas hernias gigantes cuyos contenidos herniarios han “pendido el derecho a domicilio”, ha supuesto la reintroducción visceral en un único acto quirúrgico sin riesgos en el postoperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tratamos a dos pacientes, una mujer (caso Nº 1) y un hombre (caso Nº 2), de 56 y 64 años respectivamente, portadores de hernias de 9 y 30 años de evolución, por las que habían sido asistidos e ingresados en varias ocasiones. Carecían de antecedentes quirúrgicos previos. El varón sufría las consecuencias de una hernia inguinal izquierda gigante irreducible que alcanzaba el 1/3 distal del fémur y unas dimensiones de 45 x 55cm y la mujer, obesa, de una hernia umbilical gigante así mismo irreducible y crónicamente dolorosa de un 20 x 30 cm. Durante su estancia hospitalaria, tras el último de sus respectivos ingresos, se les insufló aire ambiente, provocando neumoperitoneo preoperatorio a través de un catéter de doble luz colocado en la cavidad abdominal bajo anestesia local. Por una vía se insuflaron de 500 a 3.000 ml en días alternos hasta un total aproximado de 25-30 ls durante 20 días y por la otra se midió simultáneamente la presión intraabdominal vigilando que no se presentasen problemas respiratorios ni gasométricos. Al veinteavo día se realizaron curas radicales de las respectivas hernias cerrando los anillos herniarios sin dificultad que reforzamos con mallas. El varón tuvo que ser reintervenido para reducir el colgajo escrotal. Hasta el momento actual no se han presentado complicaciones 12 y 6 meses después respectivamente.

CONCLUSIÓN:

El neumoperitoneo progresivo preoperatorio, con catéter de doble luz, permitió aumentar la capacidad de la cavidad abdominal con PIAs que llegaron a alcanzar los 25 cm. de agua sin una evidente repercusión sistémica en nuestros dos pacientes afectos de hernias gigantes que había perdido su “derecho a domicilio” “En el caso de la mujer, simplemente con el neumoperitoneo progresivo, el contenido herniario se reintrodujo espontáneamente; en el hombre fue preciso liberar las adherencias intestinales al saco para poder reintroducir el intestino a la cavidad abdominal y posteriormente proceder a la cura radical de la hernia en la forma habitual.

HERNIA INGUINAL BILATERAL. ESTUDIO COMPARATIVO DEL DOLOR POSTOPERATORIO MEDIANTE TECNICA DE LICHTENSTEIN Y DE SHOUDICE EN EL MISMO PACIENTE

Bonachia Naranjo O., Alonso Garcia M. T., Sanchez-Cabezudo C., Castillo Fe M. J., Hernandez Matias A., Porrero Carro J. L.

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

INTRODUCCIÓN - OBJETIVOS

La reparación quirúrgica de la hernia inguino-crural es el procedimiento quirúrgico más frecuente por

INTRODUCCIÓN:

Además de la recidiva herniaria, el confort postoperatorio es el otro gran problema que preocupa a los cirujanos. Como consecuencia de que la hernia inguinal bilateral es una patología cada vez más frecuente, se ha escogido este modelo para comparar el dolor postoperatorio de dos técnicas de reparación herniaria en el mismo paciente y en un mismo tiempo.

OBJETIVOS:

Estudio del dolor postoperatorio en pacientes con hernia inguinal bilateral, a los que se realiza en uno de los lados una técnica protésica (herniplastia de Lichtenstein) y en el otro, una técnica de reparación anatómica (Herniorrafia de Shouldice).

PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo aleatorizado y doble ciego en el que se han incluido 39 pacientes con hernia inguinal bilateral primaria, a los que se ha realizado en uno de los lados una herniplastia de Lichtenstein y en el otro una herniorrafia de Shouldice. Las variables analizadas son edad, tamaño de la incisión, tipo de hernia y dolor postoperatorio, recogido al primer, tercer y quinto día mediante una escala analógica verbal. La analgesia postoperatoria fue igual para todos los pacientes según protocolo. El análisis estadístico se realizó mediante la t-Student para datos apareados.

RESULTADOS:

Se han intervenido 39 pacientes con hernia inguinal bilateral primaria, de los cuales 38 eran hombres y 1 era mujer. La edad media fue de 54 años, el tamaño medio de la incisión fue de 9,87 cms. La mayoría de los paciente fueron intervenidos bajo anestesia raquídea (76,9%).

En la valoración del dolor postoperatorio, no existieron diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$) entre las dos técnicas al primer, tercer y quinto día.

CONCLUSIONES:

A pesar de que la técnica de Shouldice resulta más dolorosa, la diferencia no es estadísticamente significativa en los primeros días del postoperatorio.

CONCLUSIONES:

A pesar de que la incidencia de la cirugía de la hernia inguino-crural es de las más bajas, sólo un bajo porcentaje de pacientes requieren cirugía urgente con el riesgo de complicaciones quirúrgicas tales como la resección intestinal. No hay una relación entre la demora de la lista de espera quirúrgica y la incidencia de complicaciones tardías de la hernia inguino-crural.

TECNICA DE ANCLAJE DE LAS MALLAS EN HERNIOPLASTIAS UTILIZANDO TISSUCOL

Marti Martí J., Ros López Susana, Gómez Sugrañes J. R, De la Fuente Juárez, M. C., Martínez Sánchez M., Canosa Morales C., Pérez Ruiz L.

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

INTRODUCCIÓN:

Presentamos nuestra experiencia en la técnica de fijación de mallas en las reparaciones herniarias utilizando adhesivo de fibrina.

MATERIAL Y MÉTODOS.

En el periodo de un año hemos estado utilizando Tissucol como único medio de fijación de la malla en las hernias inguinales intervenidas mediante Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Se han operado un total de 75 pacientes.

Exponemos los detalles técnicos de los procedimientos empleados: uno en una hernia inguinal recidivada mediante técnica de Rutkow con malla de Premilene 7x 15 y otro con colocación de malla PHS.

El sistema de fijación es enteramente mediante Tissucol dúo 2+2 cc aplicado con aguja, no hay ningún punto de sutura.

RESULTADOS:

Durante el año que llevamos utilizando esta técnica únicamente hemos apreciado complicaciones menores como tumefacción funicular o un caso de seroma, pero ninguna recidiva.

El sistema utilizado ayuda a reducir tiempo operatorio, supuestamente complicaciones como hemorragia, neuralgias y pubalgias y el dolor postoperatorio inmediato.

CONCLUSIONES:

Hemos reducido tiempo operatorio simplificando la técnica gracias al Tissucol, las complicaciones han sido menores y hay una disminución del dolor postoperatorio.

INCIDENCIA DE LA CIRUGÍA URGENTE EN LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN INGUINO-CRURAL.**González Santín V., Robres J., Ortiz de Zárate L., Farreras N., Barri J., Ney J. L., Ribas R., Barrios P.****Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona****Hospital Universitario Central de Asturias****bilobalizV.sgeHoR oR ohsfieevinU istiqeoH****INTRODUCCIÓN - OBJETIVOS.**

La reparación quirúrgica de la hernia inguino-crural es el procedimiento quirúrgico más practicado por el cirujano general en casi cualquier ámbito de asistencia. Se estima una prevalencia para la hernia inginal entre el 5-15% de los adultos, con una proporción hombre/mujer de 12/1. La frecuencia aumenta con la edad en los hombres, mientras que en la mujer, a partir de los 40 años, se mantiene constante. Las hernias inguinales son más frecuentes en los hombres mientras que la hernia femoral o crural es más frecuente en la mujer. El riesgo de incarceración y estrangulación es más elevado en la hernia crural. La mayoría de los pacientes pueden ser intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria o ser dados de alta el primero o segundo día postoperatorio. Las hernias inguinales tienen un riesgo acumulativo de estrangulación inferior al 3% por año. La femoral, sin embargo, tiene un riesgo de estrangulación de 45% a los 21 meses. La hernia inguino-crural continua siendo la segunda causa de obstrucción del intestino delgado. El objetivo de esta revisión es valorar la incidencia de intervenciones urgentes en la hernia inguino-crural y su relación con la demora determinada por las listas de espera quirúrgica.

MATERIAL - MÉTODOS.

Hemos revisado un total de 667 pacientes intervenidos de hernia inguino-crural en el período comprendido entre los años 2002-2004, valorando el sexo, la edad, la estancia media hospitalaria, las visitas previas en el Servicio de Urgencias o dispensario de nuestro hospital y el tipo de cirugía practicada. En el caso de patología quirúrgica urgente estudiamos el tiempo transcurrido hasta la intervención quirúrgica, así como las complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS.

Fueron intervenidos 667 pacientes de hernia inguino-crural, todos ellos con ingreso hospitalario. 623 hernias inguinales y 44 crurales. La incidencia de intervenciones urgentes, por oclusión o incarceración, fue del 7% en las hernias inguinales y del 48% en las crurales, precisando en el 9% de los casos la asociación de una resección intestinal. La complicación más frecuente fue el hematoma de la herida. Un 6% de los pacientes intervenidos reingresaron por seroma o hematoma de la herida infectado días después de dada el alta. Sin embargo hasta un 12% de los pacientes acudieron al Servicio de Urgencias por complicaciones menores de la herida. Sólo un 15% de los pacientes intervenidos de urgencia habían sido previamente visitados en nuestro centro, mayoritariamente en el área de urgencias por dolor inguinal. Solo un 3% de los pacientes intervenidos de manera urgente estaban incluidos en la lista de espera quirúrgica.

CONCLUSIONES:

A pesar de que la incidencia de la cirugía de la hernia inguino-crural es de las más altas, sólo un bajo porcentaje de pacientes requieren cirugía urgente con el riesgo de complicaciones quirúrgicas tales como la resección intestinal. No hay una relación entre la demora de la lista de espera quirúrgica y la incidencia de complicaciones agudas de la hernia inguino-crural.

¿ES POSIBLE REDUCIR LA MORTALIDAD POR CIRUGIA DE LA HERNIA EN EL PACIENTE ANCIANO?

Arenal Vera J. J., Romero de Diego A., Tinoco Carrasco C., Villafañe Pacho A., Delgado A., Arteche de Llano J. L.

Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La cirugía de la hernia es la más comúnmente practicada en los servicios de cirugía de los países occidentales. Muchos pacientes ancianos son tratados en servicios de urgencias por complicación de una hernia previamente conocida, habiendo sido rechazados para cirugía electiva a causa de su edad. Este rechazo genera un exceso de cirugía de urgencia, con un incremento de morbilidad y mortalidad.

OBJETIVOS:

Analizar si es posible reducir las tasas de mortalidad por cirugía de la hernia de la pared abdominal en los ancianos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizan 664 pacientes mayores de 69 años, en un periodo de 14 años divididos en tres periodos. Un periodo inicial de 5 años (1986-1990) en que se analiza de forma retrospectiva 172 pacientes; un segundo periodo de 5 años (1991-1995) en que se analizan 277 pacientes de forma prospectiva; un tercer periodo de 4 años (1996-1999) prospectivo, compuesto por 216 pacientes, en el que la filosofía es intervenir de forma electiva a los pacientes independientemente de la edad.

RESULTADOS:

La mediana de edad en los tres grupos es de 77 años. No existen diferencias entre los grupos en cuanto enfermedades médicas asociadas. La diferencia más destacable entre los tres periodos es la tasa de cirugía urgente que fue del 38% (66/171) en el primer periodo, del 36% (100/277) en el segundo periodo y 26% (56/216) en el tercer periodo ($X^2=7,98$, 2df, $p=0,02$). La tasa de mortalidad fue del 5% (8/171), 4% (10/277), 0,5% (1/216). ($X^2=7,1$, 2df, $p=0,03$) respectivamente. La tasa global de mortalidad de la serie para cirugía electiva fue nula (0/443), ascendiendo al 9% para la cirugía urgente (19/221). ($X^2=39,21$, 1df, $p=0,0001$)

CONCLUSIONES:

La cirugía de la hernia del paciente anciano, se caracteriza por una tasa elevada de intervenciones de urgencia, que llevan una elevada tasa de mortalidad. La filosofía de recomendar cirugía electiva independientemente de la edad, nos ha permitido reducir de forma drástica la mortalidad por cirugía de la hernia en pacientes ancianos.

TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINOCRURAL DE URGENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.**Chocrón A., Díaz Solís, Y., Rodicio J.I., Laso C.A., González, J.J.****Hospital Universitario Central de Asturias****INTRODUCCIÓN**

Las hernias de la región inguinal son un proceso patológico cuya presentación urgente responde a unas características determinadas, muy distintas de la cirugía programada, por ello hemos querido estudiar estos pacientes y nuestros resultados.

MATERIAL Y MÉTODO:

Entre Enero 2002 y Diciembre 2004, se han intervenido en nuestro Servicio 461 pacientes con hernia inguinocrural, de ellos 78 (16.9%) operados de urgencia y con protocolos completos fueron considerados para este estudio. Su media de edad fue de 70.5 años (rango 23-92); 46 hombres (59%) y 32 mujeres (41%).

Se recogen los datos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos.

RESULTADOS:

Cuarenta y un pacientes (52.6%) presentaban hernia inguinal (indirecta 24, directa 17) y los 37 restantes (47.4%) crural. Eran recidivadas en 10 (12.8%) enfermos. 52 pacientes (66.7%) tenían enfermedades asociadas, siendo las más frecuentes cardiopatía 23 (32.4%) y EPOC 13 (18.1%). En cuanto al riesgo anestésico, ASA I:22 y II:45 suponen el 85.9% de los casos. Ningún paciente era ASA IV. La duración de los síntomas fue menor de 24 horas en 40 enfermos (51.3%) y mayor de 48 en 22 (28.2%). El síntoma principal fue el dolor en 77 de ellos (98.7%) y la masa irreductible en 66 (84.6%). 19 enfermos presentaban incarceración crónica (24.4%). La intervención se realizó bajo anestesia general en 30 ocasiones (38.5%), raquídea en 44 (56.4%) y local + sedación en 4 (5.1%). El abordaje fue inguinal en 50 pacientes (64.1 %) y preperitoneal en 27 (34.6 %), en un paciente se optó por realizar laparotomía media. Había signos de estrangulación en 13 enfermos (16.7%). Presentaban contenido intestinal, sobre todo delgado, 38 (48.7 %), pero sólo fue necesario realizar resección intestinal en 5 enfermos (7.7%). En la reparación herniaria se realizó hernioplastia en 63 casos (80.8%) y herniorrafia en 15 (19.2%), todas ellas crurales. Hubo complicaciones en 18 pacientes (23.1 %), la mayoría aparecieron en el postoperatorio inmediato, siendo en 10 ocasiones (12.8 %) de carácter local, en forma de hematoma en 6, seroma en 3 y absceso de herida en 1. Las complicaciones sistémicas afectaron al 12.8 % (10 enfermos) y consistieron en descompensaciones cardiorrespiratorias 6, fallo cardíaco 2, ACV 1 y neumonía en otra ocasión. Se reintervinieron dos pacientes, uno por dehiscencia de anastomosis y otro por evisceración. Un paciente falleció en el postoperatorio debido a un fracaso renal agudo.

CONCLUSIÓN:

La hernia inguino-crural se presenta como complicación que requiere cirugía urgente con relativa frecuencia y en pacientes con riesgo quirúrgico y añosos. El diagnóstico y la cirugía inmediata consiguen evitar un importante número de resecciones intestinales. Las complicaciones, razonables, son sobre todo debidas a problemas locales y a la patología subyacente.

HERNIOPLASTIA INGUINAL DE LICHENSTEIN. SUTURAS VERSUS PEGAMENTO**Hidalgo Pascual M., Marcos Herrero A., Castillo Fe M. J., Peláez Torres P., Labalde M., Hidalgo A.****Hospital 12 de Octubre. Clínica N.ª S.ª del Rosario. Madrid****INTRODUCCIÓN**

Las hernioplastias son actualmente la solución más válida para el tratamiento quirúrgico de las hernias de pared abdominal. Sin embargo a pesar de las nuevas y modernas técnicas siguen existiendo complicaciones molestas. Una de estas complicaciones es el dolor postoperatorio el cual, a veces, es crónico y permanente y empeora la calidad de vida del enfermo.

Se realizó un estudio randomizado y prospectivo de 1 año de duración con el objetivo de evaluar la posibilidad de fijar mallas mediante pegamento biológico, estudiar si se asociaba a una mayor recurrencia herniaria y sobre todo evaluar el dolor postoperatorio con respecto a la sutura tradicional.

MATERIALES Y MÉTODO

Se estudiaron 25 pacientes con hernias bilaterales de similares características y en los cuales la fijación de la malla se llevó a cabo de manera diferente según el lado. En el lado derecho se usaron suturas de polipropileno (prolene 2/0) según la técnica de Lichtenstein, mientras que en lado izquierdo la fijación se realizó con pegamento biológico (TISSUCOL*).

RESULTADOS

Los resultados fueron similares en ambas regiones inguinales, aunque hubo menor dolor postoperatorio y menor reacción inflamatoria en el lado izquierdo. No hubo recurrencia herniaria durante el periodo de seguimiento de 1 año.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Por el análisis y el seguimiento llevado a cabo en el grupo de pacientes incluidos en nuestro estudio, se puede deducir que no se presentaron recurrencias durante el primer año aunque el seguimiento es relativamente corto. Existen dudas si el uso de pegamento garantiza la fijación suficiente y necesaria y si su uso puede llevar a recurrencias a largo plazo.

La mejor tolerancia postoperatoria, con menor dolor y desconfort en el lado de la mallas fijadas con pegamento biológico están en relación con la ausencia de sutura, y ulteriormente con el menor componente inflamatorio y la menor posibilidad de compresión de las terminaciones nerviosas.

La hernioplastia de Ruys es un procedimiento sencillo, reproducible y con buenos resultados comunicados.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

TEMA: HERNIA INGUINAL

Sala: Botafumeiro

Día: Jueves, 16

Hora: 16.00 a 17.15 h.

Nº 08 al 13

FACTORES DE MORBIMORTALIDAD EN LA CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINOCRURAL URGENTE.

Díaz Solís Y. (1), Chocrón A. (1), Rodicio J.L. (1), Laso C.A. (1), Alvarez J.A. (2), González, J.J. (1), Martínez E. (1),

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (1). Hospital de San Agustín de Avilés (2)

INTRODUCCIÓN:

La mejora de la calidad de vida ha propiciado la cirugía herniaria programada y relegado a casos urgentes a pacientes especiales: marginales, ancianos, con comorbilidades, etc. Por eso nos hemos propuesto analizar que factores condicionan la morbimortalidad en la cirugía de la hernia inguino-crural de urgencia.

PACIENTES Y MÉTODO:

Desde Enero 2002 a Diciembre 2004, se han intervenido de urgencia 78 pacientes con hernia de la región inguino-crural y válidos para evaluación. Su mediana de edad fue de 76 (rango: 23-92) años, hubo 46 hombres (59%) y 37 mujeres (41%) Cuarenta y un pacientes (52.6%) presentaban hernia inguinal (indirecta 24, directa 17) y los 37 restantes (47.4%) crural. Cincuenta y dos enfermos (66.7 %) tenían enfermedades asociadas: cardiopatía 23 (32.4%), EPOC 13 (18.1 %), prostatismo y enfermedad vascular 6 (8.5%) cirrosis hepática, post ACV y otras. Por riesgo anestésico 22 enfermos (28.2%) eran ASA I, 45 (57.7%) ASA II y 11 (14.1% ASA III). La intervención se realizó bajo anestesia general en 30 ocasiones (38.5 %), raquídea en 44 (56.4%) y local + sedación en 4 enfermos (5.1 %). Había signos de estrangulación herniaria en 13 pacientes (16.7 %) aunque sólo fue necesario realizar resección intestinal en 5 enfermos (7.7 %). En la reparación herniaria se utilizó prótesis en 63 pacientes (80.8%) y se practicó herniorrafia en 15 (19.2%)

Se han analizado la morbimortalidad del procedimiento así como posibles factores relacionados: epidemiológicos, clínicos y de tratamiento (técnica anestésica, necesidad de exéresis y otras).

RESULTADOS:

Hubo complicaciones en 18 pacientes (23.1%), 16 postoperatorias, una intraoperatoria y otro enfermo tuvo ambas. La mayoría aparecieron en el postoperatorio inmediato, siendo en 10 ocasiones (12.8 %) de carácter local: hematoma en 6, seroma en 3 y absceso de herida en 1. Las complicaciones sistémicas afectaron al 12.8 % (10 enfermos): 2 insuficiencias cardíacas, 1 ACV, 1 neumonía y 6 otras. Se reintervinieron dos pacientes, uno por dehiscencia de anastomosis y otro por evisceración. Un paciente de 93 años falleció en el postoperatorio por fracaso renal agudo. De las variables estudiadas sólo la cardiopatía previa se mostró como factor de complicación ($p=0.037$). La EPOC y la resección intestinal se intuyen como factores de mal pronóstico. La mortalidad, de un caso, no permite el análisis estadístico.

CONCLUSIONES:

La hernia inguinocrural cuando se presenta de urgencia, por lo general en pacientes añosos y con riesgo, puede ser reparada sin excesiva morbimortalidad. Únicamente el padecer patología cardiaca se asocia a mayor riesgo de complicaciones.

HERNIOPLASTIA DE RUTKOW-ROBBINS. ESTUDIO DE LA MORBILIDAD Y RECIDIVA

Ferri Espi R., Ferri Espi R., García del Caño, J., Muñoz Alonso C., Garay Burdeos M., Medrano González J., García Botella M., Pallás Ruiz J. A., Aguiló Lucia J.

Hospital Lluís Alcanyís de Xativa. Valencia

Hospital Carlos III Madrid

La hernioplastia de Rutkow es un procedimiento sencillo, reproducible y con buenos resultados comunicados.

OBJETIVO:

Analizar los factores asociados a la recidiva y a la morbilidad tras hernioplastia de Rutkow-Robbins en el tratamiento de la hernia inguinal.

PACIENTES Y MÉTODO:

Cohorte de 727 pacientes (790 procedimientos) intervenidos de hernia inguinal en el periodo 10/1997-12/2000, en el que se recogieron prospectivamente, la edad, el sexo, factores asociados a hipertensión, factores relacionados con la cicatrización, comorbilidad, profesión, morbilidad postoperatoria, cirujano y tipo de anestesia. Se realizó un análisis descriptivo, bivariante y multivariante de regresión logística de los factores asociados a recidiva y morbilidad.

RESULTADOS:

De los 727 pacientes intervenidos, se revisaron en consulta 640 (81,2%). Por tipo de hernia inguinal el 61,5% fueron hernias indirectas, el 31,9% directas y el 6,6% mixtas. Se interviniieron 693 pacientes (90,8%) de hernia inguinal primaria y 70 (9,2%) de hernia recidivada. La estancia media fue de 2,6 días (en este periodo el 30,4% se intervino por CMA) y la mediana 2 días. La tasa de recidiva en la hernia primaria fue 2,9% (17) y en la recidivada 6,7% (4). La mediana del tiempo de recidiva fue de 8 meses (1-55). Las complicaciones de la herida fueron: infección herida 0,5%, hematoma 3,7% y seroma 7%. La neuralgia se presentó en cuatro pacientes (0,5%). El único factor asociado a recidiva en el análisis multivariante fue el tipo de hernia, para la hernia directa OR 3,8 (IC95% 1,20-11,9) $p < 0,02$ y para la hernia mixta OR 10,3 (IC95% 2,42-44) $p < 0,002$. Ningún factor se asoció a la presencia de complicaciones locales en el multivariante, aunque en el análisis bivariante la intervención por hernia recidivada mostró un riesgo mayor.

CONCLUSIONES:

La hernia directa y mixta se asocian a la recidiva en la hernioplastia de Rutkow. Los resultados obtenidos en morbilidad y recidiva son superponibles a los de la literatura.

La hernioplastia de Rutkow es un procedimiento sencillo, reproducible y con buenos resultados comunicados. La tasa de recidiva es menor que la descrita en la literatura. La morbilidad es similar a la descrita en la literatura. La neuralgia es una complicación rara. La intervención por hernia recidivada es un factor de riesgo para la recidiva.

La hernioplastia de Rutkow es un procedimiento sencillo, reproducible y con buenos resultados comunicados. La tasa de recidiva es menor que la descrita en la literatura. La morbilidad es similar a la descrita en la literatura. La neuralgia es una complicación rara. La intervención por hernia recidivada es un factor de riesgo para la recidiva.

HERNIOPLASTIA INCISIONAL: MORBILIDAD Y FACTORES PRONÓSTICO DE LA RECURRENCIA

Ferri Espí R., Ferri Espí R., Garay Burdeos M., García del Caño J., Muñoz Alonso C., Minguet Mocholí L., Torró Richart J., Viciana Pascual V., Jordá Ricar M., Aguiló Lucia J.

Hospital Lluís Alcanyís de Xativa . Valencia

La incidencia de la hernia incisional oscila entre un 11-20% de los pacientes sometidos a una laparotomía.

OBJETIVO:

Analizar la recidiva, morbilidad y factores asociados a las mismas en el tratamiento de la hernia incisional mediante la técnica de hernioplastia

PACIENTES Y MÉTODO:

Análisis retrospectivo de una cohorte de 209 pacientes intervenidos de hernia incisional entre el 1/1/95 al 31/12/00. Se revisaron 180 pacientes (86,14%) en consultas externas en el periodo enero-abril de 2004. Se recogieron datos de factores demográficos, antropométricos, de trabajo, de comorbilidad, antecedentes quirúrgicos, técnica quirúrgica y complicaciones. La edad media de la serie fue de 60 años (límites: 28-83), mujeres 153 (73,2%), varones 56 (26,8%). La técnica quirúrgica empleada fue: malla preperitoneal o retromuscular en 139 pacientes (77,2%), malla aponeurótica o anterior en 15 s (8,3%), plugg en 17 (9,4%) y otras en 9 (5%). Presentaron hernia incisional primaria 154 pacientes (73,7%) y hernia incisional recidivada 55 (26,3%). Se realizó cirugía urgente en 26 (13,1%) y programada en 173 (86,9%). El tamaño del orificio herniario era < 5 cm en 73 pacientes (34,9%), entre 5-10 cm en 92 (44%) y > 10 cm en 44 (21,1%). Periodo medio entre diagnóstico e intervención fue de 40,9 meses, con una mediana de 17,7 meses (intervalo 0-357,7). Se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas relacionadas con el procedimiento, y se realizó un análisis bivariante y multivariante de regresión logística para identificar los factores asociados a la recidiva. Se empleó el paquete estadístico SSPS.

RESULTADOS:

Estancia media fue de 5,3 días, mediana de 4 días (límites 0-31). La recidiva en la hernia incisional primaria fue de 38 pacientes (28,8%) y en la recidivada de 14 pacientes (29,2%). La recidiva en la hernia primaria por técnicas fue: hernioplastia preperitoneal 26 pacientes (27,1%), hernioplastia aponeurótica 2 (16,7%), plugg 8 (47,1%), otras 2 (28,6%). Para las hernias recidivadas se presentaron las siguientes: hernioplastia preperitoneal 13 pacientes (30,2%), hernioplastia aponeurotica 1 paciente 33,3%. No hubo diferencias significativas entre las técnicas. El periodo de tiempo (mediana) en presentarse la recidiva fue en la hernia primaria de 54 meses y en la recidivada de 20 meses. La morbilidad global fue del 33% (62 pacientes): infección de herida en 21 pacientes (11,66%), seroma en 28 (15,5%), hematoma en 10 (5,55%). En el análisis bivariante, la presencia de complicaciones postoperatorias en la herida en la intervención inicial, la presencia de complicaciones en la herida en el procedimiento actual y el tamaño del orificio se asociaron significativamente con una mayor recidiva. Sin embargo, en el análisis multivariante solamente la existencia de complicaciones locales en el procedimiento inicial y en la reparación actual OR = 2,13 (IC95% 1,03-4,42) se asociaron significativamente con el riesgo de recidiva.

CONCLUSIONES:

La existencia de complicaciones locales se identifican como factor asociado a la recidiva. La tasa de recidiva en la hernia incisional es alta, aunque dentro de los valores publicados.

¿MEJORAMOS LA CALIDAD DE VIDA A LOS ENFERMOS QUE SOMETEMOS A UNA HERNIOPLASTIA INGUINAL SIN TENSIÓN?

Rojo Conejo E., Ferrero Celemín E., Fernández Sánchez R., Galeote Quecedo T., Guerrero Vaquero A. M. (3)

Hospital Carlos III. Madrid Trigo López (1), Hospital Manuel Fajardo (2), Hospital Universitario La Princesa (3), H. (4), Cuba

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La hernia inguinal tiene una prevalencia estimada entre el 1.4 y el 5% de la población, por lo que supone un enorme volumen de actividad y gasto. La hernia inguinal tiene una indicación quirúrgica, que si bien debe ser ajustada al riesgo individual de cada paciente, es clara en función de las molestias que ocasiona, su riesgo de complicación y su aumento progresivo de tamaño.

El objetivo de este estudio es valorar si los enfermos que intervenimos por hernia inguinal mejoran su calidad de vida tras una hernioplastia sin tensión con respecto a la percepción que tenían antes de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos evaluado de forma retrospectiva la calidad de vida de los 111 enfermos intervenidos consecutivamente en nuestro centro por hernia inguinal en Noviembre y Diciembre de 2004. Se ha valorado la calidad de vida en el preoperatorio y a los tres meses de la cirugía, realizando para ello encuestas telefónicas utilizando el cuestionario de calidad de vida SF-12 (Short Form 12) en castellano.

RESULTADOS

De los 111 pacientes incluidos inicialmente, en 21 no se pudo completar el cuestionario bien por ser ilocalizables o por dificultades de comunicación de modo que han quedado 91 pacientes para el análisis (82 hombres y 9 mujeres, 90.1 y 9.9%, respectivamente) con una edad media de 52.9 años. En cada enfermo se realizó la técnica de hernioplastia con malla (Rutkow-Robbins, Lichtenstein y Gilbert) y la técnica anestésica oportunas a criterio del cirujano y el anestesista respectivamente.

Hubo 20 complicaciones en el postoperatorio inmediato, principalmente retención aguda de orina (5.5%), seroma (5.5%) y hematoma (5.5%) de la herida quirúrgica. A los tres meses de la cirugía 2 enfermos refieren dolor inguinal persistente (2.19%) y no se ha objetivado ninguna recidiva.

La comparación entre las puntuaciones pre y postoperatorias del SF 12 ha mostrado que la calidad de vida de los pacientes es mejor de forma estadísticamente significativa ($p < 0.0001$) a los tres meses de la cirugía en el ámbito de la salud física. No hemos observado diferencias en el ámbito de la situación emocional.

CONCLUSIONES

En nuestro centro los pacientes con hernia inguinal tienen una alta probabilidad de experimentar una mejoría en la percepción de su estado de salud física tras una hernioplastia sin tensión y un bajo riesgo de complicaciones.

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD OPERATORIA EN LA INTERVENCIÓN URGENTE DE LA HERNIA INGUINO-CRURAL

Ruano Poblador A., Pampín Medela J. L., Seoane Antelo J., González Fernández S., García Martínez M. T., Casal Núñez E.

Hospital Meixoeiro. Vigo

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.

Habitualmente, la mortalidad operatoria no se considera un buen indicador de la calidad de la atención quirúrgica de la hernia inguino-crural, ya que debe tender a ser nulo. De hecho, son escasas las publicaciones con mortalidad en la atención programada de esta patología. No ocurre lo mismo con la atención urgente, en la que se encuentra una mortalidad operatoria próxima al 5%.

No planteamos como objetivo, efectuar un análisis de la mortalidad operatoria en la atención quirúrgica urgente de la hernia inguino-crural en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Durante 7 años (1994-2000), se han intervenido 1.932 pacientes de los cuales 235 se intervinieron de urgencia (12%). Se analizan las historias clínicas de los casos encontrados con valoración de las circunstancias clínicas de presentación, los hallazgos operatorios y las intervenciones efectuadas.

RESULTADOS.

La mortalidad operatoria en la cirugía programada fue de 1 paciente (0.05%), mientras que en la cirugía urgente fue de 8 pacientes (3.4%).

CONCLUSIONES.

La mortalidad operatoria en la cirugía de las hernias inguinocrurales incarceradas o estranguladas, presenta índices claramente elevados, por lo que se debe indicar intervención electiva a todos los pacientes con hernias de la ingle.

Palabras clave: Hernia inguino-crural. Incarceración. Estrangulación. Mortalidad operatoria.

ESCALA DE PUNTUACIÓN PREOPERATORIA PARA PACIENTES CON HERNIA INGUINAL PRIMARIA

Correa Alfonso R. (1), del Campo Abad, R. (2), Molina Hernández E. (4), del Campo Abad, R. (2), Molina Hernández E. (3)

Hospital Universitario Julio Trigo López (1), Hospital Manuel Fajardo (2), Hospital Manuel Fajardo (3), H (4). Cuba

INTRODUCCIÓN:

Junto a la aparición de las hernias abdominales emergieron disímiles clasificaciones que ideo el hombre para diferenciar los distintos tipos de hernias, y conjuntamente con el advenimiento de las bioprótesis y las complicaciones acompañantes aparecieron múltiples puntajes para ayudar al medico en la decisión de colocar una malla a un paciente.

OBJETIVO:

Proponer una escala de puntaje para decidir la colocación de una bioprótesis en el tratamiento de una hernia inguinal primaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se le aplico el puntaje a un universo de 200 pacientes con diagnostico de hernia inguinal primaria, a los que se les evaluaron los siguientes puntos: I.M.C (Índice de masa corporal), factores generales que retardan la cicatrización, esfuerzo físico, aumento de la presión intrabdominal, grupos de edades, tipo de hernia, hábito de fumar. Esto arrojo una puntuación final que sugirió un tipo de reparación.

RESULTADOS:

El puntaje dio magníficos resultados, ayudando con esto a la selección los pacientes.

CONCLUSIÓN:

La escala de puntaje propuesta ayuda al medico a decidir la colocación de una malla protésica y da opciones en cuanto al tipo de reparación.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

TEMA: HERNIA INGUINAL

TEMA: HERNIA INGUINAL

Sala: Obradoiro

Día: Viernes, 17

Hora: 09,00 a 10,00 horas

Nº: 14 al 20

UTILIZACIÓN DE LA MALLA DE "KUGEL" EN LA REPARACIÓN PREPERITONEAL DE LAS HERNIAS INGUINO-CRURALES.**Robres Puig J., Barri J., Farreras N., Mata F., Ortiz de Zárate L., Barrios P.****Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona****INTRODUCCIÓN - OBJETIVOS.**

La utilización de la vía preperitoneal, tanto abierta como laparoscópica, en el tratamiento de las hernias de la región inguino-crural, viene justificada por la facilidad de acceso a dicha región, la disminución de las complicaciones testiculares, orquitis isquémica y atrofia, así como una buena exposición del orificio miopectíneo de Fruchaud y la facilidad de colocación de la malla, pero se acompaña de una cierta morbilidad motivada por la curva de aprendizaje en las reparaciones laparoscópicas y las complicaciones de las técnicas abiertas, generalmente relacionadas con la vía de acceso, como las eventraciones en los casos de incisión media infraumbilical. Presentamos nuestra experiencia preliminar en la utilización de la malla de Kugel en las reparaciones preperitoneales, malla con un diseño específico que permite su colocación a través de una pequeña incisión, de 3 a 4 cm., a nivel de fosa ilíaca, valorando las complicaciones y el índice de recidiva.

MATERIAL - MÉTODOS.

Estudiamos 53 pacientes, un total de 88 hernias, intervenidos en el período de Mayo de 2003 hasta Febrero de 2005. Descripción de la malla y de los diferentes pasos de la intervención. Valoración de las características de los pacientes, tipo de hernia, datos quirúrgicos y descripción de las complicaciones, así como de la tasa de recidiva. Todos los pacientes fueron citados a control al mes, 6 meses y 1 año de la intervención.

RESULTADOS.

Fueron intervenidas 88 hernias inguino-crurales, en 53 pacientes, de edades comprendidas entre 20 y 87 años (61,9), 49 varones. 35 casos de hernia bilateral y en 18 ocasiones la hernia fue unilateral. 23 hernias eran recidivadas y en cuatro casos con malla previa por vía anterior. Todos los pacientes fueron intervenidos en régimen de cirugía con ingreso, con una estancia media de 1,6 días (de 1 a 8 días). Profilaxis antibiótica. Preferentemente anestesia intradural. 3 pacientes presentaron complicaciones "mayores", todos ellos intervenidos de hernia bilateral. Un caso de absceso preperitoneal que requirió su desbridamiento, sin retirada de la malla. Un cuadro de celulitis y en otro paciente un hematoma preperitoneal, complicaciones solucionadas con tratamiento médico. Durante este período, hemos detectado un caso de recidiva inmediata de la hernia, atribuible a una incorrecta colocación de la malla.

CONCLUSIONES.

Aunque nuestra experiencia es corta, podemos aventurar las siguientes conclusiones. 1- Procedimiento que permite un correcto acceso al espacio preperitoneal, pero que requiere un conocimiento básico de esta área quirúrgica. 2- Disminuye las complicaciones inherentes a las vías preperitoneales abiertas y la complejidad atribuible a las reparaciones laparoscópicas. 3- Se acompaña de un índice de recidiva, como mínimo, comparable a cualquier otra reparación preperitoneal. 4- Procedimiento quirúrgico de futura inclusión en los circuitos de cirugía mayor ambulatoria. 5- El acumulo de experiencia nos permitirá posicionar el papel de las vías preperitoneales en el tratamiento de la hernia inguino-crural, así como los diferentes procedimientos existentes en la actualidad.

HERNIA INGUINAL RECIDIVADA: HERNIOPLASTIA ABIERTA VIA ANTERIOR CON PRÓTESIS VERSUS REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL.

Torralba Martínez J. A., Moreno Egea A., Miguel Perelló J., Girela Baena E., Lirón Ruiz R., Martín Lorenzo J. G., Aguayo Albasini J. L.

Hospital General Universitario "J. M. Morales Meseguer". Murcia

INTRODUCCIÓN**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:**

En la ultima década se ha producido una revolución en la reparación herniaria con el uso generalizado de prótesis bajo el concepto de la hernioplastia sin tensión, abierta o laparoscópica. Nuestro objetivo ha sido comparar los resultados obtenidos en pacientes con hernia inguinal recidivada, en orden a determinar si la corrección laparoscópica totalmente extraperitoneal aporta ventajas sobre la hernioplastia sin tensión por vía anterior.

PACIENTES Y METODOS: Desde 1998 hasta diciembre 2004 se han intervenido 231 pacientes con hernia inguinal recidivada, 115 de ellos en régimen ambulatorio (CMA). En 68 pacientes se realizó una hernioplastia laparoscópica totalmente extraperitoneal (TEP) -75 hernias- y en 163 una hernioplastia abierta sin tensión (HST) según técnicas de Lichtenstein, Rutkow, o colocación de plug de polipropileno -170 hernias-. Se trata de un estudio prospectivo, no randomizado. Las características generales de ambos grupos fueron homogéneas. Se valoran parámetros clínicos, anestésicos, quirúrgicos y de seguimiento.

RESULTADOS: La técnica anestésica fue raquídea en el 91% de los pacientes con HST y en el 29% con TEP, y general en el 9% y 71% respectivamente. Cuatro pacientes del grupo TEP precisaron reconversión a hernioplastia abierta. Las complicaciones postoperatorias fueron similares salvo el hematoma de la herida y la retención urinaria, significativamente mas frecuentes en la HST ($p<0.05$). El tiempo quirúrgico fue similar en ambos grupos (53.16 ± 17.06 min. en HST vs 48.13 ± 20.12 min. en TEP). La estancia hospitalaria media fue de 1.92 ± 2.08 días en el grupo HST y de 0.41 ± 1.07 días en el grupo TEP ($p<0.001$). En el grupo de pacientes intervenidos por CMA, fracasó la CMA en 8 pacientes con HST (13.5%) ingresando, mientras que solo un paciente del grupo TEP ingresó (1.8%). No hubo mortalidad. La tasa de recurrencia fue 5.3% en la HST y 2.7% en la TEP.

CONCLUSIONES: El tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal recidivada puede ser una eficaz alternativa a la cirugía abierta sin tensión, ya que puede ser realizado con seguridad y eficacia, sin incrementar el tiempo quirúrgico y reduciendo la estancia hospitalaria y la morbilidad de la herida.

Conclusiones: La incidencia de cirugía urgente ha disminuido desde el inicio de la serie. Los pacientes del grupo CU eran mas ancianos y tenían mas enfermedades asociadas que el grupo CE. El 50% de las hernias urgentes fueron hernias crurales. La incidencia de complicaciones en el grupo CU no fue diferente al grupo CE. La resección intestinal fue necesaria en 9% de casos y la mortalidad ha sido del 5%. Para evitar esto, debemos insistir en ofrecer la cirugía de la hernia inguinal a todos los pacientes diagnosticados y realizarla precozmente.

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL EN UN SERVICIO MULTIDISCIPLINAR DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

González Rodríguez F. J., Rodríguez Couso J. L., Barreiro Morandeiro F., Ponton C., Puñal J. A., Prieto D., Fernández A., Paulos A., Paredes J., Bustamante M., Potel Lesquereaux J.

Hospital Clínico Universitario de Santiago.

INTRODUCCIÓN:

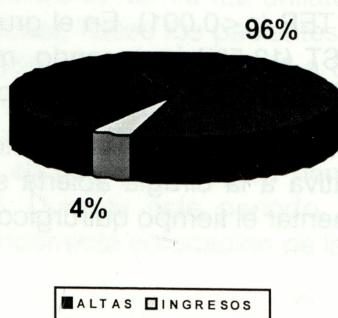
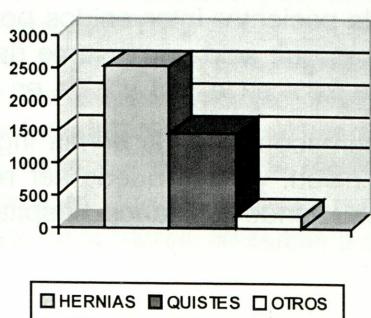
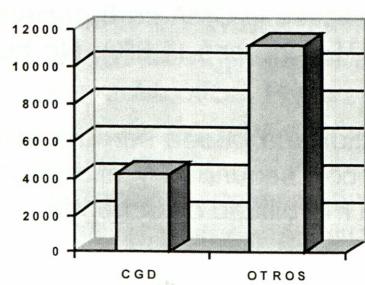
La nueva Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del CHUS fue creada en Abril del año 2000 con el objetivo de responder de una manera eficiente a la importante presión asistencial quirúrgica que supone el área del Hospital Clínico Universitario de Santiago, se trata de una unidad multidisciplinar independiente dentro del Complejo Hospitalario que consta de cinco quirófanos y veinticinco camas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Han sido analizados todos los procedimientos quirúrgicos realizados en la Unidad desde su creación hasta Diciembre del 2004, empleando el programa estadístico SPSS y asumiendo un nivel de significación estadística $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Desde su formación se han realizado 15383 intervenciones quirúrgicas de las cuales 4188 pertenecen al servicio de Cirugía General y Digestivo, 2514 corresponden a reparaciones herniarias, 1493 a exéresis de quistes sacros y, 181 al resto de procedimientos quirúrgicos (exéresis de adenopatías, quistes branquiales y lipomas). Todos los pacientes de Cirugía General han sido dados de alta el mismo día de la intervención a excepción de 172.

**CONCLUSIONES:**

La reparación herniaria es la intervención quirúrgica que mejor se adapta a la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

CIRUGÍA URGENTE DE LAS HERNIAS DE LA REGION INGUINAL. ¿HA CAMBIADO ALGO?

Hernández Granados P., Rueda Orgaz J.A., Ochando García F., Fiuza Marco C., Vega Menéndez D., Fernández Escudero B., Loinaz Segurola C., Quintáns Rodríguez A.

Fundación Hospital Alcorcón. Madrid

INTRODUCCIÓN:

La cirugía urgente de las hernias inguinales por incarceración o estrangulación sigue ocupando un porcentaje no despreciable de la cirugía urgente realizada en los servicios de Cirugía General, y puede conllevar cifras elevadas de morbimortalidad. A pesar de los avances en la cirugía de la hernia de los últimos años, la cirugía urgente es un problema aún no resuelto.

OBJETIVO:

Analizar las características de los pacientes operados de forma urgente por hernia inguino-crural y comparar los resultados obtenidos en la cirugía electiva.

PACIENTES Y MÉTODOS:

Desde la inauguración de nuestro centro en 1998 se estableció un registro de pacientes operados de hernias de la región inguinal, que incluía los siguientes datos: edad, sexo, tipo de ingreso (C. Electiva (CE), C. Urgente (CU)), fecha de intervención, tipo de hernia, tipo de anestesia, necesidad de resección intestinal, tiempo quirúrgico, técnica quirúrgica, complicaciones inmediatas (retención urinaria, náuseas/vómitos, hipotensión, hemorragia local), precoces (hematoma, seroma, infección de herida, edema escrotal, orquitis) y tardías (recidiva, atrofia testicular, neuralgia). En los pacientes del grupo de C. Urgente (CU) se registró además si estaban en lista de espera para cirugía y el tiempo en la misma. La base de datos se realizó con MS Access y el análisis estadístico con SPSS 11.0. Las variables cuantitativas se describen como media y mediana y las variables cualitativas como porcentajes. Las comparaciones entre grupos se han realizado mediante t-test para las variables cuantitativas y test de chi-cuadrado para las cualitativas, en los casos en que se cumplían las condiciones de aplicación. Se ha considerado diferencia estadísticamente significativa $p<0.05$

RESULTADOS:

Desde marzo de 1998 hasta diciembre de 2003 se han intervenido 2356 pacientes, de los cuales 168 (7.1%) se operaron de forma urgente. La incidencia de cirugía urgente cada año fue: 1998: 10%, 1999: 8.6%, 2000: 11%, 2001: 4%, 2002: 6.5%, 2003: 4.6% ($p<0.001$). En el grupo CU los hombres fueron el 54.2%, frente a un 88% en CE ($p<0.001$). La edad media en CU fue de 72 años (mediana 77) y en CE de 58 (mediana 57) ($p<0.001$). En el grupo CU 38.1% de los pacientes fueron ASA III-IV, y en CE 12.4% ($p<0.001$). Sólo 10 pacientes (6%) del grupo CU estaban en lista de espera quirúrgica, con una media de 2 meses (mínimo 1, máximo 4). En cuanto al tipo de hernia, en CU el 50% fueron crurales, frente a 3.4% en CE (mínimo 1, máximo 4). En cuanto a la técnica quirúrgica, en el grupo CU se realizó t. De Lichtenstein 50%, plug crural 38%, reparaciones primarias 10%, y en el grupo CE, la técnica de Lichtenstein supuso el 92%, el plug crural 3% y las reparaciones primarias 1%. En el grupo CU se realizaron 15 resecciones intestinales (9%) y 9 pacientes (5.3%) fallecieron en el postoperatorio (4 por fallo multiorgánico, 4 por neumonía e insuficiencia respiratoria, 1 por hemorragia digestiva). En cuanto a las complicaciones, la incidencia de infección fue de 3.6% en CU vs 2% en CE ($p=0.160$), seroma 2.4% vs 3.2% ($p=0.539$), hematoma 4.8% vs 8.3% ($p=0.106$), orquitis 1.2% vs 0.3% ($p=0.131$). No se han detectado casos de recidiva herniaria en el grupo CU. En el grupo CE, se han observado 11 recidivas (0.43%)

Conclusiones: La incidencia de cirugía urgente ha disminuido desde el inicio de la serie. Los pacientes del grupo CU eran más ancianos y tenían más enfermedades asociadas que el grupo CE. El 50% de las hernias urgentes fueron hernias crurales. La incidencia de complicaciones en el grupo CU no fue diferente al grupo CE. La resección intestinal fue necesaria en 9% de casos y la mortalidad ha sido del 5%. Para evitar esto, debemos insistir en ofertar la cirugía de la hernia inguinal a todos los pacientes diagnosticados y realizarla precozmente.

RECIDIVAS TRAS REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIAS ABDOMINALES**Lobato R. F., Angulo F. J., Ríos R., García Septién J., Marín M., Limones M.****Hospital de Getafe. Madrid****INTRODUCCIÓN.**

Toda reparación herniaria presenta una tasa de recurrencias, siendo más baja si se utiliza malla que en la reparación anatómica. Las recidivas tras la eventroplastia laparoscópica no están bien determinadas dado su corto periodo de seguimiento.

OBJETIVOS.

Analizar la tasa de recidivas aparecidas tras eventroplastia laparoscópica en nuestra serie y estudiar sus posibles causas.

MATERIAL Y METODOS.

Se han intervenido 125 pacientes desde julio 1999 a marzo 2005, apareciendo 8 recidivas con seguimiento de 2-68 meses (6.4%).

RESULTADOS.

Fueron 4 mujeres y 4 hombres, con edad media de 53.5 años (rango 31-84), siendo su BMI>30 en 6 pacientes (75%). Fueron 2 hernias primarias y 6 eventraciones (4 línea media, 1 subcostal y 1 suprapública).

Tiempo de aparición osciló entre 3- 28 meses (media 12.8), perteneciendo 4 a los 15 primeros pacientes de la serie, y 4 en los 110 restantes (3.6 % de recurrencias).

Aspectos técnicos: el tamaño de la malla fue de 10x15 en 3 y 2 mallas unidas en 2 casos, no utilizándose los 4 puntos de anclaje en los 15 primeros pacientes (4 casos).

Causas de recidiva son detalles técnicos que se han corregido con la curva de aprendizaje, como son: malla pequeña e insuficiente, defectuoso anclaje de la malla en el pubis, utilizar dos mallas unidas para 2 defectos en lugar de una grande. Factores favorecedores para la recidiva son la obesidad y la onfalitis que produjo una infección secundaria de la malla con recidiva a los 18 meses en otra paciente.

CONCLUSIONES.

Consideramos que los problemas técnicos han sido el motivo principal de la recidiva justificados por la curva de aprendizaje, por lo que son muy importantes y deben corregirse:

1. Utilizar una malla al menos 6-8 cm mayor que defecto
2. Una malla grande mejor que 2 unidas, aunque sean 2 defectos.
3. Fijación correcta con puntos y anclaje a reborde costal o pubis si es preciso, además de la doble corona, facilita la correcta ubicación y mejora la fijación.

DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO PREOPERATORIO DE LA HERNIA INGUINAL

Villa Bastías E., Martín Carvajal F., Sánchez Viguera T., Gómez Modet S., Fernández García F. J., Vara Thorbeck C.

Hospital Clínico Universitario. Málaga

OBJETIVOS:

Diagnosticar ecográficamente la presencia o ausencia de hernia inguinal o crural, así como el tipo exacto de la misma.

MATERIAL Y MÉTODO:

Entre febrero de 2001 y Abril de 2002 se ha realizado 150 exploraciones ecográficas en pacientes diagnosticados de Hernia Inguinal. La edad media fue de 47.8 años. Se empleó un ecógrafo portátil Aloka 500 con un cabezal de barrido lineal de 7.5 MHz. La exploración se realizó la mañana previa a la Intervención quirúrgica, en posición de decúbito supino. Clasificamos, ecográficamente, el tipo de hernia en relación a diferentes estructuras: los vasos epigástricos, los vasos femorales, su relación con el cordón espermático, y su recorrido. Se empleó la clasificación de Gilbert (ampliada por Rutkoff- Robbins) para comparar los hallazgos ecográficos con los hallazgos quirúrgicos.

RESULTADOS:

En 134(89.3%) el diagnóstico ecográfico fue correcto, de los cuales 132 tenían hernia y 2 no tenían. En 16(10.6%) pacientes el diagnóstico fue incorrecto.

CONCLUSIONES:

- En las hernias inguinales tipo G-III es difícil reconocer las referencias anatómicas, y se confunden en ocasiones con hernias tipo G- IV.
- Las hernias inguinales tipo G-I pueden pasar desapercibidas.
- Las hernias inguinales tipo G-VI fácilmente se confunden con las hernias G-II o G-III.
- La obesidad y la mala colaboración del paciente también pueden inducir a error. El correcto diagnóstico ecográfico depende de la habilidad del explorador.

VALORACIÓN ECOGRÁFICA DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA LOCAL POST-CIRUGÍA DE LA HERNIA INGUINAL: HERNIOPLASTIA INGUINAL LAPAROSCÓPICA TOTALMENTE EXTRAPERITONEAL VERSUS HERNIOPLASTIA PLUG-MESH

Villa Bastías E., Martín Carvajal, F., Sánchez Vigueras T, Gómez Modet S., Fernández García F. J., Vara Thorbeck C.

Hospital Clínico Universitario. Málaga

OBJETIVOS:

Comparar mediante el empleo de los ultrasonidos la respuesta inflamatoria local (que clínicamente se traduce en un seroma) post-cirugía de la hernia inguinal, según la técnica quirúrgica empleada. Con la finalidad de establecer la agresividad local de las distintas técnicas.

MATERIAL Y MÉTODO:

Entre Febrero de 2001 y Abril 2002 se han realizado 150 exploraciones ecográficas en 2 grupos quirúrgicos diferentes.

- Grupo A: pacientes sometidos a hernioplastia inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal.
- Grupo B: pacientes intervenidos mediante hernioplastia plug-mesh.

El grupo A consta de 50 pacientes, y el B de 100. La edad media fue de 47,8 años. Se empleó un ecógrafo portátil Aloka 500 con un cabezal de barrido lineal de 7,5Mhz. La exploración ecográfica se realizó en el 7º día post-cirugía con el paciente colocado en decúbito supino. Se eligió el 7º día post-operatorio, por ser el momento de la cicatrización en el que el seroma adquiere un mayor tamaño. En los casos en los que apareció un seroma se tomaron sus medidas en 2 planos perpendiculares, y posteriormente al aplicar una fórmula matemática se obtiene el volumen aproximado del seroma.

RESULTADOS:

Se identificó seroma en 76 pacientes (52,7%). De los cuales 13 (27%) pertenecían al grupo A y 63(65,6%) al grupo B. Con una diferencia estadísticamente significativa ($p<0,001$) según el test 2.

CONCLUSIONES:

La hernioplastia inguinal plug-mesh es una técnica quirúrgica más agresiva localmente que la hernioplastia inguinal laparoscópica totalmente extraperitoneal.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

TEMA:

HERNIA INGUINAL Y VENTRAL

Sala: Botafumeiro
Día: Viernes, 17
Hora: 09,00 a 10,00 horas
N.º: 21 al 26

ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO DE EVISCERACIÓN POSTOPERATORIA**Rodicio Miravalles J. L., Chocrón A., Solis Y., Laso C. A., del Valle S., González J. J., Martínez E.****Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo****INTRODUCCIÓN:**

La evisceración es una complicación postoperatoria poco frecuente (0.2-3%), más habitual en cirugía mayor y pacientes de alto riesgo, con una mortalidad que oscila entre 25-50%. El objetivo de este estudio va a ser identificar los factores de riesgo que influyen en esta complicación postoperatoria, con el fin de poder prevenirla.

PACIENTES Y MÉTODO:

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo de todas aquellas evisceraciones que se produjeron en nuestro Servicio, en el año 2002. Sobre un total de 1642 intervenciones (727 Urgentes) se recogieron 13 evisceraciones (0.79%). La edad media de los pacientes fue de 74.7 (5.9-99), DS=12.3 años. Todos ellos eran varones. Se han estudiado los antecedentes personales, estudios preoperatorios, factores predisponentes y desencadenantes, el tipo de cirugía previa realizada y como transcurrió el postoperatorio.

RESULTADOS:

Entre los antecedentes personales destaca el haber sido fumador (9), EPOC y prostatismo (7) y la toma de corticoides (5). Entre los factores clásicos de riesgo relacionados con alteraciones de la cicatrización, identificamos al menos 3 en 10 pacientes y más de 6 en otros tres. Fueron factores desencadenantes la tos y la infección de la herida. La cirugía responsable había sido realizada de urgencia en 8 de los casos (1.1% de la cirugía urgente) y programada en 5 (0.5%). En 8 de ellos se trataba de patología benigna. La patología de base era colorrectal en 10 de las intervenciones previas (7 incisiones suprainfraumbilicales y 3 xifopúbicas); dos colecistectomías subcostales y una laparotomía exploradora con incisión supraumbilical. En cuanto al tipo de cierre en 12 de los casos fue en dos planos (11 de ellos en continua), siendo el tipo de sutura más usada el ácido poliglicólico (Dexon®) del 0 para peritoneo y poliglactin (Vicryl®) del 1 para la fascia. Los días hasta la evisceración fueron por término medio 12.3 (4-22), DS=6.1. Todos fueron tratados de urgencia y suturados a puntos sueltos. La reevisceración en tres de ellos aconsejó colocar una prótesis de refuerzo. Tres enfermos fallecieron en el postoperatorio.

CONCLUSIONES:

Las evisceraciones son una complicación postoperatoria grave. Hay factores de riesgo y desencadenantes predecibles, por tanto mejorables sobre todo en cirugía programada.

REVISIÓN DE UN AÑO DE HERNIAS UMBILICALES EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA DE NUEVA CREACIÓN.

Hernández Matías A., Alonso García M. T., Bonachía Naranjo O., Sanchez-Cabezudo C., Castillo M. J., León Fernández C., Porrero Carro J. L.

Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

OBJETIVO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hernia umbilical es una patología frecuente en cualquier Servicio de Cirugía General.

Queremos realizar el estudio descriptivo de los pacientes intervenidos de hernia umbilical en un Servicio de Cirugía General de nueva creación.

MATERIAL Y METODOS

En el periodo de Enero de 2004 a Febrero de 2005 se han intervenido en el Hospital Santa Cristina (SERMAS) 121 pacientes (92 hombres y 29 mujeres) de hernia umbilical. La edad media era de 49 años, con un tiempo medio de evolución de la hernia de 62 meses (rango 1-540). El 57% no fumaba y el 68% desempeñaba un trabajo de esfuerzo físico. En todos los casos se realizó profilaxis antibiótica con betalactámicos salvo en alérgicos (eritromicina ó fosfomicina).

RESULTADOS

El 87% de los pacientes presentaban obesidad leve o nula, un 6% se encontraba por debajo de su peso y un 7% presentaba obesidad moderada o severa. El tamaño medio de los defectos aponeuróticos fue de 2,8 cm con un rango de 1-13. La mayoría de las hernias eran primarias (96%). La anestesia utilizada más frecuentemente fue la local con sedación (81%), seguida de la raquídea (14%) y la general (5%).

En el 65% de los pacientes se realizó hernioplastia, de los que el 89% fueron con malla de polipropileno y el 11% con malla composite. Para las herniorrafias (35%) se utilizó polipropileno de 2/0. En el 80% la hernioplastia fue preperitoneal, en el 11% fue intraperitoneal y el 9% restante se colocaron, según técnica de Chevrel, de Stoppa (prolongación de solapa umbilical durante la realización de hernioplastia bilateral), o subcutáneamente.

Las herniorrafias se realizaron en las hernias menores ó iguales a 2 cm salvo en 3 casos.

El número de reparaciones de recidivas fue escaso, solo 5 pacientes, de los que en 4 se hizo hernioplastia y en 1 caso de defecto de 1 cm se llevó a cabo una herniorrafia.

La duración media de las intervenciones fue de 42 minutos (rango 15-210); las herniorrafias 33 minutos, las hernioplastias intraperitoneales 37 minutos y las hernioplastias preperitoneales 43 minutos.

El 93% de los pacientes fue intervenido en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria, necesitando ingreso solamente 9 pacientes, en casi todos motivado por tener una intervención doble.

En cuanto a la morbilidad, presentaron hematomas infectados que necesitaron drenaje y antibiótico un 2.5% de los pacientes, y un 1.6% hicieron seroma. El 80% de la morbilidad se produjo tras reparación protésica.

El 84% de los pacientes, revisados a los 3 meses no presentaban recidiva.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes intervenidos no tenían un sobrepeso importante. Las hernias más frecuentes son las menores o iguales a 3 cm (87%). La utilización de prótesis se realizó sobre todo con las mayores de 2 cm. La hernioplastia más utilizada fue la preperitoneal, aunque la intraperitoneal fue la que consumió menos tiempo quirúrgico. El porcentaje de ambulatoriedad obtenido nos parece muy aceptable, así como la baja morbilidad y recidiva a corto plazo.

¿ES JUSTIFICABLE EL EMPLEO DE LA TECNICA DE NYHUS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS PRIMARIAS DE LA INGLE?**Dávila Dorta D., Manzanares C., Bertolín R., García Fadrique A., Redondo C., López A., Galindo P.****Hospital General Universitario y Hospitales Grupo NISA. Valencia****OBJETIVO**

En la reparación de las hernias de la ingle, colocar una malla es "sinónimo" de eficiencia, y alojarla en la pared inguinal posterior; de seguridad. Actualmente, esa es la concepción más admitida y menos discutida, como lo prueban los resultados de los abordajes que por vía anterior lo intentan (o consiguen), y que es lo habitual para los abordajes preperitoneales (abiertos o endoscópicos). Pensamos que la técnica de Nyhus levemente modificada oferta, para nosotros, el mejor balance en aplicabilidad y rendimiento en la reparación de las hernias primarias de la ingle, programadas y en urgencia.

MATERIAL Y MÉTODOS.

De Nov-1986 a Dic 2004 se han realizado 1657 reparaciones tipo Nyhus por uno de los equipos, de forma prospectiva, sin selección de casos o tipos de hernias, y todos, de forma consecutiva: 1396 de las reparaciones (en 1318 pacientes) se realizaron en hernias "PRIMARIAS", siendo electivas 1072 y de urgencia 324 reparaciones. Inguinales (1281 rep), crurales (112 rep) y obturatrices (3 rep). La edad media=47 años, y el 72%, varones.

La técnica es la de Nyhus con algunas modificaciones que la hacen más simple para la disección y más segura en la colocación de la malla-sin tension-. Profilaxis antibiótica y anestesia regional en la mayoría, excepto en resección intestinal (39 casos). Las primeras 191 fueron herniorrafias, y las restantes 1205, hernioplastias con malla simple entre 8x12 a 15x15. Control >95% hasta 17 años, con mediana de seguimiento: 11,3 años (133 meses): 11 fallecidos + 17 no contestan-controlados hasta 7-13 años, sin recidiva

RESULTADOS.

Mortalidad 4 (3 causa técnica y 2 ajena (4 de urgencia y 1 electivo: h.i.bilateral con fistula aortoduodenal postop."coincidente", hematoma-absceso retroperitoneal, bypass extraanatómico, amputación pierna, sepsis y fallece). Morbilidad relevante, inferior al 5%: seromas, hematomas, equimosis, retenciones urinarias, hipoestesia de herida. Inferior al 1% hidroceles, lesión sigma (divertículo perf), lesión vesical, íleo postoperatorio, infección herida (3 abscesos+1 flemón; y 2 infec 2^a x divertic. perf tardía y x "curas" de seroma. No atrofia testicular, lesión deferente lesión vasos iliofemorales o art obturatriz, tromboflebitis v. Penis, lesión n crural, osteitis pública o Cooper, rechazo-extracción malla, hernia incisional. Recidivas: en las primeras 191 (5.7%) y en las 1205 con malla, 0.9%. Total recidivas en Primarias (elec+urg) = 1.5% La estancia hospitalaria es de 15 h de media (>1000 pacientes); urgencias sin resección <48 h. y con resección, 9 días.

COMENTARIOS.

Los resultados obtenidos con la técnica de Nyhus en su aspecto menos conocido y practicado como es la cirugía de las hernias "PRIMARIAS" del área inguinocrural, (electivas y de urgencia) proporciona resultados notables, y equiparables a cualquiera de las otras técnicas, con la ventaja, entre otras, que resuelve todos los tipos de hernias primarias, por voluminosas, complicadas o complejas que se presenten, con un excelente nivel de seguridad y eficiencia.

LA TECNICA DE NYHUS EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS RECIDIVADAS DE LA INGLE. JUSTIFICACION DE SU EMPLEO**Dávila Dorta D., Manzanares C., Bertolín R., Galindo P., de Tursi, L., Ismail A., López A., Bruna M.****Hospital General Universitario y Hospitales Grupo NISA. Valencia****OBJETIVO**

La recidiva herniaria inguinal es un marcador de calidad importante en la gestión de un servicio quirúrgico. Se admite que las mallas "reducen" las recidivas, sobre todo colocadas en el espacio preperitoneal, siendo el abordaje por ésta vía (abierto o laparoscópico) quién mejor las "previene". Para los autores la técnica de Nyhus con alguna modificación, consigue este objetivo en prácticamente todas las hernias recidivadas, programadas y de urgencia, como se analiza en esta comunicación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre Nov-1986 y Dic 2004 se han realizado 1657 reparaciones tipo Nyhus por uno de los equipos, de forma prospectiva, sin selección de casos o tipos de hernias, y todos, de forma consecutiva. De ellas, 261 reparaciones en 248 pacientes se practicaron en hernias "RECIDIVADAS": 206 reparaciones electivas(2 no reoper) y 55 de urgencia. Son Inguinales,233 y crurales,29. La edad media=53 años y el 70%, varones, con mayor proporción de mujeres en las crurales. La técnica es la de Nyhus con algunas modificaciones que la hacen más simple para la disección y más segura tras la colocación de la malla sin tension- Profilaxis antibiótica y anestesia regional en casi todos excepto en resección intestinal (8 casos). Las primeras 15 reparaciones fueron herniorrafias, y las 245 (2 no reop) restantes, hernioplastias con malla entre 8x12 y 15x15. Control evolutivo de 224 pacientes (89%) hasta 17 años, con mediana de seguimiento:11,3 años (133 meses): 14 fallecidos+1 hospit;+11 no contestan tras 1-13 años controlados, sin recidiva.

RESULTADOS

No mortalidad hosp por técnica, y sí ajena(varón 69a, recidiva vía anterior con perf asa ileal y sepsis severa escrotal;exéresis, anastomosis y malla; acaba en sepsis intraabdominal,FMO al fallecer16d). Morbilidad global 4,6%, seromas, hematomas (enquistado-punción), equimosis, retención urinaria, ileo prolongado, hipoestesia herida, 1 orquiectomía de necesidad(operado 6 veces por vía anterior). No infección de herida ni de malla. No atrofia testicular, hidrocele ni orquitis. Recidivas: De las 233 Nyhus(tras vía anterior) con malla de polipropileno= 0%. 4 Nyhus post-Kugel-ajenos-= 0%, y 24 recidivas post Nyhus-propias- (13 en 1ª etapa por rafias, malla APG, duramadre, (supuso el 5,7%) más otros 11 de segunda etapa-con de polipropileno-(supuso el 0,9%), son reoperados 20 (2 asintomáticos nō), por la misma vía (comprobadas por mallas cortas sin fijación, y "olvidos" de sacos oblícuos): nueva malla de polipropileno = 0%.

La estancia hospitalaria es de 16 h de media en 184 pacientes. En urgencias sin resección 48-72 h. y con resección, 9-21 días.

COMENTARIOS

La vía preperitoneal "corta" de Nyhus con malla sistemática, resuelve cualquier tipo de hernia recidivada (programada y de urgencia) por la facilidad de acceso al espacio preperitoneal indemne tras una vía anterior, o después de una recidiva preperitoneal con malla de polipropileno. Es, para nosotros, la reparación que nos proporciona mayor eficiencia y garantía frente a la recidiva de cualquier tipo de hernia por compleja que sea. Y es de elección en la urgencias, al no precisar reconversiones.

HERNIOSCOPIA: UN RECURSO PARA EXPLORAR LA CAVIDAD ABDOMINAL**Baltar J., Mena E., Concheiro P., García-Vallejo L., Solar J. J., Folgar L.****Hospital de Conxo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago.****INTRODUCCIÓN:**

La introducción del laparoscopio a través del saco herniario hernioscopia- para valorar la cavidad abdominal y su contenido fue propuesta en los años 1990. Dos casos intervenidos en nuestro Servicio recientemente nos sirven para presentar aspectos prácticos del procedimiento y analizar sus indicaciones potenciales.

OBJETIVOS:

Evaluar la utilidad de un procedimiento sencillo que hace posible:

- En la cirugía urgente de la hernia inguino - crural complicada: evaluación de la viabilidad del intestino delgado incarcerado.
- En la cirugía programada: valoración de la cavidad abdominal cuando los hallazgos de exploraciones preoperatorias son contradictorios o incompletos.
- Exploración abdominal en el hallazgo inesperado de ascitis, nódulos de carcinomatosis...

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Paciente que ingresó por cuadro oclusivo, en la exploración se encontró una hernia inguinal izquierda. Una colonoscopia señalaba la existencia de una posible compresión extrínseca en colon sigmoideo. Tac abdominal sugestivo de engrosamiento de la pared del colon, compatible con colitis isquémica. Para comprobar estos hallazgos se exploró la cavidad abdominal a través del orificio herniario.
2. Paciente que ingresa por presentar una Hernia crural estrangulada con reducción espontánea del asa intestinal al abrir el saco.

Las intervenciones se realizaron bajo anestesia general (caso 1) o regional (2). Tras disecar adecuadamente el saco herniario (inguinal- caso1, crural- caso 2), se realizó una bolsa de tabaco, se introdujo un trocar que se fijó a ella, se creó un neumoperitoneo y se exploró la cavidad abdominal mediante un laparoscopio.

RESULTADOS

En ambos casos se logró explorar de forma satisfactoria la cavidad abdominal, descartar la existencia de patología asociada al defecto herniario y realizar una reparación del defecto parietal satisfactoria. En la paciente intervenida bajo anestesia regional la exploración fue bien tolerada.

CONCLUSIONES

La Hernioscopia es un recurso sencillo durante las intervenciones de hernias inguino- crurales que permite evaluar adecuadamente la existencia de patología en la cavidad abdominal.

EVENTROPLASTIA CON MALLA PHS

Magarzo García J., Moral Duarte A., Hernández Puente A., González Sánchez, J., Artigas Raventos V., Trias Folch M.

Hospital de La Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

OBJETIVOS

Descripción de la técnica quirúrgica de la reparación de las eventraciones abdominales empleando la malla Propylene Hernia System (PHS)

MATERIAL Y METODOS

La malla PHS es un dispositivo de reciente incorporación a las técnicas de reparación de las hernias inguinales. Fabricada con polipropileno, consta de tres piezas ensambladas entre si que producen un refuerzo en los tres planos de debilidad implicados en la patogénesis de las hernias inguinales.

Su especial disposición nos permite, en la reparación de eventraciones abdominales, mimetizar el efecto obtenido en las hernioplastias inguinales. Se obtiene un refuerzo en tres áreas de debilidad con ausencia de tensión y con menos migraciones del material.

Su flexibilidad le permite una adaptación al tejido circundante que la hace inapreciable una vez integrada y superado el postoperatorio.

En las eventraciones de laparotomías se ha empleado el modelo PHS en el cual existe una simetría en los ejes máximos de las mallas interna y externa.

Se realiza una técnica sin tensión con disección cuidadosa del saco herniario y su orificio evitando su apertura. Tras la infundibulización, se confecciona un espacio mediante disección roma digital del espacio preperitoneal.

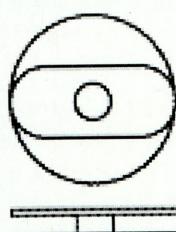
Un correcto doblado de la malla empleando unas pinzas de Foester en la manera descrita, permite un buen control durante la colocación de la misma. Finalmente se realiza la fijación de la malla con puntos sueltos en corona sobre la malla supraaponeurótica.

RESULTADOS

Con la utilización de la malla PHS en las eventroplastias abdominales se obtiene una reparación sin tensión en tres planos, con una rápida reincorporación a la vida normal del paciente y con menos posibilidades de migración de la malla.

CONCLUSIONES

La malla PHS puede considerarse un material válido y seguro empleado en las eventroplastias abdominales siendo una opción técnica más de la cual el cirujano puede disponer.



HERNIA INCISIONAL EN PACIENTES OPERADOS DE
ANTECEDENTES, EN UNA SERIE DE PACIENTES OPERADOS DE EVENTRA
Civera B., Lledó Matosas S.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

TEMA:

HERNIA VENTRAL

Sala: Obradoiro

Día: Viernes, 17

Hora: 16,00 a 17,20 horas

N.º: 27 al 33

Resumen

Introducción

Material y

metodos

Resultados

Conclusiones

Discusión

Conclusiones

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN PACIENTES OPERADOS DE HERNIA INCISIONAL

Martí Martí V., Cánovas de Lucas R., Alfonso Ballester R., Martí Obiol R., López Mozos F., Flor Civera B., Lledó Matoses S.

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Hernia Incisional, deriva de una alteración del proceso cicatricial motivada por una perturbación local o sistémica del metabolismo del tejido colágeno. Asimismo es conocido que la Angiotensina II, catecolaminas y otras hormonas, no sólo ajustan la tensión arterial, sino que también participan en la regulación de la síntesis y degradación del Tejido Conectivo. Diversos fármacos hipotensores presentan un conocido efecto negativo sobre el metabolismo colágeno; incluso algunos de ellos (como los inhibidores de la acción de la Angiotensina II) son empleados con el fin de disminuir la fibrosis de los parénquimas, principalmente del miocardio. Revisamos el tipo de tratamiento antihipertensivo que han recibido nuestros pacientes operados de Hernia Incisional.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra es de 308 pacientes: 111 varones y 197 mujeres de edades comprendidas entre 23 y 85 años (63'2), con diversos grados de riesgo anestésico, operados consecutivamente de Hernia Incisional desde enero de 1999 hasta diciembre de 2004 en una Unidad de Pared Abdominal. Tras analizar la incidencia de Hipertensión Arterial (diagnosticada y tratada) en la serie, averiguamos el tipo de tratamiento antihipertensivo que lleva cada uno de los pacientes. Los datos se recogieron mediante protocolo completado en el momento de la intervención.

RESULTADOS

De los 308 pacientes operados de eventración, 141 (46%) han sido diagnosticados de Hipertensión Arterial y reciben algún tipo de tratamiento antihipertensivo. Los fármacos utilizados en estos pacientes, solos o asociados, son: Antagonistas del sistema Renina-Angiotensina 84 (60%), Antagonistas adrenérgicos 25 (18%), Calcioantagonistas 17 (12%), diversos Diuréticos 39 (28%), Benzodiacepinas 7 (5%)

CONCLUSIONES

En nuestra serie de operados por Eventraciones, la incidencia de hipertensos que reciben tratamiento, es alta. El tipo de fármacos más empleados por nuestros pacientes son los que interfieren en el sistema Renina-Angiotensina: inhibidores de encimas convertidores de Angiotensina (I-ECA), o antagonistas de los receptores de la Angiotensina II (ARA II). DISCUSIÓN: es posible que la Hipertensión arterial, como consecuencia de sus medios de tratamiento coopere al origen de la eventración; los fármacos que podrían generar mayor riesgo serían los que interfieren en el sistema Renina-Angiotensina.

INCIDENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, COMPARADA CON LA DE OTROS ANTECEDENTES, EN UNA SERIE DE PACIENTES OPERADOS DE EVENTRACIÓN

Martí Martí V., Cánovas de Lucas R., Alfonso Ballester R., Martí Obiol R., López Mozos F., Flor Civera B., Lledó Matoses S.

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Hernia Incisional deriva de una alteración del proceso cicatricial motivada por una perturbación local o sistémica del metabolismo del tejido colágeno. Asimismo es conocido que la Angiotensina II, catecolaminas y otras hormonas, no sólo ajustan la tensión arterial, sino que también participan en la regulación de la síntesis y degradación del Tejido Conectivo. Diversos fármacos hipotensores son empleados con el fin de disminuir la fibrosis de los parénquimas, principalmente del miocardio.

Considerando que pudiera existir alguna conexión entre ambos procesos, nuestro objetivo ha sido analizar la incidencia de la Hipertensión Arterial en un grupo de pacientes operados de Hernia Incisional. Y la comparamos con la incidencia de otros antecedentes eventrógenos

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra es de 308 pacientes: 111 varones y 197 mujeres de edades comprendidas entre 23 y 85 años (63'2), con diversos grados de riesgo anestésico, operados consecutivamente de Hernia Incisional desde enero de 1999 hasta diciembre de 2004 en una Unidad de Pared Abdominal.

Se analiza la incidencia de otras ocho Patologías, reconocidas como factores predisponentes de la Eventración: Anemia, Cáncer, Diabetes Mellitus, Tabaquismo, Otra Hernia, Infección de la herida, Obesidad y Enfermedad Pulmonar. Y se compara con la incidencia de la Hipertensión Arterial.

Los datos han sido recogidos mediante protocolo completado en el momento de la intervención.

RESULTADOS

De los 308 pacientes revisados, 141 (46%) eran hipertensos diagnosticados y estaban recibiendo tratamiento hipotensor. Esta incidencia es ligeramente inferior a la de pacientes con otra Hernia 165 (54%), y a la de la Obesidad 158 (51%). Es similar a la del Tabaquismo 146 (48%). Es superior a la de Infección de herida previa 120 (39%) o la Diabetes Mellitus 65 (21%). El resto de antecedentes analizados tienen una incidencia mucho menor

CONCLUSIONES

En nuestra serie de intervenidos por Hernia Incisional, la incidencia de pacientes diagnosticados y tratados de Hipertensión Arterial, es alta. Esta incidencia es similar, o superior, a la de otros factores de reconocido riesgo eventrógeno. **DISCUSIÓN:** es posible que la Hipertensión arterial, como consecuencia de sus medios de tratamiento, coopere a la génesis de la eventración.

TÉCNICA DE OGILVIE MODIFICADA UTILIZANDO PRÓTESIS COMPOSITES EN EL CIERRE DE GRANDES DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL

Ferrando Gisbert J. M. (1), Navines J. (1), Nve E. (1), Anis H. (1), Villanueva M. J. (1), Canas, I. (1), Vidal Sans J. (2), Badia, J. M. (1),

Fundacion Hospital Asil de Granollers (1), Clínica Planas, Barcelona (2)

INTRODUCCIÓN

El uso de biomateriales en la cirugía de la hernia de pared abdominal ha generado un significativo cambio en su morbimortalidad. Las prótesis compuestas cubriendo grandes defectos de pared, en contacto directo con las vísceras, están siendo una buena solución, transitoria/definitiva, exhibiendo una correcta biocompatibilidad y una aceptable respuesta mecánica en términos de viscoelasticidad. El resultado final es la formación de un tejido de granulación sobre el que se puede posteriormente practicar una cirugía plástico-reconstrutora.

Partiendo de estudios experimentales previos sobre el comportamiento histológico y mecánico de estas prótesis, presentamos su utilidad en la práctica a raíz de un caso recordando las bases de la técnica de Ogilvie.

MATERIAL Y MÉTODOS:

-Malla composite Bard® Composix™ (2 hojas de polipropileno, pp, / 1 hoja depolitetrafluoroetileno, ePTFE, modificadas), BC.

-Paciente varón 77 años de edad, EPOC (FEV 1/CVF < 70%) intervenido (junio 2004) por neoplasia de recto estadio Dukes B. Complicaciones postoperatorias inmediatas: a.- evisceración reiterativa. Reintervenciones: 1^a, cierre evisceración monobloque más puntos totales externos; 2^a, cierre 2/3 superiores aproximando estratos musculares y vainas mediante miotomias de descarga subcostales ampliadas/bilaterales (técnica de Vidal Sans) más colocación prótesis BC subcutánea cubriendo el 1/3 inferior en contacto directo con el contenido abdominal; b.- necrosis extensa (15 x10 cm) dermoepidérmica que obliga a una exéresis ampliada de la misma. Posterior reconstrucción (5 meses), previa extracción prótesis, con colgajos de rotación parciales lumbares (preservación red vascular perforante procedente de ramas lumbares y de circunflejas externas) más injerto dermoepidérmico de pierna.

RESULTADOS:

La prótesis BC induce una reacción inflamatoria con escasa o nula formación de adherencias influenciada por la estructura porosa, principal factor de reorganización del tejido neoformado, siendo más intensa en las superficies pp que en las ePTFE (estudios experimentales). Formación de un tejido de granulación organizado y bien vascularizado cubriendo el gran defecto de pared (caso clínico) bajo la influencia de la superficie ePTFE. No tuvimos desplazamientos, seromas o infección de la prótesis. La respuesta mecánica a nivel experimental demostró una resistencia y deformación adecuadas, disminuyendo significativamente la rigidez. La traducción clínica de estos efectos ha sido la buena adaptabilidad de la prótesis durante el tiempo en que ésta ha estado expuesta (5 meses).

CONCLUSIÓN:

La técnica de Ogilvie utilizada y extendida en los años 40 en el marco de las grandes heridas de guerra de la pared abdominal como método transitorio para cubrir grandes defectos (potenciando la formación de un tejido de granulación fuerte y eficaz), puede ser adaptada a nuestros días utilizando las prótesis composites que desarrollan una respuesta inflamatoria mejorada disminuyendo los efectos secundarios locales tales como adherencias, intolerancias, infecciones, etc.; fundamentalmente en pacientes con grandes defectos, cirugía de urgencias o en situaciones de inestabilidad hemodinámica donde no se puede plantear un cierre a tensión.

PROPUESTA DE UNA NUEVA CLASIFICACION DE LAS PROTESIS DESTINADAS A REPARAR DEFECTOS EN PARED ABDOMINAL

Bellón J. M., Rodríguez Mancheño M., Serrano Amarilla N., Gómez Gil V., García Honduvilla N., Buján Varela J.

Universidad de Alcalá. Madrid

En el momento actual los cirujanos disponemos de múltiples alternativas en cuanto al uso de biomateriales con la finalidad de reparar defectos en pared abdominal. La última clasificación propuesta por Amid (1997), aunque básicamente marcó las directrices de aplicación de los diferentes materiales protésicos, ha quedado actualmente relegada, debido a la aparición de las prótesis de última generación.

Hemos llevado a cabo una recogida de todos los materiales disponibles en la actualidad, con el fin de someterlos a una clasificación, atendiendo fundamentalmente a su estructura y a su comportamiento biológico en las diferentes interfaces del implante.

Así nuestra clasificación propone dividir a los materiales protésicos en tres grandes grupos:

1. Prótesis reticulares:

- a) No absorbibles: Polipropileno (alta densidad, baja densidad), Poliéster
- b) Parcialmente absorbibles: Polipropileno/poliglactin 910, Polipropileno/poliglecaprona
- c) Totalmente absorbibles: Poliláctico, Poliglactin 910

2. Prótesis laminares:

- a) No absorbibles: Politetrafluoroetileno expandido (PTFEe), Silicona, Poliuretano
- b) Absorbibles: Submucosa intestinal porcina (SIS)

3. Prótesis compuestas (composites):

- a) Componentes no absorbibles: Polipropileno/PTFEe, Polipropileno/ poliuretano
- b) Componentes absorbibles: Poliéster/polietilenglicol, Polipropileno/ polietilenglicol, Polipropileno/ácido hialurónico, Polipropileno/ polidioxanona/celulosa

Las prótesis reticulares, estructuralmente y desde un punto de vista biomecánico son óptimas para su colocación en una interfaz tejido/tejido. Las prótesis laminares, deben de ser empleadas para colocar en contacto directo con el peritoneo visceral. Finalmente las prótesis compuestas, pueden ser ubicadas en todas las interfaces, aunque su diseño está ideado con la finalidad de ser colocadas en interfaz de tejido y a su vez en contacto directo con el peritoneo visceral. (GR/MAT/0917/2004)

LA TÉCNICA DEL DOBLADILLO EVITA LAS ADHERENCIAS A LAS GRAPAS Y A LOS BORDES, CUBRE LOS ORIFICIOS DE LOS TROCARES EVITANDO LAS HERNIAS, MINIMIZA EL DOLOR POSTOPERATORIO Y LIMITA LA FORMACIÓN DE SEROMAS**Guerrero J. A., Tovar J. L., Segovia E., Vara Thorbeck R.****Hospital Clínico de la Facultad de Medicina. Granada****INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El tratamiento de las hernias de la pared abdominal por vía laparoscópica es una alternativa válida y efectiva a los métodos tradicionales. Sin embargo, la experiencia, y la nuestra es de 430 pacientes operados, ha demostrado que esta técnica puede no ser inocua y generar complicaciones cuando no se aplica correctamente o no se utilizan los materiales adecuados. Presentamos una innovación técnica en la forma de colocar y fijar la malla, a la que llamamos "dobladillo", que evita algunas de las circunstancias que dan lugar a dichas complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos empleado siempre mallas de politetrafluoroetileno expandido (PTFEe), Dualmesh®, y Dualmesh Plus Corduroy® (W.L. Gore Flagstaff AZ, USA) (PTFEe), que fijábamos a la pared abdominal con la técnica de la "doble corona". Sin embargo, en pacientes a los que previamente les habíamos colocado una malla de PTFE, observamos que también se producían adherencias entre el peritoneo visceral y los Tacks y además con la parte macroporosa de la malla presente en sus bordes. Nuestra técnica del "dobladillo", al "esconder" tanto las grapas como los bordes de la malla, evita este contacto y por tanto las adherencias. Además, como la malla cubre los orificios de los trocares, no son necesarias suturas engorrosas y se evitan las posibles hernias. Por otro lado, la corona interna de grapas no se aplica, siendo sustituida por un adhesivo biológico que favorece la integración de la malla y minimiza los seromas. Tiene además la ventaja de que todo el trabajo de fijación se realiza por encima de la malla, lejos de las asas intestinales con evidente beneficio ergonómico para el cirujano.

RESULTADOS:

La técnica del "dobladillo" se empleó en 39 pacientes que, tras un seguimiento medio de 8 meses. (6-24), no han presentado recidivas ni seromas clínicamente manifiestos. Ninguno refirió dolor postoperatorio. La duración de la intervención y la estancia hospitalaria son similares a los de otras técnicas.

CONCLUSIONES:

La técnica del "dobladillo" evita las adherencias a las grapas y a los bordes, cubre los orificios de los trocares evitando las hernias, minimiza el dolor postoperatorio y limita la formación de seromas. Favorece el trabajo del cirujano en seguridad y comodidad.

REPARACIÓN DE HERNIAS VENTRALES MEDIANTE MALLA DE POLIPROPILENO + PTFE PREFORMADA. TÉCNICA Y RESULTADOS

Fadel B. Mokhtar M. (1), Toral Guinea P. (1), García Moreno F. (2), Gutiérrez Romero R. (1), López Díez, S. (1).

Complejo Hospitalario de Toledo (1), Hospital Nacional de Parapléjicos de Toledo (2).

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN: La cirugía laparoscópica de hernias y eventraciones de pared abdominal ha pasado a considerarse una técnica quirúrgica de hecho, con menor morbilidad local y recidivas que la técnica abierta. Se presentan los resultados de la reparación de hernias ventrales mediante una nueva malla preformada de polipropileno y PTFE por vía anterior.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre Enero de 2004 y Febrero de 2005 hemos intervenido a 50 pacientes de 51 hernias ventrales. De ellas, 4 (7.84%) eran recidivadas.

El 63.83% de los pacientes eran hombres y el 36.17% mujeres. La edad media fue de 52.14 años (33 - 84 años).

RESULTADOS:

La malla se colocó en posición intraperitoneal en 10 pacientes y preperitoneal en 38. Se utilizaron mallas de dos tamaños: 4.3 cm en 22 pacientes y 6.4 cm en 27 pacientes. La duración media de la intervención fue de 24.82 ± 7.15 minutos (13-23 minutos).

El alta de la Unidad se dio el mismo día en el 100% de los pacientes, permaneciendo en la misma una media de 3:50 h.

Presentaron complicaciones 2 pacientes: inflamación local en 1 e infección de la malla en 1. Este último fue reintervenido para retirar la malla.

CONCLUSIONES:

La reparación de las hernias ventrales de tamaño medio conlleva un elevado número de recidivas. Con el uso de mallas se reduce en porcentaje de recidivas, especialmente cuando la malla se coloca subaponeurotico. Con esta nueva malla se facilita la colocación de la malla en posición subaponeurotico y permite el uso intraperitoneal de la misma.

La reparación laparoscópica de hernias primarias e incisionales de la pared abdominal aborda una tasa de morbilidad, infecciones, estancia hospitalaria y recidivas más baja que la técnica abierta, por lo que consideramos es una alternativa terapéutica válida, segura y efectiva.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

TEMA: HERNIA VENTRAL

Sala: Botafumeiro

Día: Viernes, 17

Hora: 16,00 a 17,20 horas

N.º: 34 al 40

EXPERIENCIA EN EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA: 5 AÑOS

Lobato R. F., García Septiem J., Angulo F. J., Ríos R., Marín F. J., Limones M.

Hospital de Getafe. Madrid.

INTRODUCCIÓN.

La reparación laparoscópica de hernias y eventraciones de pared abdominal ha pasado a considerarse una alternativa terapéutica de hecho, con menor morbilidad local y recidivas que la técnica abierta. Se presenta la experiencia obtenida en nuestro Servicio desde octubre de 1999 hasta marzo 2005.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 125 pacientes, con 5 conversiones a cirugía abierta (4%). Fueron 87 eventraciones (37 supra, 23 periumbilicales, 8 supra-infra, 4 subcostales, 4 McBurney y otras 19) y 38 hernias primaria (18 epigástricas, 12 umbilicales, 6 ambas, 2 Spigel).

Resumen de la técnica: neumoperitoneo a través de trócar óptico, uso de 2 trócares de 5 mm en hemiabdomen izquierdo, malla de Dual Mesh (Gore-Tex) con margen de 6-8 cm al defecto, fijación con 4 puntos cardinales transaponeuróticos que se anudan y doble corona de grapadora helicoidal. Aplicación de 2 ml de Tissucol (Baxter) en el saco si redundante, profilaxis antibiótica en todos y antitrombótica según protocolo.

RESULTADOS.

Fueron 62 mujeres/ 63 hombres, con obesidad ($BMI > 30$) en 55.5% de hernias y 70% de eventraciones. Cirugía asociada en 13% de las eventraciones (7 suturas intestinales) y en el 22.8% de las hernias (2 colecistectomías, 1 obesidad, 1 divertículo esofágico y otros). El tamaño de la malla utilizada ha ido aumentando: 46 mallas de 10x15, 43 de 15x19, 38 de 19x24, 6 de 20x25, 11 de 20x30 y 1 de 24x36. En 17 casos (13%) se colocaron más de 2 mallas.

Morbilidad local 6.5%: 2 ileos, 2 con dolor local, 1 seroma, 1 hematoma en el saco, 2 supuraciones umbilicales y 1 febrícula mantenida. Se realizaron 2 retiradas de malla en las infecciones. Morbilidad general: 2 hematomas (postcolectomía y postextirpación de lipoma), 1 atelectasia y 1 infección urinaria. Estancia media: 1.5 días en hernias (90% <48 horas) y 2.7 en eventraciones (60% <48 horas), con rango 12 horas-14 días. Seguimiento de 2-68 meses, con 8 recidivas (6.5%), 3 hernia por trócar, 3 reingresos médicos, y 3 reintervenciones precoces (2.4%) por hemoperitoneo, dehiscencia de sutura y perforación de divertículo intestinal. Un caso fue reintervenido por pseudoobstrucción a 1 año, sin evidenciar causa.

CONCLUSIONES.

La reparación laparoscópica de hernias primarias e incisionales de la pared abdominal aporta una tasa de morbilidad, infecciones, estancia hospitalaria y recidivas más baja que la técnica abierta, por lo que consideramos es una alternativa terapéutica válida, segura y efectiva.

HERNIOPLASTIA MALLA-TAPÓN. RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Fadel B. Mokhtar, Mohamed (2), Toral Guinea, Pablo (2), García Moreno, Francisco (1), Gutiérrez Romero, Ramón (2), López Díez, Santiago (2),

Hospital Nacional de Parapléjicos (1), Complejo Hospitalario de Toledo (2).

INTRODUCCIÓN:

Presentamos los resultados de la reparación herniaria mediante la técnica de Rutkow-Robbins, malla-tapón o mesh-plug, tras 5 años de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre Julio de 1997 y Septiembre de 2004 hemos intervenido según la técnica de Rutkow-Robbins a 3358 pacientes de 3923 hernias inguinales. De ellas, 319 (8.13%) eran recidivadas.

El 90.35% de los pacientes eran hombres y el 9.64% mujeres. La edad media fue de 53.43 ± 16.80 años (19-90 años).

De las 676 hernias con más de 5 años de seguimiento, hemos revisado 366 (54.14%). El resto había fallecido, no acudió a la revisión o resultó ilocalizable.

Resultados:

La duración media de la intervención fue de 23.26 ± 5.94 minutos en las hernias únicas y de 39.92 ± 7.58 minutos en las hernias bilaterales. El tamaño medio de la incisión resultó 5.68 ± 0.97 cm.

El alta de la Unidad se dio el mismo día en el 85.30% de los pacientes, permaneciendo en la misma una media de 4:12 h. Aunque el 14.08% de los pacientes pernoctaron una noche, solo el 1.68% de ellos pernoctó sin estar previsto. 20 pacientes (0.59%) requirieron traslado a hospitalización y 10 pacientes (0.29%) fueron reintervenidos (1 perforación de sigma y 9 revisiones de hemostasia).

Presentaron complicaciones el 17.71% de las hernias: RAO en 4.98%, equimosis en 4.85%, hematoma en 2.09%, seroma en 1.97%, inflamación en 1.97%, orquitis en 1.18%, infección en 0.13% y otra en 2.38%.

Presentaron complicaciones tardías el 25.08% de las hernias: parestesias en la herida en 18.89%, parestesias en el área crural en 3.58%, atrofia testicular en 0.65%, hidrocele en 0.65% y otra en 1.95%.

Tras un seguimiento medio de 60.78 ± 2.94 meses, presentaron recidiva 4 pacientes (1.09%).

CONCLUSIONES:

La técnica de Rutkow-Robbins es la técnica de elección para la reparación herniaria por ser sencilla y fácilmente reproducible, teniendo un bajo índice de morbilidad y de recidivas.

ESTUDIO SOBRE LA RETRACCIÓN DE LAS MALLAS EN LA EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA**Lobato R. F., Polo A., Fernández de la Plaza C., García Septién J., Marín, M. Limones J.****Hospital Universitario de Getafe. Madrid.****INTRODUCCIÓN.**

Algunos estudios han constatado que las mallas de polipropileno sufren un proceso de retracción de casi un 33% al cabo de 6 meses, lo que obliga a ampliar el tamaño de las mismas para cubrir un determinado defecto.

OBJETIVOS.

Estudiar el proceso de retracción en las mallas de PTFE ubicadas intraperitonealmente por vía laparoscópica.

PACIENTES Y MÉTODO.

Se estudian 15 pacientes a los que se ha intervenido por presentar una hernia incisional de pared abdominal anterior. Se realizó una reparación vía laparoscópica con malla de Dualmesh with holes (Gore-Tex), fijada mediante 4 puntos de anclaje transaponeuróticos y doble corona de sutura helicoidal. La medida de la malla se calculó añadiendo de 6 a 8 cm. al defecto por todos los márgenes.

Se practicaron controles radiológicos con posibilidad de medición sin artefactos a las 24 horas que sirvió de base para las siguientes, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se realizaron 3 medidas radiológicas tomando como referencia las grapas radioopacas (medida longitudinal, transversal y posición lateral).

RESULTADOS.

A los 3 meses la reducción ha sido del 18% (rango 1.6-41%) de dimensión longitudinal, 19% (rango 6-34%) en transversal y la posición lateral del 22% (rango 6.6-45%). A los 6 meses se ha incrementado hasta un media del 21-30% y a 1 año ha ascendido hasta 27-40%.

CONCLUSIONES.

La disminución del tamaño de la malla de PTFE a nivel intraperitoneal puede deberse a retracción de la misma o encogimiento, y debe tenerse en consideración a la hora de la reparación para incrementar su tamaño y obtener un margen de seguridad suficiente que evite las posibles recidivas por este mecanismo.

REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LAS EVENTRACIONES EN UN HOSPITAL TERCIARIO**Tuzón Segarra A., Cortes Cerisuelo M., Arroyo Martín J. J., Carbonell Tatay F., Baquero Valdelomar R.****Hospital Universitario La Fe. Valencia****INTRODUCCIÓN:**

El objetivo del presente estudio es analizar el tratamiento quirúrgico y el manejo postoperatorio de los pacientes afectos de eventración de la pared abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes con eventración abdominal intervenidos en la Unidad de Cirugía General y Urgencias de nuestro hospital, entre Enero de 2000 y Enero de 2005.

De un total de 386 intervenciones quirúrgicas, 342 fueron programadas (89%) y 44 de urgencia (11%).

El 59% de los pacientes fueron mujeres y el 41% hombres, con una edad media de 63 años (intervalo entre 27 y 94 años).

La localización más frecuente de las eventraciones fue la infraumbilical (47% de los casos) por laparotomía media previa. El 19% de los casos fueron eventraciones recidivadas.

El 95% de los pacientes fueron intervenidos por vía abierta, mientras que en sólo el 5% de los casos se realizó una reparación laparoscópica.

En el 91% de los casos la reparación se realizó con colocación de malla de polipropileno.

RESULTADOS:

El 92% de los pacientes no presentaron ninguna complicación postoperatoria, siendo la estancia hospitalaria media de 8 días.

CONCLUSIONES:

Según nuestra experiencia, el tratamiento idóneo de la eventración de la pared abdominal es la reparación con colocación de prótesis de polipropileno supraaponeurótica, disminuyendo así de forma notable el índice de recidivas. La tasa de complicaciones postoperatorias es escasa, lo que permite una rápida recuperación e incorporación a la actividad diaria.

VÍA CLÍNICA DE LA HERNIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO**Tuzón Segarra A., Cortés Cerisuelo M., Arroyo Martín J.J., Carbonell Tatay F., Baquero Valdelomar R.****Hospital Universitario La Fe. Valencia****Hospital General de l'Hospitalet. Barcelona****INTRODUCCIÓN:**

El propósito de una vía clínica es ordenar y estandarizar los procedimientos y la asistencia a los pacientes afectos de una determinada patología, en este caso, la patología herniaria.

MATERIAL Y METODOS:

Presentamos las hojas de recogida de datos y los protocolos de actuación a desarrollar en los pacientes que van a ser sometidos a intervención quirúrgica para corregir su problema herniario, tanto de aquellos que requieren ingreso como de los que van a ser intervenidos vía ambulatoria, definiendo las actuaciones de cada uno de los profesionales que intervienen en el proceso.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

El desarrollo de la vía clínica de la hernia implica a multitud de profesionales, que deben tener definidas sus actuaciones, estando todas ellas en los documentos de la vía. La estandarización del proceso permite minimizar errores y aprovecha mejor los recursos, tanto humanos como materiales, de los que se dispone, reduciendo así también los gastos. Todo ello redundará en una mayor calidad de la atención al paciente.

Hemos actualizado la situación clínica de 157 pacientes, 65,69% hombres y 34,31% mujeres, con los siguientes resultados: 15 exitus, 95 pacientes con una exploración clínica normal, 47 casos de recidiva, que representa el 29,9% de los pacientes controlados. Se realiza un estudio evolutivo de los pacientes con recidiva.

- CONCLUSIONES:**
- 1- Consideramos que el índice de recidiva es alto, posiblemente condicionado por la variedad de los procedimientos quirúrgicos.
 - 2- Consideramos que la sutura prima a solo estaría justificada en casos excepcionales.
 - 3- La sutura con malla preaponeurótica se acompaña de un alto índice de recidiva, no estando justificado su uso sistemático.
 - 4- La individualización de los diferentes pacientes nos permitirá optimizar los diferentes procedimientos, tanto abiertos como laparoscópicos, y disminuir los índices de recidivas.
 - 5- Posiblemente estas mejoras puedan venir encauzadas dentro de la especialización de los equipos quirúrgicos.

ENDOMETRIOMAS DE LA PARED ABDOMINAL. REVISIÓN DE UNA SERIE DE 17 CASOS.

González Santín V., Robres J., Flores J., Bachs E., Piñol J., Ortiz de Zárate L., Farreras N., Ney J. L., Ribas R., Barrios P.

Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona

INTRODUCCIÓN - OBJETIVO:

La endometriosis se caracteriza por la presencia de tejido endometrial, glándulas o estroma, fuera del cuerpo uterino. Su frecuencia oscila entre el 3 y el 15% de las mujeres de edad fértil. La localización más habitual es la intrabdominal, pero ocasionalmente se puede presentar en forma de nódulos dolorosos (endometriomas) en la pared abdominal, en cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas, fundamentalmente ginecológicas u obstétricas, o como nódulos inguinales o umbilicales. Hemos revisado nuestra incidencia de endometriomas de la pared abdominal, su localización, clínica y tratamiento.

MATERIAL - MÉTODOS:

A partir de un nuevo caso de endometrioma, originado en una cicatriz de Pfannenstiel, revisamos 17 casos diagnosticados desde 1990, analizando su forma de presentación y las características clínicas, así como las diferentes teorías etiopatogénicas: metastásica, metaplásica o inmunológica.

RESULTADOS:

Desde 1990 hemos intervenido en nuestro servicio de Cirugía 17 casos de endometriomas de la pared abdominal, dos localizados en la región umbilical, cuatro en la región inguinal y 11 tumoraciones en cicatrices de intervenciones quirúrgicas previas, ginecológicas u obstétricas. En la mayoría de los casos fue un hallazgo incidental dentro del acto quirúrgico y en cuatro casos se realizó un estudio con TAC abdominal previo al tratamiento quirúrgico. El tratamiento consistió en una exéresis amplia de la lesión. Posteriormente todas las pacientes fueron derivadas al Servicio de Ginecología para completar su estudio y completar el tratamiento.

CONCLUSIONES:

A pesar de que la incidencia de endometriomas de la pared abdominal es baja, ante un nódulo de características anómalas a nivel de la región inguinal o umbilical, o tumoración en cicatriz ginecológica u obstétrica en mujeres de edad fértil, debemos siempre sospechar un endometrioma de pared abdominal. La TAC abdominal y la PAAF pueden confirmar el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico con una exéresis completa de la tumoración. Es necesario seguir un estudio ginecológico posterior y tratamiento con análogos de la GnRH.

**RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL.
¿ES CORRECTA LA SUTURA CON MALLA PREAPONEURÓTICA?**

González Santín V., Robres J., Ortiz de Zárate L., Barri J., Buqueras C., González J. A., Farreras N., Ney J. L., Mata F., Barrios P.

Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**INTRODUCCIÓN - OBJETIVOS.**

Al introducir la laparoscopia en el tratamiento de las hernias de la pared abdominal y la posterior valoración de los resultados obtenidos con esta nueva manera de afrontar el reto de esta patología, fuimos conscientes, en primer lugar, que no partíamos de unos datos básicos de los resultados de las técnicas utilizadas hasta aquel momento, no podíamos, verdaderamente, valorar nuestros resultados y ser conscientes de si con este nuevo procedimiento mejorábamos la evolución de estos pacientes. Luego, el objetivo de esta revisión es valorar a 5 años los resultados, fundamentalmente recidiva, de la cirugía abierta de las hernias de la pared abdominal, excluyendo la hernia inguino-crural.

MATERIAL - MÉTODOS.

Revisión de los datos informáticos y de la historia clínica de todos los pacientes intervenidos durante los años 1998 y 1999 de hernias primarias de la pared abdominal, se excluye región inguinal, y de las hernias incisionales. Se valora el diagnóstico, el tipo de procedimiento quirúrgico, la estancia hospitalaria y los datos que consten sobre posibles complicaciones. Todos estos pacientes han sido citados a control en el curso del último año, para confirmar o no la existencia de una recidiva.

RESULTADOS.

Durante los años 1998 y 1999 fueron intervenidos un total de 239 pacientes, 107 por hernias de la pared abdominal, de las cuales 17 eran recidivas, y 132 hernias incisionales, 12 recidivas. Las técnicas mas utilizadas fueron la sutura con malla preaponeurótica (168 casos) y la sutura simple (46 casos). Hemos actualizado la situación clínica de 157 pacientes, 65,69% del total de pacientes intervenidos, con los siguientes resultados: 15 exitus, 95 pacientes con una exploración clínica normal y 47 casos de recidiva, que representa el 29,9% de los pacientes controlados. Se realiza un estudio exhaustivo de los casos recidivados.

CONCLUSIONES.

- 1- Aunque el número de pacientes revisados es sólo del 65,69%, creemos que nos permite extraer unas primeras conclusiones.
- 2- Consideramos que el índice de recidiva es alto, posiblemente condicionado por la estandarización de los procedimientos quirúrgicos.
- 3- La sutura primaria solo estaría justificada en casos excepcionales.
- 4- La sutura con malla preaponeurótica se acompaña de un alto índice de recidiva, no estando justificado su utilización sistemática.
- 5- La individualización de los diferentes pacientes nos permitirá optimizar los diferentes procedimientos, tanto abiertos como laparoscópicos, y disminuir los índices de recidivas. 6- Posiblemente estas mejoras puedan venir encauzadas dentro de la especialización de los equipos quirúrgicos.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

TEMA: LAPAROSCOPIA

Sala: Obradoiro

Día: Sábado, 18

Hora: 09,15 a 10,30 horas

N.º: 41 al 47

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LAS EVENTRACIONES: ASPECTOS TÉCNICOS Y CONTROVERSIAS

Sánchez Marín. A., Blanco Blasco S., Domènech Calvet J., Sánchez Pérez J., Díaz C., Morandeiras A., del Castillo Déjardin D.

Hospital Universitario de San Juan. Reus.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La reparación laparoscópica de las hernias ventrales ha evolucionado en los últimos años convirtiéndose en una técnica válida para la reparación de gran número de eventraciones. Presentamos en el siguiente vídeo la reparación de una eventración post laparotomía media, haciendo énfasis en los detalles técnicos que creemos importantes pues nos han ayudado a resolver situaciones que nos han surgido a lo largo de estos últimos años realizando dicha técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La inserción de trocares es lateral, preferiblemente ala lado izquierdo excepto si el defecto se halla en este lado que pasamos a un abordaje derecho. El neumoperitoneo es realizado por punción percutánea en el hipocondrio izquierdo. Utilizamos tres trocares de 10 mm. en lugar de 2 de 5mm. y uno de 10 mm. porque nos permite una mayor versatilidad con la óptica. Tras la reducción herniaria y lisis de las adherencias, marcamos en la piel el anillo herniario para calcular un exceso lateral de malla de unos 4-5 cm. en todos sus lados dibujando también en la piel la malla resultante. Procedemos al recorte de la malla de PTFE y posteriormente colocamos un punto de polipropileno en cada uno de sus cuatro extremos. Posteriormente introducimos la malla en cavidad abdominal y mediante una aguja pasa-hilos a través de los vértices del dibujo de la malla en la pared fijamos temporalmente la malla para una mejor colocación de los agraferos metálicos con una doble corona. A continuación, seccionamos bajo tensión los hilos de polipropileno. Tras finalizar la intervención, colocamos un apósito compresivo para reducir la aparición del seroma postoperatorio.

RESULTADOS:

Mediante una experiencia previa en cirugía laparoscópica, los resultados en cuanto a la necesidad de analgesia, estancia media y reincorporación laboral y familiar, esta vía de abordaje se ha mostrado superior a la vía laparotómica.

CONCLUSIONES:

El tratamiento laparoscópico de las hernias ventrales ha demostrado ser una técnica válida para solucionar este tipo de patologías. Además de presentar todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva (dolor, estancia media etc...), nos permite realizar una inspección de la cavidad abdominal en donde a menudo se descubren debilidades en otros defectos herniarios que se corrigen en el mismo acto quirúrgico.

1- La cirugía laparoscópica es segura y efectiva. 2- La cirugía laparoscópica es más rápida que la cirugía convencional. 3- Finalmente, la cirugía laparoscópica está indicada en todas las hernias de la pared abdominal que no sean tributarias de cirugía sin ingreso quirúrgico o con alteraciones distracticas de la piel.

TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL RECIDIVADA. ¿LICHENSTEIN O LAPAROSCOPICO

Feliu X., Clavería R., Viñas X., Besora P., Abad J. M., Macarulla E., Salazar D., Fernández Sallent E.

Hospital General d'Igualada. Barcelona

Analizar los resultados obtenidos en el tratamiento de la hernia inguinal recidivada en nuestro hospital utilizando técnicas laparoscópicas (LAP) y la técnica de Lichtenstein (LICHT).

METODO:

Estudio prospectivo controlado de 258 hernias inguinales recidivadas en 235 pacientes durante un periodo de 10 años.

Los parámetros mesurados fueron: recidiva, tiempo operatorio, estancia hospitalaria y complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS:

Se han producido 10 recurrencias (4.3%): 7 en el grupo LICHT (5.7%) y 3 (2.2%) en el grupo LAP. $p=NS$

Han ocurrido 15 (12.2%) complicaciones postoperatorias en el grupo LICHT frente a 6 (4.4%) en el LAP. $p=0.04$.

CONCLUSIONES:

La vía laparoscópica TEP es una opción muy efectiva para el tratamiento de la hernia inguinal recidivada, combinando las ventajas de una cirugía mínimamente invasiva y una reparación protésica preperitoneal sin tensión, además de reducir el tiempo operatorio, las complicaciones y la recidiva de esta cirugía por vía anterior.

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE LAS HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL, PRIMARIAS Y INCISIONALES. ESTUDIO COMPARATIVO CON LA CIRUGÍA ABIERTA.**Robres Puig J., Barri J., Ortiz de Zárate L., Mata J., Vasco M., Barrios P.****Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona**

Resumen y tablas

INTRODUCCIÓN - OBJETIVOS.

Hace 5 años iniciamos el tratamiento laparoscópico de las hernias de la pared abdominal, tanto primarias como incisionales, con la finalidad de mejorar el confort postoperatorio, disminuir las complicaciones inherentes a la cirugía de la pared abdominal, y, finalmente, disminuir la estancia hospitalaria así como el índice de recidiva, objetivos, todos ellos, conseguidos de manera subjetiva. En este momento nos planteamos valorar los resultados obtenidos, comparándolos con una revisión aleatoria de dos años de cirugía abierta.

MATERIAL - MÉTODOS.

Revisamos los pacientes intervenidos mediante procedimiento laparoscópico de hernias de la pared abdominal, primarias, excluyendo patología inguino-crural, e incisionales, desde Febrero 2000 hasta Diciembre 2004, analizando los datos personales, tipo de hernia, complicaciones postoperatorias e índice de recidiva. Comparamos estos datos con una revisión a los pacientes intervenidos de la misma patología en los años 1998 y 1999, todos por cirugía abierta (estos datos se presentan entre paréntesis).

RESULTADOS.

Hemos intervenido por laparoscopia 174 hernias de la pared abdominal (239) en un total de 168 pacientes. 54 (107) casos correspondían a hernias primarias, de las cuales 22 (17) eran recidivas. 120 (132) casos de hernias incisionales, 22 (12) recidivas. 12 pacientes fueron reconvertidos a cirugía abierta, en 3 casos por perforación visceral y los 9 restantes por diferentes problemas técnicos. Estancia hospitalaria de 2,8 días (5,7) incluyendo los casos reconvertidos. Presentamos un exitus por perforación intestinal que pasó desapercibida. 3 pacientes fueron reintervenidos por perforación intestinal, sangrado y oclusión. En la actualidad se han detectado 12 recidivas (47), la mitad en los 50 primeros casos intervenidos y en general motivado por una malla demasiado pequeña.

CONCLUSIONES.

Aunque los dos grupos de trabajo no son comparables al cien por cien, si que evidencian una línea en los resultados, que se verá confirmada con el aumento de la experiencia, y en donde cabe destacar: 1- Disminución de las complicaciones postoperatorias y por consiguiente la estancia postoperatoria. 2- Disminución de la recidiva, pero donde hay que insistir en el tamaño adecuado de las mallas para mejorar más estos resultados. 3- Finalmente, la cirugía laparoscópica está indicada en todas las hernias de la pared abdominal que no sean tributarias de cirugía sin ingreso, gigantes o con alteraciones distróficas de la piel.

CONCLUSIONES.

El abordaje laparoscópico de las recidivas supone una técnica compleja por las adherencias de la cirugía previa que no resuelve el problema de manejo de esta patología pero aporta valiosa información para la realización de esta técnica.

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES GRAVES EN LA EVENTROPLASTIA LAPAROSCÓPICA.

Serantes Gómez A., Segura Jiménez I., Sánchez Ganformina F., Cosano Álvarez A., Cruz A., Serantes Gómez A. J., Ruiz Castillo J., Baez Romero F.

Hospitales de Fuenlabrada Madrid, Clínico San Cecilio Granada y Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

La eventroplastia laparoscópica es una técnica cada vez más extendida para el manejo de las hernias ventrales, tanto primaria como recidivada. La técnica parece en principio "sencilla" ya que no siempre precisa del manejo de viscera abdominales por encontrarnos casos sin adherencias a la pared, es por ello que puede incluso limitarse a cirugías de corta duración donde parece que lo único importante es la orientación de la malla. Es indudable que este punto es fundamental para la buena reparación de la pared, pero que si nos limitamos a esta visión asistiremos a la presentación de complicaciones en algunos casos mortales.

Entre las complicaciones postquirúrgicas de la eventroplastia laparoscópica encontramos los hematomas de pared y los seromas. Estas dos complicaciones suelen tratarse conservadoramente y no presentan, por lo general graves repercusiones, salvo la posible infección de la malla producido por los pinchazos repetidos del seroma y en otros casos si factor etiológico claro.

Sin embargo la complicación más temida es la lesión intestinal detectada durante la cirugía o que pasa inadvertida.

Presentamos nuestra serie de 150 pacientes en los cuales 37 desarrollaron seroma, realizándose punción en 14 de ellos.

Se produjo infección de la malla en 3 pacientes, lo cual obligó a su retirada.

En siete paciente se produce lesión intestinal. Un deserosamiento gástrico por tracción de adherencias en el trocar de entrada, deserosamiento del colon con sutura primaria sin repercusión posterior y cinco lesiones de intestino delgado que en dos casos obliga a la conversión. Analizaremos la evolución de estos pacientes.

Las complicaciones generales relacionadas con la cirugía fueron 5 (enfisema subcutáneo, fallo respiratorio, neumonía, fibrilación auricular y HDA).

CONCLUSIÓN.

La eventroplastia laparoscópica es una técnica con una curva de aprendizaje rápida pero no carente de complicaciones derivadas de la lisis de adherencias. Las complicaciones derivadas de esa manipulación son potencialmente mortales, con lo cual hemos de extremar la precaución durante la cirugía.

RECIDIVA EN LA LVHR. ANÁLISIS DE CAUSAS Y TRATAMIENTO.

Serantes Gómez A., Cosano Álvarez A., Sánchez Ganformina F., Segura Jiménez I., Cruz A., Serantes Gómez AJ., Ruiz Castillo J., Baez Romero F.

Hospitales de Fuenlabrada Madrid, Clínico San Cecilio Granada y Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

Es indiscutible que la vía laparoscópica se está imponiendo en el tratamiento de las hernias ventrales tanto primarias como recidivadas. Sus ventajas en cuanto al menor dolor postoperatorio, menor número de complicaciones de pared y rápida reincorporación a la vida laboral están ya bien documentadas.

Las complicaciones más temibles de la técnica son durante la cirugía, la lesión intestinal y en el seguimiento la recidiva y la infección de la malla.

El estudio detallado de la recidiva a largo plazo es fundamental para conocer los mecanismos que la producen.

Presentamos los resultados de nuestra serie de 150 pacientes que presentaban hernias ventrales utilizando el abordaje laparoscópico con malla PTFE-e fijada con la técnica de doble corona en los que 12 pacientes presentan recidiva.

Solo cuatro de ellas se produjeron en los seis primeros meses, lo que puede achacarse a un error en la técnica quirúrgica.

Todos presentaban hernias incisionales centrales. La cirugía ginecológica fue el antecedente quirúrgico más frecuente. Realizamos TAC abdominal ante la sospecha de recurrencia, exploración física dudosa o para conocer el contenido del saco con el fin de planear la reoperación.

De los 12 pacientes con recidiva fueron reintervenidos nueve, dos de ellos de forma urgente (uno por colecistitis y otro por hernia incarcerada), uno vía abierta por localización suprapúbica de la recidiva y cuatro vía laparoscópica de las que tres se convierten, dos por cuadro intenso adherencial que conlleva alto riesgo de lesión intestinal y uno por clara localización suprapúbica. Una paciente es intervenida vía laparoscópica y se coloca otra malla, estando hasta la fecha asintomática.

Dos pacientes ingresan con carácter urgente por cuadro de obstrucción intestinal e infección de malla realizándose abordaje abierto con retirada de malla previa.

La técnica quirúrgica debe ser cuidadosa, respetando con exquisitez los márgenes de solapa de la malla y si es preciso ayudándose de puntos cardinales para la correcta orientación de la malla. No se han definido los límites de la curva de aprendizaje de la eventroplastia laparoscópica, pero es indudable que la experiencia laparoscópica es obligada tanto en la disección de las adherencias como en la colocación de la malla.

Los cambios que con el paso del tiempo sufre la malla son la formación del neoperitoneo y la retracción, siendo este un factor también importante en la etiología de la recidiva.

CONCLUSIONES.

El abordaje laparoscópico de las recidivas supone una técnica compleja por las adherencias de la cirugía previa que no resuelve el problema de manejo de esta patología pero aporta valiosa información para la realización de esta técnica.

SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS POR HERNIA VENTRAL VÍA LAPAROSCÓPICA.

Serantes Gómez A., Cosano Álvarez A., Segura Jiménez I., Sánchez Ganformina F., Serantes Gómez A. J., Ruiz Castillo J., Baez Romero F.

Hospitales de Fuenlabrada Madrid, Clínico San Cecilio Granada y Valle de los Pedroches, Pozoblanco, Córdoba.

La reparación laparoscópica de la hernia ventral es una técnica cada vez más extendida en nuestro medio. Las series publicadas recogen con el paso de los años mayor número de pacientes. Sin embargo el seguimiento de los mismo no siempre es una tarea fácil.

Los tiempos estandarizados de seguimiento de 3, 6, 9, 12, 18, 24, 36 meses chocan frontalmente con la realidad de las revisiones de estos pacientes ya que los buenos resultados que aporta la técnica en cuanto a menor número de complicaciones de pared, dolor y rápida reincorporación a la vida laboral, hacen que el paciente no acuda a las revisiones por encontrarse "curado".

Presentamos los resultados del seguimiento de los 150 pacientes intervenidos en nuestro servicio. En la consulta realizamos el análisis de las complicaciones de la técnica. La exploración sistemática y concienzuda de la pared abdominal es fundamental para la detección de complicaciones.

El dolor se presenta en un 10 % de pacientes y se trata con analgésicos a dosis medias. Solo en un paciente se realizó infiltración por dolor mantenido en la zona correspondiente a un punto de fijación.

37 pacientes presentaron seroma de los cuales se realizó punción en 14 y 23 presentaron una resolución espontánea. 8 pacientes tuvieron infección leve a nivel de puerta de entrada. Ningún paciente presentó hematoma de pared abdominal.

El problema de la detección de la recidiva se debe subsanar mediante la exploración clínica asistida por las imágenes que nos ofrece la TAC. Sin embargo presentamos tres casos clínicos en los que las discrepancias entre uno y otro obliga al seguimiento del paciente.

CONCLUSIÓN.

Debemos realizar un esfuerzo en el seguimiento de los pacientes intervenidos de hernia ventral vía laparoscópica para obtener la máxima información posible de las complicaciones a largo plazo de esta técnica.

La exploración sistemática y concienzuda de la pared abdominal combinada con la realización de TAC, en los casos dudosos, es el instrumento fundamental para la detección de la recidiva.

CONCLUSIONES.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LAS EVENTRACIONES PARACOLOSTOMÍA**Robres Puig J., Ortiz de Zárate L., Barri J., Barrios P.****Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona****INTRODUCCIÓN**

Objetivos. La reparación de la eventración paraestomal es una intervención compleja con un alto índice de recidiva, que oscila desde un 7%, en las reparaciones con malla, hasta un 75% en los casos tratados con sutura simple. También se acompaña de una alta morbilidad, de hasta el 30%, generalmente en relación con complicaciones sépticas. Esta situación ha motivado la descripción de diferentes procedimientos quirúrgicos, justificados por la idea de mejorar, tanto el índice de recidiva, como las complicaciones. Presentamos un procedimiento de reparación por vía laparoscópica con colocación de malla intraperitoneal, técnica que permite mejorar el confort postoperatorio y disminuir las complicaciones locales, así como la tasa de recidiva.

MATERIAL - MÉTODOS.

Paciente de 60 años de edad, intervenida hace 20 años de neoplasia de recto, con amputación abdomino-perineal de Miles con colostomía terminal fosa ilíaca izquierda. Aparición progresiva de eventración paraestomal con crisis subocclusivas. La TAC abdominal confirma la eventración con de asas de intestino delgado en su interior. Técnica quirúrgica. Neumoperitoneo con trocar de Hasson por hipocondrio derecho y dos puertas accesorias de 5 y 12 mm. Lisis de las adherencias y reducción del contenido del saco herniario. Identificación y liberación de la asa de la colostomía. Reparación con malla de PTFE que sobrepasa ampliamente el orificio herniario y con lateralización del asa aferente de la colostomía, un mínimo de 5 cm.

RESULTADOS.

La paciente presentó un curso postoperatorio correcto, sin complicaciones, iniciando la ingesta a las 24 horas de la intervención. Colostomía productiva. Alta clínica a los 4 días. El control clínico al año de la intervención no evidencia recidiva.

CONCLUSIONES.

Creemos que esta técnica puede ser aplicable como tratamiento primario de las eventraciones paraestomales, proporcionando las ventajas de la cirugía laparoscópica y con un descenso importante de las complicaciones infecciosas al no manipular la colostomía.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

TEMA:

LAPAROSCOPIA

Sala: Botafumeiro

Día: Sábado, 18

Hora: 09,15 a 10,30 horas

N.º: 48 al 54

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE EVENTRACIÓN SUBCOSTAL EN PACIENTE OBESO

Robres Puig J., Ortiz de Zárate L., Barri J., Barrios P.

Hospital General de L'Hospitalet. Barcelona

INTRODUCCIÓN - OBJETIVOS.

Las ventajas que aporta la cirugía laparoscópica, como menor trauma operatorio, menor índice de complicaciones de la herida quirúrgica, menor convalecencia y menor inmunodepresión postoperatoria, son importantes en la cirugía de los grandes obesos y de gran interés en la cirugía de la pared abdominal. Presentamos la reparación por vía laparoscópica de una eventración subcostal en un gran obeso, IMC > 40%, procedimiento que nos permite conseguir una correcta estabilidad de la pared abdominal, con una disminución de las complicaciones postoperatorias.

MATERIAL MÉTODOS.

Paciente de 44 años de edad, altura 1,87 m., peso superior a 140 Kg. e IMC > 40%. Intervenido de colecistitis aguda a través de incisión subcostal derecha, presentando en el postoperatorio absceso de pared y, como secuela, gran eventración. La TAC abdominal confirma la eventración con colon en su interior, así como una importante atrofia del músculo recto anterior del abdomen y de los músculos laterales. Técnica quirúrgica. Neumoperitoneo con aguja de Veress por hipocondrio izquierdo. Acceso bilateral con 4 puertas, 1 de 10 mm. y 3 de 5 mm. Lisis de las adherencias. Reparación con malla de Gore-Tex fijada con grapas helicoidales, técnica de la doble corona, y cuatro puntos cardinales transparietales de nylon.

RESULTADOS.

Curso postoperatorio sin complicaciones, siendo alta clínica a las 48 horas. Controles postoperatorios sin incidencias.

CONCLUSIONES

La reparación laparoscópica de las eventraciones de los pacientes obesos se acompaña de un bajo índice de complicaciones, y con una correcta estabilización de la pared abdominal, aunque en nuestro caso, dada la atrofia de la musculatura de la pared abdominal, no podamos conseguir una correcta y completa reparación de la pared abdominal.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA: 430 PACIENTES**Guerrero J. A., Tovar J. L., Segovia E., Vara Thorbeck R.****Hospital Clínico Facultad de Medicina. Granada****INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

En la actualidad se acepta que, el tratamiento por vía laparoscópica de las hernias de la pared abdominal, utilizando prótesis (mallas), es el más adecuado. Sin embargo, su efectividad no es absoluta cuando existe una mala "praxis", o la elección de la malla es inadecuada por su estructura o por su tamaño. Con esta "comunicación", y tras tratar a 430 pacientes con hernias de la pared abdominal por vía laparoscópica, certificamos la efectividad de este tratamiento. Además exponemos una técnica de colocación y fijación de las mallas, "dobladillo", con la que se evitan adherencias, ya que no hay contacto del peritoneo visceral con los "Tack" y los bordes de la malla, y, al cubrir los orificios de los trocares, no se producen hernias...

MÉTODOS

Hemos revisado los datos clínicos de 430 pacientes que, entre febrero de 1999 y diciembre de 2004 fueron tratados, por vía laparoscópica, de hernias de la pared abdominal, aplicándose una malla de politetrafluoroetileno expandido, (PTFE-Gore Tex®, Dualmesh®, y Dualmesh Plus Corduroy® de W.L. Gore Flagstaff AZ, USA). En 391 se empleó la técnica "Doble Corona" y en 39 el "dobladillo". 37 pacientes habían sido tratados previamente con diversas mallas. En todos los casos se implantó una malla de PTFE, la cual está considerada como la más adecuada.

RESULTADOS

Hemos intervenido a 430 pacientes, 210 varones y 220 mujeres, con una edad media de 50 años (21-81). En 150 la hernia era primaria y en 314 incisionales. De estos, en 112, las hernias eran recidivadas. La duración media de la intervención fue de 48 minutos con un intervalo de 14 a 179 minutos. La estancia media postoperatoria fue de dos días (0-10). La mortalidad fue del 0,45% y la morbilidad alcanzó el 13,7%. El seguimiento postoperatorio ha sido de 36 meses (4-71). Se han producido 8 recidivas 1,8%: (1=0,6%, primaria, 7=2,2% incisionales). Los pacientes operados con la técnica del "dobladillo", con un seguimiento entre 4-24 meses (8 de media), no han tenido complicaciones ni recidivas. En los 37 pacientes portadores de mallas hemos observado que el polipropileno induce adherencias, con sus deletéreas consecuencias, aunque fuera colocado preperitonealmente. El PTFE no induce adherencias en su cara visceral, pero si se encuentran en las grapas y en los bordes. En dos casos con mallas "composite", con menos de un año de implantación, las adherencias causaron occlusiones intestinales que motivaron su reingreso y reintervención.

CONCLUSIONES

El tratamiento de las hernias abdominales por vía laparoscópica con implantación de malla, puede realizarse con un bajo porcentaje de recidivas, menor tiempo operatorio, estancias hospitalarias cortas y baja morbilidad. La malla más indicada es la "Dual-Mesh-corduroy" de PTFE. El polipropileno ha de ser descartado incluso en situación preperitoneal. Nuestra corta experiencia con mallas "composite", dos casos reintervenidos, es negativa. Con la técnica del "dobladillo" se evitan las adherencias a las grapas, a los bordes y se cubren los orificios de los trocares. Además, al prescindir de la corona central y aplicar un adherente de fibrina, se minimiza el dolor y disminuyen los seromas.

ADHERENCIAS PERITONEALES TRAS EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL EN 37 DE LOS 430 PACIENTES OPERADOS. ACTITUD BASADA EN LA EVIDENCIA**Guerrero J. A., Tovar J. L., Segovia E., Vara Thorbeck R.****Hospital Clínico Facultad de Medicina. Granada****INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Hemos intervenido a 430 pacientes por vía laparoscópica de hernias de la pared abdominal con implante de malla de politetrafluoroetileno expandido (PTFE), Dualmesh®, y Dualmesh Plus Corduroy® (W.L. Gore Flagstaff AZ, USA). En 37 que ya habían sido operados siendo portadores de distintas mallas, hemos podido constatar las consecuencias derivadas de aplicar una técnica de forma defectuosa, de la elección inadecuada del tipo y tamaño de la malla: recidivas, adherencias y sus consecuencias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre febrero de 1999 y diciembre de 2004 hemos intervenido a 430 pacientes. 37 fueron objetivo de nuestro estudio ya que eran portadores de mallas. De estos 37 pacientes, 15 varones y 22 mujeres con una edad media de 61 años (45-72), 12 habían sido operados por nosotros; 7 presentaban recidiva herniaria y en 5 casos la indicación quirúrgica no era herniaria. 23 pacientes, operados en otros centros, tenían mallas de polipropileno (PP) en situación preperitoneal colocadas por vía abierta, en 18 por recidiva herniaria y a 5 por repetidos episodios de subocclusión intestinal. Los dos casos restantes lo fueron por oclusión intestinal, uno con malla de Vipro preperitoneal y otro con malla de Bard intraperitoneal.

RESULTADOS:

Todos los pacientes fueron reintervenidos por vía laparoscópica. En tres casos con recidiva y malla de PP preperitoneal, hubo que convertir a cirugía abierta debido a las adherencias intestinales, siendo necesaria una resección intestinal en dos de ellos. En los 5 con subocclusión y malla de PP, tras liberar adherencias y asas se colocó una malla de PTFE que cubría toda la zona de implantación del PP; lo mismo se hizo en los 18 casos con recidivas, ya que también había adherencias. En 6 de los 12 pacientes con malla de PTFE (7 por recidivas y 5 por otras causas), también se observaron adherencias a las grapas y al borde de la malla. Una paciente con malla de Vipro preperitoneal, fue intervenida por subocclusión con recidiva y gran síndrome adherencial. En el caso de la malla de Bard las adherencias provocaron la subocclusión. De las 7 recidivas de nuestra casuística, 5 se produjeron en los 100 primeros pacientes (técnica defectuosa y tamaño inadecuado). Los pacientes con PP preperitoneal, nos llegaron de 1-7 años tras la intervención, y los casos de Vipro y Bard antes del año.

CONCLUSIÓN:

En el ser humano, las adherencias y las recidivas tienen etiopatogenias individuales. Creemos que los resultados experimentales no son extrapolables. La observación personal y la experiencia. De 430 pacientes operados, 37 tenían mallas. Las mallas de PTFE, son las más adecuadas para el tratamiento laparoscópico de las hernias de la pared abdominal. Las de PP han de ser rechazadas y las composite, con resultados actuales no alentadores, necesitan mayor experiencia. El tamaño de la malla ha de ser suficiente para cubrir toda la zona de posible recidiva.

REPARACIÓN LAPROSCÓPICA DE HERNIA VENTRAL. TÉCNICA Y RESULTADOS

Toral Guinea P., Fadel B. Mokhtar M. (1), Gutiérrez Romero R. (1), García Moreno F. (2), López Díez S. (1)

Complejo Hospitalario de Toledo (1), Hospital Nacional de Parapléjicos (2).

INTRODUCCIÓN:

Presentamos la técnica y los resultados de la reparación laparoscópica de la hernia ventral.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre Febrero de 1999 y Diciembre de 2004 hemos realizado una reparación laparoscópica de hernia ventral a 197 pacientes. De ellas, 43 (21.82%) eran recidivadas.

El 72.08% de los pacientes eran mujeres y el 27.91% hombres. La edad media fue de 53.71 ± 13.21 años (18-82 años).

RESULTADOS:

La localización de la hernia fue: umbilical en 91 pacientes, infraumbilical en 80, supraumbilical en 57, McBurney en 9, subcostal derecha en 4, Spiegel en 3 y pararrectal derecha en 2.

Se convirtió a cirugía abierta en 16 pacientes (8.12%): por el tamaño del defecto en 5, por adherencias en 5, por sangrado intraabdominal en 4, por apertura de asa en 1 y por dificultades en el neumoperitoneo en 1.

En 104 pacientes (57.45%) había más de 1 defecto.

La duración media de la intervención fue de 72.59 ± 27.85 minutos, con una mediana de 65 minutos (25-220 minutos).

El alta de la Unidad se dio el mismo día en 49 pacientes (27.07%), el día siguiente en 120 pacientes (66.29%) y más tarde en 12 pacientes (6.62%).

Presentaron complicaciones 79 pacientes (17.71%): tumoración en la zona de la hernia en 60 (4.98%), dolor abdominal en 5 (2.76%), lesión de vasos epigástricos en 4 (2.20%), equimosis en 4 (2.20%), hemoperitoneo en 2 (1.10%) y otra en 8 (4.41%).

Tras un seguimiento medio de 18.09 ± 6.45 meses, presentaron recidiva el 8.23% de los pacientes.

CONCLUSIONES:

La reparación laparoscópica de la hernia ventral con malla intraperitoneal es una técnica que, sin alargar el tiempo quirúrgico, logra reducir el porcentaje de recidivas, la estancia hospitalaria y el dolor postoperatorio, por lo que debe ser considerada como de elección en este tipo de intervenciones.

MANEJO LAPAROSCOPICO DE LA HERNIA INGUINAL (TAPP) EN REGIMEN DE C.M.A.**Pierres Mir M., Pérez F., Navarro J., Calvet E., Muñoz C., Segura Movellan J.****Hospital de Mollet del Vallès. Barcelona****Hospital del Mar. Barcelona****OBJETIVO:**

Presentar y analizar los resultados obtenidos de una serie de Hernioplastias Laparoscópicas tipo TAPP en régimen de C.M.A. y con anestesia general con el objetivo de mejorar el coste hospitalario sin alterar la calidad asistencial y optimizar la disponibilidad de los recursos sanitarios.

MATERIAL Y METODO:

Desde Enero de 2002 a Diciembre de 2004 fueron seleccionados 318 pacientes con hernias inguinales (66 bilaterales) para intervenir por C.M.A según técnica TAPP previa inclusión mediante un protocolo estipulado y unos criterios de exclusión médicos, sociales (dependientes del entorno y del propio paciente) y por complicaciones quirúrgicas. Se solicita consentimiento informado tipo C.M.A. Se aplica profilaxis antibiótica y tromboembólica según protocolo.

El control postoperatorio fue realizado siguiendo protocolo por el equipo de enfermería de la unidad de C.M.A., siendo dado de alta conjuntamente tras visita y valoración por el cirujano y el anestesista. Se facilita recomendaciones al alta y suministro de medicación domiciliaria. Se realiza contacto telefónico a las 24 h. por enfermería y control en CCEE de Cirugía en 48 horas, recogiendo una encuesta de grado de satisfacción.

RESULTADOS:

Un total de 318 pacientes (297 H/ 21M) con 385 procedimientos de TAPP (310 indirectas y 75 directas). 1/318 de conversión a cirugía abierta por causa anestésica. Altas en régimen de C.M.A. (363 / 385); siendo pasados a Corta Estancia 22 / 385 pacientes (7 negativas al alta, 5 hipotensiones, 4 vómitos, 3 dolor, 2 causa intraoperatoria, 1 problema familiar). Reingresos: 7/385 (1,8 %)

La encuesta del grado de satisfacción, el 97 % de los pacientes volverían a intervenirse en régimen de C.M.A., y solo un 7,5 % necesitaron contacto telefónico posterior al alta, fuera de las pautas protocolizadas.

CONCLUSION:

La hernioplastia laparoscópica tipo TAPP, bajo anestesia general, en régimen de C.M.A. es una técnica factible y segura, sin aumento de morbilidad ni reingresos tras una correcta selección de los pacientes, siendo fundamental la correcta información pre y postoperatoria y un estricto control postoperatorio; lo que comporta aumentar la disponibilidad de las camas hospitalarias, manteniendo la calidad de los tratamientos ofertados, con un grado de satisfacción muy elevado.

el grupo abierta hubo 5,8% de hernias incisionales. La técnica laparoscópica es tan segura como la reparación tipo Nyhus. Hubo una elevada tasa de asociación con patologías como la hernia luxación o esguince, hemorragias y sintomatología de reflujo gastroesofágico

ABORDAJE LAPAROSCOPICO DE HERNIAS VENTRALES Y EVENTRACIONES**Mulet Zayas O., Fernández Zulueta A., Marín Morales. J., Gallardo García A., Marrero Cantero S.****Hospital Universitario de Valme. Tomillar. Sevilla****INTRODUCCIÓN:**

El auge de la colecistectomía laparoscópica ha supuesto un cambio en el manejo de las Hernias Ventrales y Eventraciones (HVE), aportando las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, como es el menor dolor postoperatorio y las estancias más cortas.

OBJETIVOS:

Evaluaremos los resultados obtenidos de las HVE tratadas por laparoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos realizado 184 procedimientos (Diciembre 2000 Marzo 2005). Han sido intervenidas 70 hernias ventrales y 114 eventraciones. La edad media fue de 57 años (30-89), distribuidas en 137 mujeres y 55 varones. Entre sus antecedentes patológicos destacaron la laparotomía previa (98 casos), la obesidad (85 casos) y la hipertensión arterial (40 casos). El 74% de los pacientes presentaba riesgo anestésico ASA II. El tamaño medio de los defectos fue 77 cm². Las prótesis empleadas eran de tipo dual, Composix de Bard en 128 casos y Parietex Composite de Sofradim en 56. Describimos la técnica de reparación en detalle.

RESULTADOS:

El tiempo quirúrgico medio fue de 65,5 minutos..). La estancia postoperatoria fue menor de 24 horas 116 pacientes, superior a 24h en 44, y sin ingreso en 24. Se presentaron seromas residuales en 82 casos, practicándose punción en 45. Hemos observado infección de herida operatoria sólo en un caso, correspondiendo a uno de los que fueron convertidos. No se han presentado infecciones relacionadas con las prótesis. Hemos detectado 14 recidivas (7,6%). Fue necesario reintervenir a un paciente por biliperitoneo, en un caso con colecistectomía asociada.

CONCLUSIONES:

El abordaje de la patología herniaria de la pared abdominal es realizable con tiempos quirúrgicos equiparables a las técnicas por vía abierta. Las complicaciones infecciosas se consideran óptimas al compararla con las tasas publicadas para reparaciones por vía convencional. Son alentadores los datos respecto a las recidivas. Consideramos que es una técnica que permite su inclusión en la cartera de procedimientos a ofertar por una unidad de cirugía de corta estancia, si ésta tiene experiencia en cirugía laparoscópica.

HERNIOPLASTIA LAPAROSCÓPICA VS ABIERTA. RESULTADOS A LOS 7 AÑOS Y ESTUDIO DE PATOLOGÍA ASOCIADA A LA HERNIA.

Estrems Membrado M., Ramón Moros J.M., Segura Badía M., Pérez López M., Carulla Samper F.X., Sánchez Parrilla, Juan, Munuera del Cerro J., Grande Posa L., Infante J. M., García Sabrido J. L.

Hospital del Mar. Barcelona *to Gregorio Marañón. Madrid.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La cirugía de la hernia es un procedimiento habitual, cuya patogenia se ha relacionado con alteraciones del colágeno aunque todavía no existe evidencia sobre si el tratamiento por laparoscopia es más efectivo a largo plazo que la cirugía abierta. El objetivo de este estudio es comparar la recidiva y complicaciones a los 7 años entre dos técnicas preperitoneales, la herniorrafia TEP frente a la técnica de Nyhus y observar posible patología asociada a la hernia o a su recidiva que sugiera una enfermedad más generalizada. Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado de 70 pacientes (64V/6H) intervenidos de hernia inguinal entre julio 1996 y mayo 1997, ambas con anestesia regional. Se estudió la respuesta metabólica con la determinación de glucosa, cortisol, interleucina-6 (IL-6) y proteína C reactiva (PCR) durante las primeras 48 h del postoperatorio. La calidad de vida se evaluó mediante el perfil de salud de Nottingham (NPH) y SF-36 antes de la cirugía y al 7º y 30º día del postoperatorio. Todos los pacientes fueron seguidos por el cirujano a la semana, 3 y 6 semanas, 6 meses y al año. A los 7 años se realiza un seguimiento que incluye anamnesis exhaustiva sobre patología asociada a la hernia y exploración física por un cirujano independiente y, ecografía inguinoescrotal. Resultados: Se realizaron un total de 87 hernioplastias. La respuesta de fase aguda fue de menor intensidad a la vez que redujo de manera significativa el dolor postoperatorio en la herniorrafia laparoscópica. El grupo endoscópico requirió un número significativamente menor de dosis de analgésicos (1,60,7 vs. 2,50,5; P=0,009) al igual que las puntuaciones medias de dolor (TEP 2,95, rango: 3,6-2,3 vs 3,47, rango: 4,2-2,2; P=0,049). A los 7 años se obtuvo un seguimiento del 79%. En el grupo Nyhus hubo 1 recidiva (1/35; 2,8%) y 3 hernias incisionales (3/35; 8,6%). En el grupo laparoscópico se evidenciaron 3 recidivas (3/35; 8,6%) que aparecieron entre los 12 y 36 m. 17% de pacientes presentaron dolor crónico, siendo el doble de frecuente en el grupo abierto (8/35) que en el grupo laparoscópico (4/35) aunque la diferencia no fue significativa. En todos los casos el dolor era leve excepto en 2 del grupo Nyhus que fue moderado. En más del 50% de los pacientes se hallaron antecedentes de hemorragia, tabaquismo, síntomas de reflujo gastroesofágico y luxación o esguince. El 82% de los pacientes presentaban otras hernias asociadas. De los pacientes con hernia bilateral y alguna de ellas recidivada, un 80% han tenido o tienen pirosis, y un 53% han sufrido luxación o esguince. Conclusiones: Los resultados a corto plazo: La hernioplastia extraperitoneal ha demostrado ser una técnica segura, que reduce el dolor postoperatorio y la respuesta de fase aguda de la inflamación. La anestesia regional es una buena técnica aunque fue peor tolerada. Los resultados a largo plazo: La recidiva en el grupo abierto fue menor (2,8%) que en el grupo laparoscópico (8,6%). En el grupo abierto hubo 8,6% de hernias incisionales. La técnica laparoscópica es tan segura como la reparación tipo Nyhus. Hubo una elevada tasa de asociación con patologías como otra hernia, luxación o esguince, hemorragias y sintomatología de reflujo gastroesofágico

COMUNICACIONES POSTER

Ubicación: Vestíbulo principal

Colocación: Jueves, día 16

Números: 1 al 11

Discusión: Viernes, día 17

Hora: a las 12,00 h.

Retirada: Sábado día 18

a partir a las 12,00 h.

HERNIA DE SPIGEL EN EL PREOPERATORIO INMEDIATO DE UN BY PASS GASTRICO LAPAROSCOPICO.

Ruiz Gómez F. de Asís, Valdecantos E., López Baena J. A., Gómez Lanz L., Velasco E., Sánchez Tocino J. M., Arquedo S., Asencio J. M., Vásquez, Wenceslao, Infante J. M., García Sabrido J. L.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS:

La obesidad morbida constituye un factor de riesgo para la producción de hernias en la pared abdominal. La cirugía laparoscópica ha sido asociada con la aparición de hernias a través de los puntos de inserción de los trocares de la cirugía laparoscópica. Multiples tipos de hernias han sido relacionados ; hernias incisionales , hernias Richter , volvulos. Nosotros presentamos un caso de Hernia de Spigel incarcerada en el preoperatorio inmediato de un by pass gástrico con multiples antecedentes quirúrgicos que podían contraindicar un abordaje laparoscópico.

MATERIAL Y METODOS:

Nuestra paciente de 41 años presentaba un IMC de 49.5 con 157 cm y un peso de 122 kgr. Presentaba una nefroureterectomía derecha por tuberculosis renal, colecistectomía laparoscópica por colelitiasis múltiples, dermolipomectomías en regiones trocanteras, subgluteas, muslos y rodillas, e hysterectomía vaginal y quistectomía de ovario izquierdo por miomas uterinos y metrorragias. Presentaba una gran comorbilidad con fibromialgia, artropatía degenerativa e insuficiencia venosa leve.

La hernia de Spigel debe ser tratada por reparación quirúrgica. Nosotros reparamos en primer lugar el defecto de pared a través de una incisión paramediana, a través de la incisión y con la introducción de la cámara, pudimos decidir nuestro abordaje laparoscópico en la cirugía bariátrica (By pass gástrico). Al comprobar que la incarceración no se acompañaba de sufrimiento vascular del intestino delgado y del colon, decidimos realizar hernioplastia con malla de polipropileno.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Los resultados en cirugía abierta para la hernia de Spigel son muy buenos . En nuestro caso la paciente tuvo un buen postoperatorio inmediato sin presentar en varios meses presencia de ningun defecto a traves de la pared abdominal , ni ninguna otra complicación en relacion con la hernia. Concluimos que dada la escasa incidencia de este tipo de hernias y su escasa relacion con la cirugía bariatrica en la bibliografía actual, es necesaria una aproximación individualizada de cada paciente ,estudiando el tipo de abordaje quirurgico ,ya sea abierto o laparoscopico ,y sobre todo el abordaje primario de la hernia o bien secundario a traves de la cirugía laparoscopica bariatrica .

COMPLICACIONES DE LA REPARACIÓN PROTÉSICA DE LAS HERNIAS PARAESTOMALES

Marsal Cavallé F., Sales R., Pamies J. J., González M., López Santos, Picas J., Feliu F., Virgili J., Caubet E.

Hospital de Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona

INTRODUCCIÓN:

La hernia paraestomal o eventración de la colostomía es una complicación que se observa con más frecuencia con el paso del tiempo y, tal como afirmaba Goligher, se puede considerar casi como inevitable. Su incidencia varía según las series entre el 10 y el 60% en los pacientes portadores de una colostomía. Gracias a los avances en adhesividad, tolerabilidad y flexibilidad de las bolsas, los pacientes toleran bien muchas de estas eventraciones, precisando de reparación quirúrgica sólo aquellas que provocan síntomas oclusivos, dificultad en el manejo de los dispositivos colectores, reducción difícil de contenido herniario con episodios de incarceración o la presencia de una tumoración estéticamente inaceptable. Los métodos de tratamiento son numerosos con corrección del defecto: vía local periestomal sin prótesis, con prótesis - en posición intraperitoneal, preperitoneal o supraaponeurótica -, la vía laparoscópica y transposición o no del estoma.

CASO CLÍNICO:

Mujer de 67 años con antecedentes de neoplasia de recto (G2 T3 N2), intervenida en febrero de 2003, practicándose una resección anterior con anastomosis mecánica T-T; durante el postoperatorio la paciente presentó una dehiscencia de la anastomosis que obligó a una reintervención con cierre del muñón rectal y colostomía terminal en fosa iliaca izquierda (Hartman).

MATERIAL Y MÉTODOS:

A los 17 meses del postoperatorio, la paciente presenta una eventración paraestomal sintomática, practicándose una reparación protésica (cierre local del defecto y malla de polipropileno supraaponeurótica, onlay). A los cuatro meses de la eventoplastia la paciente precisa de nuevo ingreso hospitalario por dolor y tumefacción a nivel de la colostomía que mejora con tratamiento antibiótico, objetivándose, por tacto por la colostomía, una estenosis permeable a nivel del plano aponeurótico secundaria al anillo de refuerzo parietal protésico. Se practica nueva intervención que objetiva una zona cicatrizal inflamatoria periestomal, con dehiscencia de la prótesis y erosión del colon. Tratamiento: resección del segmento de colon afectado, retirada del material protésico, cierre primario del defecto con suturas no reabsorbibles (Thorlakson) y recolocación de la colostomía.

CONCLUSIONES:

La alta incidencia de hernias paraestomales y la morbilidad elevada de las distintas técnicas, hacen del método de reparación una decisión difícil. La mayoría de autores consideran que el refuerzo de la pared mediante la colocación de una prótesis es la única técnica que permite una reparación sólida, pero no exenta de morbilidad en el caso de dehiscencia de la malla y erosión del segmento de colon proximal al estoma.

RESULTADOS EN PATOLOGIA HERNIARIA EN UNA SERIE DE 6640 ENFERMOS EN CIRUGIA AMBULATORIA

Docobo Durández F., Sacristán Pérez C., Mena Robles J., Valera Z., Martínez Vieira A., Suárez Artacho G.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCION**INTRODUCCION.-**

El tratamiento de la patología herniaria en las UCMAS se propone para mejorar tanto los resultados clínicos como la calidad percibida por los pacientes así como los gastos derivados de su aplicación.

MATERIAL Y METODOS.-

De un total de 14.145 enfermos intervenidos por procesos de la cartera de servicios de cirugía general y digestiva en el periodo 1996-04 , 6640 (46.94%) eran portadores de hernias de pared. Se distribuyen en 4441 inguinales, 1187 umbilicales, 553 Epigástricas, 303 ventrales, 140 crurales y 16 de Spiegel.

Los procedimientos son realizados por un equipo estable de cirugía y anestesia con incorporación de MIR.

Se valoran los procedimientos quirúrgicos y anestésicos realizados, el índice de sustitución (I.S) las complicaciones y el resultado obtenido al año de la intervención.

RESULTADOS.-

H. Inguinales 4441: Anestesia local (A.L.) 4328, Raquídea (AR) 101 General 12.Lichtenstein 3290, PHS 840, laparoscopia 12, otras 335.

IS 96%. Infección herida 35 (0.78%).Recidivas 39 (0.87%)

H. Umbilicales 1187: Anestesia local (A.L.) 1003, Raquídea (AR) 174 General 5. IS 97%. Cierre 558, Hernioplastia 529.Infección herida 43 (3.6%).Recidivas 19 (1.6%)

H. Epigastricas 553: AL 553.Cierre 294, Hernioplastia 259. I.S 97%

H. Ventrales 303: Anestesia local (A.L.) 3, Raquídea (AR),274 ,General 26. Hernioplastia 293, Hernioplastia laparoscópica 10. IS 69%. Infección herida 10 (3.3%).Recidivas 4 (1.32%)

H. Crurales 140: Anestesia local (A.L.) 136, Raquídea (AR), 4. Hernioplastia 104,

Cierre 36.10. IS 97%.

H. Spiegel 16: Raquídea (AR), 8 General 8. Hernioplastia 13, Cierre 3. IS 72%.

CONCLUSIONES.-

Los procedimientos realizados en el programa de cirugía ambulatoria tras un año de evolución en todos los enfermos ha puesto de manifiesto la seguridad, la eficacia en su aplicación y resolución y eficacia en el consumo de recursos.

La gestión clínica es una herramienta útil para optimizar la calidad y eficiencia de la atención por el usuario.

ACTIVIDAD DE LOS RESIDENTES DE CIRUGIA EN EL TRATAMIENTO DE HERNIAS EN CMA.

Docobo Durández F., Sacristán Pérez C., Mena Robles J., Valera Z., Martínez Vieira A., Suárez Artacho G.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCION.

La implicación de la actividad de cirugía ambulatoria en los programas de formación de Cirugía General y Digestiva así como la participación de los residentes en dicha actividad ha sido debatida en numerosos foros en cuanto a su recomendación, necesidad de su práctica y valoración de su actividad. La escasa presencia en los programas nacionales nos ha motivado a valorar la experiencia obtenida.

MATERIAL Y METODOS.

En el periodo 1996-04 se han intervenido en régimen de CMA un total de 27.040 enfermos de los que 6640 lo fueron por hernias de pared. Se estableció desde su inicio y de acuerdo con el programa de formación de cirugía general y digestivo de una rotación en el segundo año durante un período de 6 meses. El número total de residentes por año de formación fue de 3, incluyendo rotaciones de residentes externos. En cada rotación se estableció los mínimos necesarios para su cumplimentación (Técnicas de anestesia local, hernioplastias inguino-rurales, ventrales, etc. Implicación en el alta en CMA y controles posteriores). Toda la actividad fue supervisada por personal de plantilla de la unidad. Se describe la actividad desarrollada y los resultados de su aplicación en cuanto a índice de sustitución (I.S), complicaciones y recidivas al año de la intervención.

RESULTADOS.

De las 6640 hernias de pared 3672 (55.3%) fueron intervenidas por los médicos residentes. Se distribuyen de la forma siguiente en relación a la participación realizada: Inguino-crurales 2552 (57.47%), umbilicales 592 (47.57%), epigastricas 336 (44.57%), eventraciones 184 (60.52%), spiegel 8 (50%).

H. Inguino-crurales: Anestesia local (2552). Lichtenstein : 1748, PHS 702, Otras 102. IS 96%. Infección herida 20 (0.78%). Recidivas 25 (0.97%).

H. Umbilicales 592: Anestesia local (A.L.) 499, Raquídea (AR) 90 General 3. IS 97%. Cierre 269, Hernioplastia 323. Infección herida 18 (3.04%). Recidivas 10 (1.68%)

H. Epigastricas 336: AL 336. Cierre 174, Hernioplastia 162. IS 97%

H. Ventrales 184: Anestesia local (A.L.) 10, Raquídea (AR) 174. Hernioplastia 184, IS 69%. Infección herida 10 (3.3%). Recidivas 4 (1.32%).

H. Spiegel 8: Raquídea (AR), 4 General 4. Hernioplastia 5, Cierre 3. IS 72%..

CONCLUSIONES.

La cirugía de las hernias abdominales por residentes en su rotación se segundo año, ha supuesto en nuestro medio una expectativa en el programa de la especialidad. Existe una demanda en la rotación tanto en el segundo año como posterior opcional. Los resultados alcanzados al año son equiparables a los globales de la unidad.

GESTION CLINICA EN PATOLOGIA HERNIARIA. EXPERIENCIA DE 4 AÑOS

Docobo Durández F., Sacristán Pérez C., Mena Robles J., Valera Z., Martínez Vieira A., Suárez Artacho G.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

INTRODUCCION.

Desde hace unos años los servicios sanitarios se han visto implicados en la obtención de resultados de calidad, en parte por la demanda creciente de la población y en parte por los presupuestos limitados de que se dispone para dar respuesta a dicha demanda. Estos objetivos se resumen en:

- * Mejorar la satisfacción y calidad percibida por el usuario.
- * Control en la utilización de los recursos disponibles.

MATERIAL Y METODOS.

Desde el año 2001 se aplica en la Unidad Clínica un programa basado en la aceptación por parte sus componentes de los acuerdos anuales establecidos con la gerencia del centro. Los objetivos establecidos están ligados a incentivos en función de su grado de consecución. Se establece un sistema porcentual sobre 10 objetivos con diferente peso, estableciéndose un mínimo de 60% para poder obtener beneficios.

Se establece un control sobre:

Satisfacción y expectativas de los usuarios (Encuestas externas-Número de reclamaciones)

Eficacia (Existencia de Guías clínicas y planes de cuidados)

Efectividad (Control externo sobre utilización de guías y planes de cuidados)

Eficiencia (Tasa resuspensión, tasa de ocupación)

Actividad (Número de consultas, número de intervenciones, tasa de reingreso)

Demoras (Consultas, intervenciones)

Colaboración internivel (Alta médica, enfermería, comunicación distritos)

Formación e investigación (Porcentajes de cumplimentación acuerdos)

Promoción del uso correcto del medicamento (Principio activo, No NT, Uso omeprazol, Ibuprofeno, diclofenaco, lovastatina y otros)

Acuerdos sobre consumo recursos (Porcentaje respecto al previo de personal, farmacia y fungibles)

RESULTADOS.-

Cada apartado presenta una escala de doble entrada obteniendo puntuaciones de 0-10 que traducen cada apartado en un peso de alrededor del 10%.

En los últimos 4 años se han obtenido valores entre 63.5% y 76.3%

CONCLUSIONES.-

La gestión clínica es una herramienta eficaz para el control del gasto y la mejora de la calidad percibida por el usuario.

COMPORTAMIENTO BIOLÓGICO Y BIOMECÁNICO DE PRÓTESIS RETICULARES PARCIALMENTE ABSORBIBLES DE ULTIMA GENERACIÓN

Bellón Caneiro, J M. (2), Rodríguez Mancheño M. (2), Serrano Amarilla N. (2), García Honduvilla N. (2), García-Moreno Nisa F. (1), Buján Varela J.(2).

Hospital Universitario Ramón y Cajal (1), Universidad de Alcalá (2). Madrid.

INTRODUCCIÓN.

Los biomateriales clásicos utilizados en la reparación de defectos herniarios a nivel de la pared abdominal, tales como el polipropileno, han ido sufriendo en los últimos años modificaciones en su composición y estructura espacial. Entre las más relevantes, se encuentra la incorporación dentro del componente estructural de las mismas de materiales absorbibles.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Fueron empleados 24 conejos blancos de Nueva Zelanda, de un peso aproximado de 2500 g. Los biomateriales utilizados fueron: una prótesis de polipropileno (Surgipro) (PP) de un poro de 1 mm, y dos prótesis con componentes parcialmente absorbibles, Vypro II (Vy) y Ultrapro (Up). Todos los implantes tuvieron el mismo tamaño de 7x5 cm. Bajo anestesia general, se crearon defectos en pared anterior del abdomen, que comprendían todos los planos de la misma a excepción de la piel. Los implantes en su vertiente interna quedaron en contacto con el peritoneo visceral y en su vertiente superficial o externa con el tejido celular subcutáneo. La fijación al tejido receptor fue realizada con un hilo de polipropileno de 4/0. La piel fue cerrada con agrafes metálicos. Se establecieron tres grupos de estudio: Grupo I: (n=8) implantes de PP; Grupo II (n=8) implantes de Vy y Grupo III (n=8): implantes de Up. Los animales fueron sacrificados a los 14 y 90 días de la intervención quirúrgica. Se efectuaron estudios de integración tisular a microscopía óptica (MO) y electrónica de barrido (SEM), e inmunohistoquímicos para la detección de macrófagos (RAM-11). El estudio biomecánico fue realizado en un aparato Instron, sobre piezas de 2 cm de ancho que comprendían dos interfaces tejido receptor/prótesis. El análisis estadístico de los resultados se efectuó empleando el test-U-Mann-Whitney.

RESULTADOS.

En ningún caso se detectó rechazo y/o infección del material protésico. La integración fue óptima en las tres prótesis reticulares. Los filamentos de Vy a 90 días habían prácticamente desaparecido. Por el contrario, los de la prótesis Up, comenzaban solamente en algunas zonas a sufrir biodegradación. El recuento de macrófagos así, como el estudio biomecánico, no evidenciaron cambios estadísticamente significativos entre las tres prótesis.

CONCLUSIONES.

- Tanto la prótesis reticular no absorbible como las parcialmente absorbibles, mostraron un buen comportamiento de integración tisular,
- No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la resistencia biomecánica de los tres implantes. (GR/MAT/0917/2004)

ANÁLISIS DE EVISCERACIONES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Legupín Tubío D., Obispo Entrenas A., Flores Cortes M., Suárez Artacho G., López Bernal F., Duran Ferreras I., Docobo Durández F.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

OBJETIVOS:

Descripción de los resultados obtenidos durante 2003 en relación a las evisceraciones. Conocer en que punto nos encontramos en relación a los resultados aceptados en la bibliografía. Identificar aquellos factores que favorecen la aparición de evisceraciones durante el postoperatorio. Revisar tipos de cierre de laparotomía y suturas, intentando establecer relación entre éstos y la evisceración. Proponer medidas para evitar su aparición durante el postoperatorio.

MATERIAL Y MÉTODO:

Fueron seleccionados aquellos pacientes que presentaron evisceración durante el postoperatorio de entre todas las laparotomías realizadas en un hospital de tercer nivel durante el año 2003. Los datos recogidos hacen referencia a edad; antecedentes personales; intervención urgente o programada; tipo de incisión laparotómica; tipo de cierre, haciendo referencia al cierre en monoplano o en más de un plano y a la sutura continua o a puntos sueltos; tipo de sutura reabsorbible o irreabsorbible, monofilamento o trenzada; existencia o no de suturas de retención, tanto externas como internas; exitus; número de días desde primera intervención hasta la aparición de la evisceración; parámetros nutricionales, entre los que fueron seleccionados la cifra de proteínas totales y de colinesterasas, pre y postoperatorias.

RESULTADOS:

Durante el año 2003, fueron intervenidos mediante laparotomía 2367 pacientes, un 4% de todos los ingresos. La edad media en estos pacientes fue de 43 años. La mortalidad total en este grupo fue de un 3%. Se produjeron 29 evisceraciones, lo que constituye un 1,2% de las laparotomías realizadas. La edad media en este grupo fue de 63,2 años. La mortalidad entre los eviscerados alcanzó un 13,79%, constituyendo 0,17% de la mortalidad total en pacientes laparotomizados. El número de días medio en aparecer la evisceración fue de 12,17 días. El 48,27% fueron intervenciones programadas, mientras que en el 51,72% lo son con carácter urgente. Así mismo, se obtienen conclusiones del tipo de cierre de laparotomía y del tipo de sutura utilizada.

CONCLUSIONES:

Las evisceraciones constituyen un importante problema de salud que requiere toda la atención del cirujano en su prevención y tratamiento. Existen una serie de medidas a tomar en el caso de pacientes de riesgo que podrían disminuir la incidencia de esta patología. Actualmente nos encontramos dentro de las cifras aceptadas por la bibliografía en cuanto a evisceraciones ocurridas. Es importante conocer con datos estadísticos los resultados obtenidos por el cirujano en su labor diaria, evitando así impresiones erróneas.

85

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS HERNIAS VENTRALES POR VÍA LAPAROSCÓPICA. REVISIÓN DE CASOS.

Suárez Grau J. M. (2), Obispo Entrenas A. (2), Flores M. (2), Martín Cartes J. A. (2), Cadet Dussort H. (2), Bustos Jiménez M. (2), Morales Conde S. (1), Tutosaus Gómez J. D. (2), Morales Méndez S. (2), Hospitales Universitarios Virgen de la Macarena (1) y Virgen del Rocío (2). Sevilla.

ABSTRACT COMUNICACIÓN TIPO PÓSTER**INTRODUCCIÓN:**

La hernia ventral o hernia incisional, ésta resulta de un defecto biomecánico, de un fallo de la fascia muscular, debido a la herida quirúrgica como principal consecuencia a corto plazo de la intervención (entre 0 y 30 días). Durante este tiempo la integridad de la herida depende de los materiales de sutura y de la calidad del tejido suturado en cuestión. Hemos realizado un análisis de los pacientes intervenidos de hernia ventral mediante laparoscopia, como tratamiento quirúrgico con colocación de malla mediante la técnica de la doble corona.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se han revisado un total aproximado de 175 pacientes que han sido intervenidos desde el año 1998 de este tipo de patología mediante abordaje laparoscópico.

Se tienen en cuenta una serie de factores a la hora de analizar a cada paciente, entre ellos destacan:

1. Características de la técnica quirúrgica empleada.
2. Datos generales de los pacientes.
3. Características de las hernias.
4. Datos intraoperatorios.
5. Complicaciones postoperatorias.
6. Tiempo de seguimiento del paciente en consultas.
7. Reintervenciones.

CONCLUSIONES:

Consideramos preciso este análisis para comprobar la eficacia del tratamiento que estamos ofreciendo a este tipo de patología. Con los datos obtenidos se realiza un promedio y una análisis estadístico que nos ofrece datos sobre la fiabilidad de la técnica quirúrgica empleada, de la patología que ocasiona este tipo de hernias con más frecuencia, así como las complicaciones postoperatorias asociadas a la propia técnica quirúrgica y a las características de la hernia. Así pues consideramos que las hernia incisionales que intervenimos con más frecuencia suelen ser hernias umbilicales, debidas en su mayoría a una intervención laparoscópica previa por colelitiasis o hernia de hiato, siendo otro alto porcentaje causadas por laparotomías realizadas para intervención de patología tumoral intestinal. Los pacientes intervenidos suelen tener una edad media de 60 años. La técnica que empleamos en la mayoría de las intervenciones consiste en abordaje unilateral, utilizando 3 trocares, aplicando doble corona de suturas helicoidales (tackers) para la fijación de la malla al defecto herniario de forma intraperitoneal vía laparoscópica, previa resección del saco herniario si es posible y con un tiempo medio de intervención que ronda entre los 30-45 minutos.. Esta técnica tiene excelentes resultados, pues el índice de recidivas y de reintervención que se ha visto en las revisiones tras la intervención en esta serie de pacientes es bajo.

HERNIA INCISIONAL TRANSVERSA DE MCBURNEY TRAS EL TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA. NUESTRA EXPERIENCIA DE TRES AÑOS.

Cervera Aldama J., Arana González A., Ugarte Sierra S., Urigüen Echevarría A., Gutiérrez Grijalba O., Jiménez Maestre U., Oleagoitia Cilaurren J. M., Echevarría García-Sanfrechoso A.

Hospital de Cruces. Barakaldo.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

A pesar de los avances anestésicos, en técnica quirúrgica, en calidad de las suturas, etc., la incidencia de las eventraciones varía según los diversos grupos entre el 1-16% tras realizar una laparotomía. Los laparoceles más frecuentes son los de la línea media, los situados en otras localizaciones como en los hipocondrios, flancos, incluso alrededor de un estoma abdominal representan un número menor, en concreto las eventraciones tras incisión transversa de McBurney representan en la bibliografía menos del 10% de todas las hernias incisionales. El objetivo es presentar nuestras cifras en cuanto a esta complicación postoperatoria, indicando a su vez el tratamiento llevado a cabo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y retrospectivo de las 602 apendicectomías con incisión de McBurney y las 286 eventraciones intervenidas en el período de enero-02 a febrero-05 (38 meses) en nuestro servicio, centrándonos en los 5 casos de hernia incisional tras una incisión transversa de McBurney. En nuestra serie el 60% de pacientes eran mujeres (3 casos), con una edad media de 55 años (rango 39-72), apareciendo el 80% de eventraciones durante el primer año tras la intervención. En todos los casos el cierre de la laparotomía tras la apendicectomía se realizó de forma reglada con un cierre por planos con sutura reabsorbible y el común denominador en todos los casos fue la infección-absceso de la herida quirúrgica en el postoperatorio inmediato. Descripción de la técnica: Se empleó un abordaje sobre la misma incisión previa, realizando una cura radical del orificio herniario, colocando una malla plana de polipropileno por debajo de la fascia-músculo oblícuo mayor, procediendo luego al cierre del mismo. Se colocaron drenajes aspirativos en todos los casos para evitar los hematomas y seromas que no aparecieron en ningún caso, así como ninguna infección de herida quirúrgica. Se empleó profilaxis antitrombótica y antibiótica en todos los casos. Hasta la fecha no ha habido recidivas de las 5 eventraciones.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

La incidencia de eventraciones tras incisión de McBurney con respecto al total de eventraciones intervenidas suponen el 1,75%, y van a aparecer como complicación de la apendicectomía en casi un 1% de los casos (0,83%). La reparación protésica de las hernias incisionales tras incisión transversa de McBurney tal y como la hemos descrito presenta unos resultados aceptables en nuestra serie.

Aportamos iconografía de una intervención.

OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA DE RICHTER

Arana González A., Cervera Aldama J., Calle Baraja M., Ugarte Sierra S., Urigüen Echevarría A., Gutiérrez Grijalba O., Jiménez Maestre U., Oleagoitia Cilaurren J. M., Echevarría García-Sanfrechoso A.

Hospital de Cruces. Barakaldo.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Richter es un tipo muy infrecuente de hernia que puede enmascarar cuadros de dolor abdominal y suboclusión cuando se presenta en la hernia crural, sobre todo, en un paciente obeso. La estrangulación se produce sin provocar una obstrucción y la exploración, al principio del cuadro puede resultar anodina. Cualquier segmento del intestino delgado o grueso puede aparecer comprometido y el orificio herniario puede estar ubicado en cualquier parte del abdomen, aunque lo más frecuente es que se presente en el orificio crural. Para que se trate de una hernia de este tipo, solo una parte del borde antimesentérico del intestino debe estar pinzado por el saco herniario y el anillo de estrangulación, sin llegar a comprometer completamente la luz intestinal. Pueden aparecer cuadros de peritonitis postoperatorias por perforaciones parciales tardías intestinales inadvertidas.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 91 años de edad, con antecedentes de ACFA, diverticulosis, osteartrosis en control por Unidad del Dolor, e intervenida de cataratas, prolapo uterino y colecistectomía. Consulta de urgencia, por dolor abdominal periumbilical, vómitos y ausencia de ventoseo y deposición de 5 días de evolución. Paciente en mal estado general y deshidratada. La exploración abdominal revela abdomen distendido, depresible, no doloroso. Tacto rectal: ampolla vacía. Se palpa tumoración inguinal derecha. Analítica sin hallazgos significativos. La Rx de abdomen evidencia una dilatación generalizada de asas de intestino delgado. Se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose una laparotomía media infraumbilical y hallándose una hernia crural el la que el contenido intestinal herniado presentaba un pinzamiento lateral en su borde antimesentérico y una perforación a ese nivel. Se realiza una resección intestinal segmentaria del asa afecta y anastomosis manual T-T , disección y cierre del orificio interno de la hernia crural. El curso postoperatorio transcurrió sin complicaciones.

Aportamos iconografía del caso.

El Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Servicio de Cirugía General de nuestro hospital, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante la optimización de los procedimientos quirúrgicos y el desarrollo de estrategias de manejo postoperatorio. Los resultados de este trabajo muestran que el manejo postoperatorio es más eficiente y seguro, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

COMUNICACIONES POSTER

Lá recogida de datos tuvo lugar entre los meses de Octubre de 2.000 y Diciembre de 2.004. Para ello en la primera consulta, a los 15 días de la intervención, se pidió a los pacientes que valoraran el dolor sufrido en la zona operada en las primeras 48 horas tras la intervención utilizando una Escala Analógica-Visual graduada en 100. El valor 0 representa la ausencia de dolor siendo el 100 un dolor muy intenso. En ese periodo se recogieron 646 valoraciones de otros pacientes intervenidos por presentar una Hernia Inguinal (52,82%).

Discusión: Viernes, día 17
Hora: al las 17,00 h.
Retirada: Sábado día 18

HERNIA INCISIONAL INCARCERADA EN EL LUGAR DE INSERCIÓN DE TROCAR DE LAPAROSOPIA: INFORME DE UN CASO

Merino Iglesias J., Francisco Joaquim R., Oliveira, A.

Centro Hospitalar Vila Real. Peso da Regua S.A. Portugal

Las operaciones por vía laparoscópica ofrecen una miríada de ventajas respecto a la técnica abierta, reflejadas en una recuperación más rápida.

La hernia incisional es una causa infrecuente de morbilidad de los procedimientos por acceso laparoscópico, de tal forma que la incidencia divulgada en la literatura es variable, oscilando entre 0.02% y 1.6%.

Los autores presentan un caso de hernia incisional incarcerada en el sitio del puerto umbilical en el post-operatorio de una colecistectomía laparoscópica.

DOLOR POSTOPERATORIO EN LA HERNIOPLASTIA INGUINAL.

Zorraquino Gonzalez, A., Taibo Asencor M., García Blanco A., Gómez Zabala J., Gómez Palacios A., Mendez Martín J. J.

Servicio Vasco de Salud. Osakidetza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del Servicio de Cirugía General de nuestro Hospital se puso en marcha en el año 2.000. Desde entonces y hasta Diciembre de 2.004 se han realizado 931 intervenciones elaborándose un protocolo de tratamiento y seguimiento de los pacientes en relación a diferentes parámetros, entre ellos el dolor en primeras las 48 horas del postoperatorio. El objetivo de este trabajo prospectivo es determinar el dolor que ocasionan al paciente las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas en la reparación de la Hernia inguinal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de Octubre de 2.000 y Diciembre de 2.004. Para ello en la primera consulta, a los 15 días de la intervención, se pidió a los pacientes que valoraran el dolor sufrido en la zona operada en las primeras 48 horas tras la intervención utilizando una Escala Analógica-Visual graduada en milímetros de 0 a 100 explicándoles que el valor 0 representa la ausencia de dolor siendo el 100 un dolor muy intenso. En ese período se recogieron 646 valoraciones de otros tantos pacientes intervenidos entre los cuáles 338 fueron tratados por presentar una Hernia Inguinal (52,32%).

RESULTADOS:

La muestra incluye un total de 338 pacientes con una edad media de 50 años (5-94). La mayoría son varones (92,01%) y el tipo de hernia inguinal tratada fue mayoritariamente Indirecta (67,45%) siendo la técnica empleada una plastia (97,92%) tipo Rutkow (88,89%) o tipo Lichtenstein (11,11%). En un 87,6% se empleó anestesia raquídea, el resto de pacientes fueron anestesiados con A. General (2,86%) o A. Local y sedación (1,59%).

La valoración general del dolor presentado en el postoperatorio de las Hernia Directas y las Indirectas independientemente de la técnica empleada no presenta diferencias significativas, siendo el promedio de dolor en la Hernia Directa de 30,28 y de 30,02 en la Indirecta. Pero cuando se tiene en cuenta la técnica empleada en la Hernioplastia (Rutkow / Lichtenstein) resulta que el promedio de dolor en la Hernioplastia Tipo Lichtenstein es significativamente superior al Rutkow, tanto en su valoración global (29,02 Rutkow / 39,9 Lichtenstein) como cuando se considera el tipo de Hernia inguinal reparada: Directa (26,17 Rutkow / 40,56 Lichtenstein), Indirecta (29,26 Rutkow / 43,67 Lichtenstein) y cuando se separan ambos sexos: Varones (29,05 Rutkow / 35,83 Lichtenstein), Mujeres (28,53 Rutkow / 54,75 Lichtenstein).

CONCLUSIONES:

La hernioplastia inguinal realizada mediante la técnica de Rutkow ocasiona menos dolor en el postoperatorio inmediato que aquellas reparadas según la técnica de Lichtenstein, tanto en las Hernias inguinales Directas como en las Indirectas, si bien en ambas la intensidad media referida no supera los valores de dolor leve. Con ambas técnicas la intervención quirúrgica es sencilla y con similares resultados en cuanto a eficacia (tasas de recidiva) y complicaciones postoperatorias. El seguimiento a largo plazo determinará tasas de recidiva en nuestro Servicio y potenciales problemas derivados del material protésico empleado.

MORBILIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE HERNIA MAYORES DE 80 AÑOS**Romero de Diego A., Arenal J. J., Delgado A., Villafaña A., Tinoco C., Arteche J. L.****Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid.****INTRODUCCIÓN:**

La intervención de la hernia es de las mas comúnmente practicadas en los servicios de cirugía. Las complicaciones que se presentan con esta intervención suelen ser leves. Teniendo en cuenta que la vida media de la población tiende aumentar, tiene especial interés las complicaciones que se presenta en el paciente anciano.

OBJETIVOS:

Presentar y comparar la morbilidad en pacientes mayores de 80 años.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizan 664 pacientes en un periodo de 14 años divididos en dos grupos. Un grupo de 443 pacientes menores de 80 años y un segundo grupo de 221 mayores de 80 años. Comparándose entre ambos grupos las complicaciones locales y sistémicas analizadas.

RESULTADOS:

El número de complicaciones locales fueron del 14% (60/443) en los menores de 80 años y del 14% (32/221) en los mayores de 80 años, no existiendo diferencias significativas. Las complicaciones sistémicas que aparecieron fueron 5% (21/443) en los menores de 80 años y el 14% (31/221) en los mayores de 80 años. ($\chi^2=16,35$, 1df, $p=0,001$). Apareciendo dentro de las complicaciones sistémicas: respiratorias 2% y 11%; cardio-circulatorias 1% y 5%; renales 0,5% y 1%; urinarias 2% y 5%; sepsis 0,5% y 1%; ACV 0,2% y 1,3%; HDA 1% y 1%; tromboembólicas 0,23% y 2% respectivamente.

CONCLUSIONES:

La cirugía de la hernia en el anciano, cada vez mas frecuente en nuestro país, tiene especial relevancia por sus complicaciones debidas a las características de este tipo de paciente. Conociendo dichas complicaciones y los riesgos de estos pacientes, se podría evitar su morbilidad y por consiguiente la mortalidad.

EL PACIENTE ANCIANO. NUESTRO FUTURO

Romero de Diego A., Arenal J. J., Villafaña A., Delgado A., Tinoco C., Arteche J. L..

Hospital Universitario Rio Hortega. Valladolid

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN:

La edad media del paciente quirúrgico está aumentando, siendo cada vez más frecuente intervenir a pacientes mayores de 70 años, con las co-morbilidades asociadas que presentan.

OBJETIVOS:

Presentar las características de los pacientes con los que nos enfrentamos los cirujanos.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se analizan 664 pacientes mayores de 69 años, donde se recogen las comorbilidades asociadas: diabetes, hipertensión, EPOC, cardiopatía, renales y cerebrales. Recogiendo el riesgo quirúrgico a través del ASA.

RESULTADOS:

Se recogen datos de 664 pacientes, hombres 34% y mujeres 65%. De los cuales el 66% tenían entre 70-79 años, un 30% entre 80-89 años y 2,8% mayores de 89 años. Presentaron una enfermedad asociada el 33%, dos o más enfermedades asociadas el 19% y cero el 47%. Diabetes el 6%; hipertensión 19%; EPOC el 13%; cardiopatía el 20%; insuficiencia renal 1,2%; insuficiencia cardíaca 5%; patología cerebral 4%. El riesgo según la clasificación de la sociedad americana de anestesia (ASA) fue: ASA I-II 60%; ASA III 30%; IV-V 10%.

CONCLUSIONES:

Las enfermedades asociadas más frecuentemente son cardiopatía e hipertensión, teniendo relación con las complicaciones postoperatorias. El cirujano debe acostumbrarse a este tipo de pacientes debido a su aumento en las últimas décadas.

Pese a todo ello, cada paciente debe ser estudiado individualmente para evaluar los riesgos de la intervención.

HERNIA DE SPIEGEL. UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA**Rodicio J. L., Pando L., Gómez M., González J. J., Martínez E., Álvarez Obregón R.****Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo y Hospital de Cabueñas, Gijón****INTRODUCCIÓN:**

La Hernia de Spiegel es un raro defecto de la pared abdominal que despierta interés por una parte por su difícil diagnóstico, por presentar una sintomatología inespecífica y escasa, así como por su baja frecuencia, inferior al 1% de las hernias de pared. El tratamiento es quirúrgico y en torno a un 20% requiere cirugía urgente. El objetivo es analizar esta patología en nuestro medio.

PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de pacientes tratados quirúrgicamente de Hernia de Spiegel por el Servicio de Cirugía General del Hospital de Cabueñas, entre Septiembre de 1991 y Octubre 2003. Se realizaron 22 intervenciones a 21 pacientes (una recidivada). Los parámetros evaluados han sido: clínicos (edad, sexo, antecedentes médico-quirúrgicos, formas de presentación, localización y hernias asociadas), estudios complementarios, tipo y forma de tratamiento (urgente o programado, herniorrafia o hernioplastia), tiempo desde los síntomas hasta la cirugía, estancia hospitalaria y tasa de recidiva.

RESULTADOS:

En este periodo se intervinió 3090 hernias de pared, de las cuales 22 (0.7%) fueron Hernias de Spiegel. En cuanto a los características clínicas: Sexo: 16 mujeres (72,7%) y 6 hombres; Edad media: 66 años (rango 49-89); Localización: 16 izquierdas (72,7%), 20 infraumbilicales (90,9%). El 95,2% de los pacientes presentaron factores predisponentes (obesidad, EPOC, intervenciones abdominales previas,...). La clínica predominante fue el dolor y la tumoración. En 19% de los casos coexistían hernias inguinales. El intervalo de tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta la intervención, en cirugía programada, resultó muy variable; desde los 11 días hasta los 12 años, con una media de casi 2 años. Todos los casos fueron por cirugía abierta: 18 herniorrafias (81,8%) y 4 hernioplastias. De manera urgente se realizaron 5 de ellas (22,7%). No existió complicación intraoperatoria. Sólo tres pacientes presentaron morbilidad post-operatoria: 2 seromas y 1 neumopatía. La estancia media fue de 8 días, con un rango de 1 a 27 días. El seguimiento mínimo fue de 8 meses y abarcó hasta más de 12 años. En sólo un caso apareció recidiva.

CONCLUSIONES:

La Hernia de Spiegel es poco frecuente y su verdadero interés no sólo radica en conocerla sino en ser capaz de diagnosticarla, fundamentalmente con la exploración física. Debe sospecharse en mujeres a partir de la sexta década de vida, con tumoración y dolor en región infraumbilical izquierda. En torno al 20% precisa cirugía urgente. La intervención es sencilla, con escasa recidiva y poca morbilidad.

RECONSTRUCCIÓN DE HARTMANN CON GRAN EVENTRACIÓN DE LÍNEA MEDIA Y HERNIA PARAESTOMAL.

Tuzón Segarra A., Cortés Cerisuelo M., Carbonell Tatay F., Arroyo Martín J. J., Baquero Valdelomar R., Bonafé Diana S.

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN:**INTRODUCCION:**

La reconstrucción de una intervención de Hartmann tiene como objetivo la continuidad del tránsito intestinal tras la resección de una parte del intestino grueso por patología generalmente maligna. De este modo se consigue el re establecimiento fisiológico del tránsito intestinal, evitando que el paciente sea portador crónico de colostomía, mejorando notablemente su calidad de vida.

MATERIAL Y METODOS:

Presentamos el caso de un varón de 80 años que es intervenido de forma programada para revertir una colostomía transversa por antigua intervención de Hartmann en el año 2001, tras ingreso urgente por oclusión intestinal y peritonitis por perforación de adenocarcinoma de colon en ángulo esplénico. Se le realizó colostomía transversa a nivel de hipocondrio derecho, dejando el colon izquierdo con divertículos como asa ciega. A los dos años de la intervención presentó un prolapsus de dicha colostomía y una eventración de la cicatriz de laparotomía media. El paciente, cuatro años tras la intervención, permanece libre de enfermedad y, dadas las molestias abdominales que limitan su calidad de vida, se decide la reintervención, practicándose: resección de colon izquierdo por divertículos, resección de colostomía, colecistectomía, anastomosis colorrectal y reparación de eventración con malla de polipropileno.

CONCLUSIONES:

La reconstrucción de Hartmann es una intervención que debe ser ofrecida a todo paciente portador de colostomía y libre de enfermedad, siempre que técnicamente sea posible.

Supone, en general, una mejora en la calidad de vida del paciente, evitando los cuidados y limitaciones que supone el ser portador de una colostomía.

Pese a todo ello, cada paciente debe ser estudiado individualmente para valorar los beneficios y riesgos de la intervención.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

metástasis de adenocarcinoma.

CONCLUSIONES:

La oclusión de alteración de pared abdominal por metástasis de adenocarcinoma de endometrio en el paciente con metástasis peritoneal es excepcional.

En este caso concreto, el abordaje debe ser quirúrgico para reducción de masa tumoral y facilitar la respuesta a tratamiento coadyuvante quimioterápico.

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO DE LAS HERNIAS INCISIONALES GRANDES CON MATERIALES BIOPROTÉSICOS.**Correa Alfonso R. (2), Del Campo Abad R. (1), Molina Hernandez E. (1).****Hospital Manuel Fajardo (1), Hospital Universitario Julio Trigo Lopez (2). Cuba****INTRODUCCIÓN:**

La reparación de hernias incisionales ha sido objeto de múltiples publicaciones durante el pasado siglo, e indudablemente la introducción de materiales bioprotésicos ha dado un vuelco en el tratamiento de esta patología.

OBJETIVOS:

Conocer la incidencia de complicaciones con el uso de mallas protésicas en posición preperitoneal en el tratamiento de hernias incisionales grandes. Conocer como se sintieron nuestros pacientes portadores de un material protésico, en cuanto a confort.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se presentan 47 de enfermos intervenidos con hernias incisionales grandes, anillo herniario mayor de 10 cm.; tratados en el Hospital General Docente "Julio Trigo López" desde Marzo del 2001 a Enero del 2005, donde se coloco una malla de Marlex de forma preperitoneal. En nuestra serie todos los enfermos habían sufrido al menos 2 intervenciones anteriores. En todos los casos se realizó una cuidadosa preparación preoperatoria que incluyó la preparación local de la piel y el restablecimiento de la capacidad toracoabdominal mediante neumoperitoneo, en 19 pacientes. Los anillos herniarios midieron más de 10 cm. y con promedio 16cm.

RESULTADOS:

No ocurrió recidiva herniaria, con un seguimiento promedio de 39,8 meses, no existieron hasta el momento manifestaciones de rechazo atribuibles al material protésico, no se produjo sepsis de la herida. Las complicaciones de sepsis mayor, seromas, quistes seroso y molestias por el material protésico se presentaron en un porcentaje bajo; y no hubo necesidad de retirar ninguna bioprótesis. Ha habido un confort bueno en nuestros pacientes.

CONCLUSIONES:

La Incidencia de complicaciones en el tratamiento de las hernias incisionales grandes con materiales bioprotésicos fue baja en nuestra serie. El confort de nuestros pacientes fue bueno.

INFILTRACIÓN METASTÁSICA EN PARED ABDOMINAL DE CÁNCER DE ENDOMETRIO**Ferrero Herrero E., Marcos Herrero, A., Peláez Torres, P. Labalde M., Hijas E., Hidalgo M.****Hospital 12 de Octubre. Madrid****INTRODUCCIÓN****INTRODUCCIÓN:**

Las metástasis en epiplón mayor con infiltración de pared abdominal de carcinoma de endometrio, en estadio IB, tras histerectomía con doble anexectomía, son excepcionales en ausencia de carcinomatosis peritoneal.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 53 años operada hace un año por adenocarcinoma endometrial endometriode bien diferenciado, grado IB, con adenomiosis-leiomioma, realizándose histerectomía total con doble anexectomía y posterior radioterapia abdominal.

Ante la elevación del Ca 12.5 se realiza estudio de extensión encontrándose en la TAC y RMN dos imágenes nodulares, con densidad de partes blandas, una por encima del ángulo hepático del colon y otra en línea media infraumbilical, de aspecto sólido necrótico; la última parece infiltrar la pared abdominal anterior.

TRATAMIENTO:

Laparotomía media supra-infraumbilical, resecando cicatriz de cirugía previa.

Hallazgos: se encuentra nódulo de 1 cm sobre fascia, que se extirpa. Se encuentra gran masa tumoral que infiltra pared abdominal anterior, adherida a cúpula vesical y otra masa tumoral de menor tamaño dependiente de epiplón mayor que infiltra serosa, antro gástrico, próxima a vasos cónicos medios y colon transverso sin afectarlos. Adherencias de cirugía previa y postradioterapia.

Técnica quirúrgica: liberación oncológica de la masa tumoral adherida a pared abdominal, con resección de pared abdominal anterior, incluyendo fascia y músculos rectos anteriores del abdomen, con pequeño segmento de cúpula vesical. Omentectomía radical, incluyendo en bloque masa tumoral adherida a pared gástrica, con extirpación de pastilla de antro gástrico infiltrado por tumor, con sutura mecánica de pared gástrica. Cierre de pared abdominal, con incisiones en aponeurosis anterior según técnica de Welti-Eudel y colocación de prótesis macroporosa de polipropileno, suturada a aponeurosis anterior lateral.

La paciente evolucionó sin complicaciones, estando libre de enfermedad a los 3 años de la cirugía.

ANATOMÍA PATOLÓGICA:

Metástasis de adenocarcinoma.

CONCLUSIONES:

La frecuencia de afectación de pared abdominal por metástasis de adenocarcinoma de endometrio en ausencia de carcinomatosis peritoneal es excepcional.

En este caso concreto, el abordaje debe ser quirúrgico para reducción de masa tumoral y facilitar la respuesta al tratamiento coadyuvante quimioterápico.

HERNIA DE RICHTER- A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**Pereira B., Murillo D., Santos V., Pereira N., Maciel J.****Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Portugal****INTRODUCCIÓN:**

La hernia de Richter", es una entidad clínica poco frecuente (5-15% del total de hernias incarceradas) que puede localizarse en las regiones inguinal y crural.

Fue definido por August Richter como un tipo de hernia en que apenas una fracción de pared intestinal se encuentra estrangulada.

El hecho de estar preservada la continuidad de la luz intestinal conduce a obstrucción parcial con signos clínicos mínimos, que lleva a frecuentes atrasos en su diagnóstico.

Por su peculiar forma de presentación y consecuentes demoras en su diagnóstico, la hernia de Richter comporta peor pronóstico del que otras formas de hernia incarcerada, asociándose a una mayor tasa de resecciones intestinales, tiempo de internamiento, bien como una mayor morbilidad y mortalidad en el postoperatorio.

OBJETIVOS:

Se presenta un caso clínico que ilustra la peculiaridad de esta entidad nosológica desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura reciente.

Fue consultado el proceso clínico y radiológico del paciente.

Se recurrió a documentación fotográfica con el fin de ilustrar los hallados per-operatórios.

RESULTADOS:

Paciente de sexo masculino, de 68 años de edad, que recurrió al servicio de urgencia por un cuadro de dolor abdominal con tres días de evolución, asociado con la aparición de tumefacción inguinal derecha no reducible, sin vómitos y sin alteraciones del transito intestinal.

La radiografía abdominal simple de pie reveló una distensión gaseosa de asas de intestino delgado, con algunos niveles hidro-aereos. La ecografía reveló asa intestinal distendida y presencia de líquido en el canal inguinal.

Se procedió a la cura quirúrgica de la hernia, (técnica de Mcvay) y enterectomía segmentar. El examen histológico de la pieza identificó lesiones de necrosis isquémica. Pos-operatório sin complicaciones.

CONCLUSIONES:

La ausencia de síntomas oclusivos determinó el retraso en el diagnóstico y la necesidad de resección intestinal, hecho que no repercutió en la morbilidad operatoria ni en el pronóstico a largo plazo.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE HERNIORRAFIAS EN MODALIDA UCSI Y CON INGRESO UNO ANALIZANDO COMPLICACIONES Y RECIDIVA.**INTRODUCCIÓN**

La modalidad de cirugía sin ingreso ha supuesto una racionalización en el número de camas necesarios para una unidad de cirugía general. Este avance ha cambiado los conceptos sobre la convalecencia en pacientes sometidos a cirugía mayor.

OBJETIVOS

Pretendemos analizar en este estudio una serie de parámetros como son el grado de confort, satisfacción, complicaciones y recidiva en intervenciones de herniorrafia entre dos grupos de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Comparamos un grupo histórico de 342 hernias inguinocrurales consecutivas intervenidos con ingreso previo al inicio del programa de UCSI en nuestro centro y 289 hernias inguinocrurales consecutivas por la modalidad de UCSI. Para todos los casos se utilizó la misma técnica de Lichtenstein con malla de prolene con profilaxis antibiótica preoperatoria monodosis. Ambos grupos eran similares en cuanto a sexo, edad, tiempo de evolución, y patologías asociadas. No se han incluido en este estudio las herniorrafias urgentes. El tiempo de seguimiento mínimo ha sido de 1 año en todos los casos.

RESULTADOS

No se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a los parámetros estudiados. En el primer grupo el de herniorrafia con ingreso hay un mayor número de infección de herida operatoria sin llegar a ser significativa.

CONCLUSIONES

La modalidad de UCSI a demostrado en este estudio ser similar a la herniorrafia con ingreso en lo que se refiere a complicaciones postoperatorias, recidiva, confort y grado de satisfacción del del paciente.

Premilene®

Premilene® Mesh

Gama completa de suturas y mallas de polipropileno.



Ofreciendo soluciones a la cirugía de reparación hernaria

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

50
B BRAUN
en España

Suturas

B. Braun Surgical División Suturas Ctra. de Terrassa, 121 - 08191 Rubí (Barcelona) • Teléfono 93 586 62 00 • Telefax 93 588 10 96 • www.bbraun.es