

Artículos multimedia: técnicas quirúrgicas en cirugía de pared

Tratamiento hernia paraestomal laparoscópico: Sugarbaker.

Laparoscopic surgery of the parastomal hernia using Sugarbaker technique

J.M. Suárez-Grau¹, J. Gómez-Menchero¹, A. Gila-Bohórquez¹, J.A. Bellido-Luque²

¹Hospital General Básico de Riotinto. Minas de Riotinto. Huelva.

²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

RESUMEN

La cirugía de la hernia paraestomal sigue siendo controvertida por las diferentes técnicas quirúrgicas: abierta (reparación simple, hernioplastia prefascial, retromuscular, intraperitoneal, trasposición del estoma) vs. laparoscopia (*Keyhole*, Sugarbaker, técnica "Sándwich").

La complicación tardía más frecuente en pacientes portadores de ostomías es la eventración paraestomal. Su incidencia varía en función del tipo de estoma y puede precisar cirugía hasta en un 70% de los casos. Una de las técnicas quirúrgicas laparoscópicas más empleadas para su reparación es la colocación de prótesis intraperitoneal con parietalización del intestino (Sugarbaker), pudiendo ser considerada en el momento actual como el *gold standard*.

Se expone la técnica quirúrgica y un vídeo ilustrativo de la realización de la técnica.

Palabras clave: hernia paraestomal, cirugía, laparoscopia, Sugarbaker, ostomía.

ABSTRACT

The surgery of the parastomal hernia remains controversial due to the different surgical techniques: open (simple repair, prefascial, retromuscular, intraperitoneal hernioplasty, transposition of the stoma) versus laparoscopy (*Keyhole*, Sugarbaker, Sandwich).

The most frequent late complication in patients with ostomies is parastomal eventration. Its incidence varies depending on the type of stoma and may require surgery in up to 70% of cases. One of the most used laparoscopic surgical techniques for its repair is the placement of intraperitoneal prostheses with parietalization of the intestine (Sugarbaker), which can be considered at the present time as the gold standard.

The surgical technique and an illustrative video of the realization of the technique are explained.

Keywords: parastomal hernia, surgery, laparoscopy, Sugarbaker, ostomy.

INTRODUCCIÓN

Las ostomías plantean una situación a veces compleja, ya que existe hasta un 50% de posibilidades de que acontezca una hernia paraestomal sintomática (hasta un 80% si sólo nos basamos en

CITA ESTE TRABAJO

Suárez Grau JM, Gómez Menchero J, Gila Bohórquez A, Bellido Luque JA. Tratamiento hernia paraestomal laparoscópico: Sugarbaker. Cir Andal. 2018;29(2):228-230

XREF

pruebas radiológicas). En estos casos existe un defecto en la pared del abdomen que atraviesa todos los planos desde el interior de la cavidad peritoneal hasta la piel. Además, la incidencia de complicaciones que comprometen el tránsito intestinal por encarceración de un asa y su eventual estrangulación oscila entre el 13% y el 16%, según los estudios clínicos.

La técnica de reparación de la estoma debe elegirse de forma individualizada. La elección entre la reparación local, la recolocación de la estoma o la reparación por vía abierta o laparoscópica depende de las condiciones generales del paciente, de las condiciones en las que se encuentren tanto la estoma como la cavidad abdominal y de las preferencias del cirujano, según su entrenamiento, hábito quirúrgico y recursos técnicos y materiales. Los estudios actuales muestran un índice de mejores resultados realizando reparación laparoscópica de la hernia paraestomal. La técnica Sugarbaker es la más adecuada según la evidencia, aunque actualmente están surgiendo modificaciones tipo "Sandwich" que parecen que pueden mejorar aún más los resultados.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Colocación: paciente en decúbito supino, con inclinación lateral de 20°-30° hacia el lado contralateral a la ubicación de la ostomía.

Disposición de los trocares: tres trocares (11 mm, 5 mm y 5 mm) en zona contralateral a la ostomía, a lo largo del flanco (Figura 1).

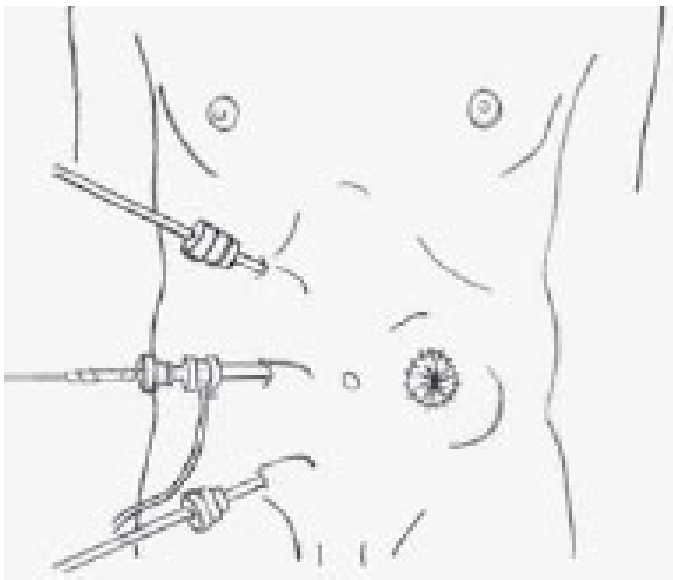


Figura 1

Instrumentación: instrumentos básicos de laparoscópica (tijera, disectores y pinzas de agarre con posibilidad de diatermia). Óptica de 10 mm o 5 mm de 30°.

Intervención: se realiza adhesiolisis intensa de la zona cercana a la estoma, respetando la vascularización del asa que sube hasta la ostomía. Es importante la comprobación de posibles hernias incisionales adyacentes, para realizar el tratamiento conjunto de las mismas. Una vez realizada la adhesiolisis hay que reducir el contenido herniario, siempre con control del eje vascular para prevenir posibles

consecuencias isquémicas. Es recomendable en estas maniobras tutorizar la ostomía desde el exterior mediante instrumento como o con tacto ostomal, comprobando la correcta dirección del asa aferente.

Una vez que tenemos reducido el saco herniario, no realizamos sutura primaria o cierre del defecto, ya que causa mucho dolor y no se han descrito beneficios al respecto.

Colocamos una malla amplia que sobre pase el defecto por lo menos 5 cm en todos los márgenes de la hernia paraestomal. En el flanco puede ser mayor, para poder dejar el asa acompañada por la malla en todo su recorrido hasta la ostomía.

Se puede usar una malla intraperitoneal similar a las usadas para realizar técnica IPOM. Las más descritas en la literatura son la de material PTFE-e (Gore) y PDVF (Dynamesh®).

La fijación de la misma se realiza con tackers (pudiendo alternar tackers absorbibles y metálicos) y como gesto añadido podemos usar un recubrimiento con pegamento de fibrina de las zonas de la malla adyacentes al asa y de los tackers.

Tutorizamos de nuevo el asa con tacto ostomal para comprobar que el defecto se ha reducido y la tensión de la malla no dificulta el paso del tránsito intestinal (Figura 2).

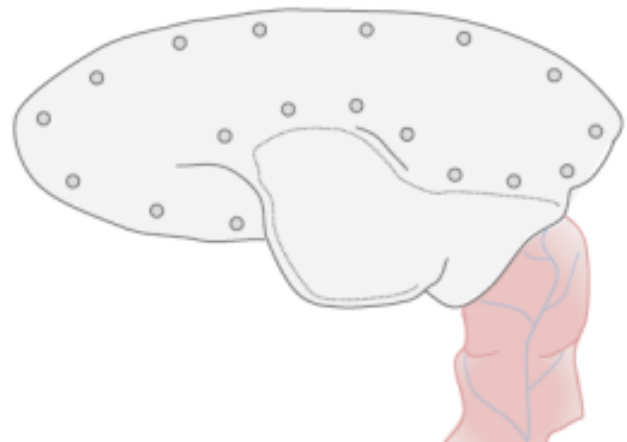
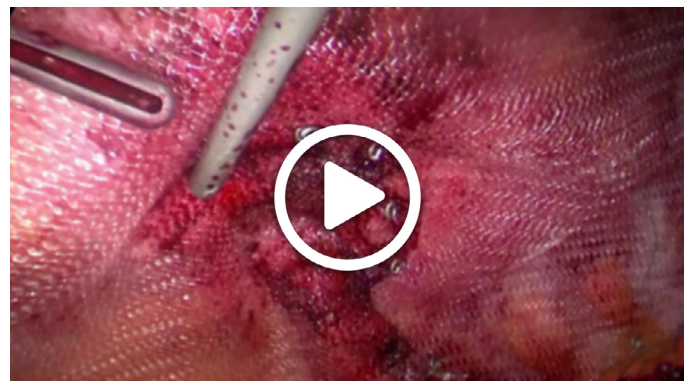


Figura 2



[Acceder al vídeo](#)

DISCUSIÓN

La indicación de tratamiento quirúrgico en las eventraciones paraestomales está en relación a las complicaciones asociadas. Las técnicas quirúrgicas más utilizadas para este tipo de reparación son las que emplean plastias de refuerzo mediante materiales protésicos. El abordaje laparoscópico es un procedimiento seguro y novedoso que produce un menor daño de la pared abdominal.

Las técnicas más utilizadas son la técnica *Keyhole*, la de Sugarbaker modificada y la técnica “*Sándwich*”, descrita por Berger, combinación de las dos anteriores.

En un metaanálisis reciente de reparación laparoscópica de la hernia paraestomal con 469 pacientes y mínimo un año de seguimiento, se observó una recidiva del 17,4% (10,2% con la técnica de Sugarbaker y 27,9% con la técnica *Keyhole*). La morbilidad global fue de 1,8%. La infección de la herida fue la complicación más frecuente (3,8%), seguida de la infección de la malla (1,7%) y la obstrucción intestinal (1,7%). Se registraron seis éxitos: dos por broncoaspiración, uno por hemorragia, uno por sepsis, uno por lesión intestinal yatrogénica inadvertida y uno por obstrucción intestinal. En un estudio observacional de 47 pacientes tratados mediante la técnica “*Sándwich*” se observó un 2,1% de recidivas con un seguimiento de veinte meses.

Actualmente, la técnica laparoscópica más empleada para este tipo de cirugía es la de Sugarbaker modificada, ya que es el procedimiento que menor tasa de recidivas presenta.

Las ventajas del abordaje laparoscópico son la posibilidad de detectar y tratar otras hernias abdominales y la disminución del riesgo de infección de la herida y de la estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. DeAsis FJ, Lapin B, Gitelis ME, Ujiki MB. Current state of laparoscopic parastomal hernia repair: A meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2015;28;21(28):8670-7. [DOI: [10.3748/wjg.v21.i28.8670](https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i28.8670)]. [PMID: 26229409].
2. Levy S, Plymale MA, Miller MT, Davenport DL, Roth JS. Laparoscopic parastomal hernia repair: No different than a laparoscopic ventral hernia repair? *Surg Endosc.* 2016;30(4):1542-6.
3. O'Neill CH, Borrazzo EC, Hyman NH. Parastomal hernia repair. *J Gastrointest Surg.* 2015;19(4):766-9.
4. Gillern S, Bleier JI. Parastomal hernia repair and reinforcement: the role of biologic and synthetic materials. *Clin Colon Rectal Surg.* 2014;27(4):162-71.
5. Hansson BM, Morales-Conde S, Mussack T, Valdés J, Muysoms FE, Bleichrodt RP. The laparoscopic modified Sugarbaker technique is safe and has a low recurrence rate: a multicenter cohort study. *Surg Endosc.* 2013 Feb;27(2):494-500. [DOI: [10.1007/s00464-012-2464-4](https://doi.org/10.1007/s00464-012-2464-4)]. Epub 2012 Oct 10. Erratum in: *Surg Endosc.* 2016;30(9):4160.
6. Hansson BM, Slater NJ, van der Velden AS, Groenewoud HM, Buyne OR, de Hingh IH, Bleichrodt RP. Surgical techniques for parastomal hernia repair: a systematic review of the literature. *Ann Surg.* 2012;255(4):685-95.
7. Berger D. Laparoscopic repair of parastomal hernia. *Chirurg.* 2010;81(11):988-92.
8. Muysoms EE, Hauters PJ, Van Nieuwenhove Y, Hutten N, Claeys DA. Laparoscopic repair of parastomal hernias: a multi-centre retrospective review and shift in technique. *Acta Chir Belg.* 2008;108(4):400-4.