

Casos clínicos

Hernia paraestomal. Reparación de urgencia mediante Sugarbaker laparoscópico.

Parastomal hernia emergency repair by laparoscopic Sugarbaker

J.M. Suárez-Grau, P. Landra-Dulanto, A. Gila-Bohórquez, J.K. García-Moreno, I. Durán-Ferreras, J. Gómez-Menchero

Hospital General Básico de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva.

RESUMEN

La hernia paraestomal es una entidad bastante frecuente en los pacientes ostomizados. Es frecuente el diagnóstico en consulta, pero afortunadamente pocos son los pacientes que requieren intervención de urgencia por obstrucción intestinal. Presentamos el caso de un paciente con hernia paraestomal que ingresó de urgencia por obstrucción intestinal con gran contenido en el saco herniario. Requirió intervención quirúrgica urgente, optando en nuestro centro por reparación laparoscópica tipo *Sugarbaker*.

Se trata de la técnica *gold standard* para la reparación de hernia paraestomal de forma programada, con mejores resultados que la técnica abierta periclostómica o la técnica *Keyhole*. Aunque su uso en cirugía de urgencia es muy controvertido, sobre todo realizándola por laparoscopia. En el caso que presentamos fue una solución al problema de manera rápida y eficaz (sin complicaciones como infección de herida, problemas con el estoma o íleo adinámico prolongado).

Palabras clave: sugarbaker, hernia paraestomal, laparoscopia, urgencia.

ABSTRACT

Parastomal hernia is a common entity in ostomized patients. Diagnosis in the clinic is frequent, but fortunately there are only a few patients who require emergency intervention due to intestinal obstruction. We present the case of a patient with a parastomal hernia who was admitted for emergency due to intestinal obstruction with a large content in the hernia sac. It required urgent surgical intervention, opting in our center for laparoscopic Sugarbaker type repair.

This is the gold standard technique for the repair of parastomal hernia in a programmed surgery, with better results than the open pericostomy technique or the Keyhole technique. Although its use in emergency surgery is very controversial, especially performing it by laparoscopy. In the case we present, it was a solution to the problem in a quick and effective way (without complications such as wound infection, problems with the stoma or prolonged adynamic ileus).

Keywords: sugarbaker, parastomal hernia, laparoscopy, emergency.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 82 años intervenido de cáncer de recto estadio T2 dos años anteriormente; realizándose resección anterior ultrabaja y TaTEM (laparoscópica combinada), con fuga anastomótica posterior que motivó el abandono del muñón rectal y mantener la ileostomía lateral de protección. En las revisiones debido a sus múltiples patologías (DM, HTA, nefropatía, gammapatía monoclonal, intervenido de úlcus gástrico, múltiples alergias a fármacos, etc.) se decidió en sesión multidisciplinaria no realizar cirugía

CORRESPONDENCIA

Juan Manuel Suárez Grau
graugrau@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Suárez Grau JM, Landra Dulanto P, Gila Bohórquez A, García Moreno JK, Durán Ferreras I, Gómez Menchero J. Hernia paraestomal. Reparación de urgencia mediante Sugarbaker laparoscópico. Cir Andal. 2018;29(2):143-145

de reconstrucción posterior. Cursó con hernia paraestomal al año de la intervención de recto, y a los seis meses del diagnóstico comenzó a tener episodios de encarceración que se reducían manualmente, hasta que ingresó de urgencia por obstrucción intestinal por hernia paraestomal.

Se realizó TAC abdominal urgente ([Video](#)) donde se objetivó hernia paraestomal con contenido de intestino delgado y ciego en el saco (hasta 40 cm aproximadamente en su interior). No hubo mejoría en 24 horas con tratamiento conservador y se decidió intervención de urgencia a pesar del alto riesgo ya considerado previamente en sesión clínica.

Se realizó laparoscopia exploradora y reducción del contenido herniario.

Se concluyó con colocación de malla intraperitoneal de PVDF realizando la técnica *Sugarbaker*. El tiempo operatorio fue de quince minutos, mediante tres trocares (12 mm, 5 mm y 5 mm, flanco izquierdo, en el lado opuesto de la ostomía), sin complicaciones intraoperatorias.

El postoperatorio cursó sin incidencias, recuperado tránsito intestinal al segundo día postoperatorio y con alta al quinto día. Actualmente está en revisiones en consulta sin alteraciones relevantes.



[Acceder al vídeo](#)

DISCUSIÓN

La hernia paraestomal es la complicación más frecuente de la confección de una colostomía o ileostomía, ocurriendo en más del 50% de los pacientes (incidencia varía desde el 3-39% en las colostomías y del 0-6% para las ileostomías)¹.

La hernia paraestomal es un tipo de hernia incisional donde se protruye contenido abdominal a través de un defecto en la pared abdominal creado durante la confección de la ostomía.

La mayoría de las hernias se producen dentro de los dos primeros años de la confección de la ostomía². Asimismo la mayoría son asintomáticas, siendo el síntoma principal el dolor, el cual varía desde un leve malestar, un cólico intermitente hasta un dolor severo. Pacientes con encarceración o estrangulación intestinal dentro del saco herniario presentarán síntomas obstructivos.

Las indicaciones quirúrgicas en la hernia paraestomal se pueden resumir en el mal funcionamiento de los dispositivos para ostomía que causan fugas, dolor, malestar y alteraciones cosméticas³. El tratamiento de urgencia está indicado cuando existe encarceración o estrangulación del contenido herniario. Las opciones quirúrgicas son la recolocación de la ostomía o la reparación con o sin material protésico (malla) por vía abierta o por abordaje laparoscópico.

Reportes en la disminución de la morbilidad y mejoras en los resultados obtenidos mediante el abordaje laparoscópico con prótesis sin tensión, han llevado a los cirujanos a aplicar esta técnica en la reparación de la hernia paraestomal⁴. El abordaje laparoscópico también es preferible para pacientes con hernias pequeñas (<8 a 12 cm).

En el estudio multicéntrico de cohorte-retrospectivo realizado por Hansson, S. Morales-Conde⁵, que incluye a 61 pacientes intervenidos de hernia paraestomal sintomática entre mayo 2005 a junio 2010, mediante abordaje laparoscópico según la técnica de *Sugarbaker* modificada; se pueden objetivar una baja tasa de recurrencia (6,6%) luego de un seguimiento promedio de 26 meses con una morbilidad nada despreciable del 19% (12 pacientes).

Las complicaciones quirúrgicas se reportaron en 11 pacientes (18%); infección de herida quirúrgica (1), íleo post-quirúrgico que precisó colocación de SNG (6) y sangrado por trocar (2). Un paciente presentó una infección de la prótesis que precisó su retirada y otro presentó una neumonía.

La recurrencia fue definida como un bulto recurrente o persistente cuando el paciente está en la posición de pie durante una maniobra de Valsalva o la palpación de un defecto fascial con el paciente en supino.

Es importante inferir que de los 61 pacientes intervenidos quirúrgicamente sólo dos fueron por eventos de urgencia (hernias encarceradas con un cuadro obstructivo asociado) y el resto fueron cirugía electiva.

En el meta-análisis titulado "*Estado actual de la reparación laparoscópica de hernia paraestomal*" de Francis J. DeAsis⁶, que incluye quince artículos con un total de 469 pacientes, también se obtiene una tasa baja de recurrencia para el abordaje laparoscópico según técnica *Sugarbaker* de sólo 10,2%.

Este estudio tiene como resultado primario el analizar la recurrencia de la hernia paraestomal y los secundarios de analizar la tasa de infección de la malla, del sitio de infección, los episodios de obstrucción que precisen una reintervención, muerte y otras complicaciones.

De los quince estudios, tres eran sólo reparación por *Sugarbaker*, cinco sólo reparación por *Keyhole*, seis comparaban ambas técnicas y uno era una técnica "*Sándwich*".

Excepto para la recurrencia, la mayoría de morbilidades postoperatorias fueron reportadas para el cohorte global y no por la técnica de abordaje individual. La tasa de morbilidad postoperatoria global fue del 1,8%, siendo la complicación quirúrgica más común la infección del sitio quirúrgico con 3,8%.

Podemos resumir la discusión en que la técnica más adecuada es la consensuada en cada centro, pero si analizamos la literatura, la técnica *Sugarbaker*⁷ ha demostrado mejores resultados, con menor índice de complicaciones. Sólo la modificación técnica de Berger^{7,8} tipo “*Sándwich*” ha mejorado las recidivas, pero siendo una técnica más compleja y costosa, aunque con prometedores resultados.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de la hernia paraestomal es individualizado en nuestros centros hospitalarios, realizando diversas técnicas. En los últimos consensos se ha demostrado la superioridad de la técnica *Sugarbaker* sobre la cirugía de otro tipo (*Keyhole*, malla retromuscular en forma de “O”, etc.). La cirugía laparoscópica aporta grandes ventajas, ya que no modifica la posición del estoma ni condiciona su translocación generalmente y permite una solución rápida para este tipo de hernias. Además podemos asociar la reparación de hernia incisional en el mismo tiempo quirúrgico. En el caso de nuestro paciente la intervención quirúrgica urgente no es contraindicación para realizar el abordaje laparoscópico y la técnica de reparación expuesta, pero pensamos que esto debe ser acorde a la experiencia del equipo quirúrgico y las directrices del centro hospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carne PWG, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia. Br J Surg 2003;90: 784-793.
2. Leong AP, Londono-Schimmer EE, Phillips RK. Life-table analysis of stomal complication following ileostomy. Br J. Surg 1994;81(5):727.
3. Israelsson LA. Parastomal Hernia Surg Clin N. 88;113-125.
4. Hansson BM, Slater, Vander Velden. Surgical technique for parastomal hernia repair. A systematic review of the literature. Ann Surg. 2012;255(4):685-695.
5. Hansson B.M.E , S.Morales-Conde, T.Mussack. J.Valdes. The Laparoscopic modified Sugarbaker technique is safe and has a low recurrence rate: a multicenter cohort study Surg Endoscopic. 2013;27:494-500.
6. Luly Current state of laparoscopic parastomal hernia repair: a meta-analysis. World Journal of Gastroenterology. 2015;21(28):8670-8677.
7. Berger D, Bientzle M. Polyvinylidene fluoride: a suitable mesh material for laparoscopic incisional and parastomal hernia repair! A prospective, observational study with 344 patients. Hernia. 2009;13(2):167-72.
8. Berger D. Laparoscopic repair of parastomal hernia. Chirurg. 2010;81(11):988-92.