



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-036 - Reparación de hernia paraestomal mediante separación posterior de componentes: a propósito de un caso

Curado Soriano, Antonio; Domínguez Amodeo, Antonio; Naranjo Fernández, Juan Ramón; Valera Sánchez, Zoradia; Navarrete de Carcer, Enrique; Jurado Marchena, Remedios; Oliva Mompean, Fernando; Padillo Ruiz, Javier

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Las hernias paraestomales constituyen un reto quirúrgico, existiendo gran diversidad en cuanto a técnica y localización de la malla en la pared abdominal. Este hito se debe a las altas tasas de recidiva que presentan las diferentes técnicas. Actualmente se aboga por un abordaje intraperitoneal laparoscópico, no existiendo evidencia científica de los resultados a largo plazo. En relación a las dificultades técnicas, la existencia de un gran defecto lateral supone un verdadero desafío quirúrgico para el cirujano dedicado a esta patología. Es necesario, por tanto, conseguir una reparación anatómica con reaproximación a la línea media. A continuación exponemos la separación posterior de componentes como técnica quirúrgica en el tratamiento de hernias paraestomales con defectos lateralizados.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 76 años con diagnóstico de hernia paraestomal tipo IV según la EHS, intervenida de neoplasia de sigma mediante sigmoidectomía y colostomía terminal, sin otros antecedentes de interés. En la valoración previa apreciamos un gran defecto de 12 cm con incarceration de asas de intestino delgado y un defecto de línea media asociado. La indicación quirúrgica se realiza por cuadros de obstrucción y mala adaptación a los dispositivos colectores. Iniciamos la cirugía mediante una laparotomía media y tras la adhesiolisis, observamos el gran defecto existente (figs.); a continuación realizamos una disección amplia del espacio retromuscular. Separadas la aponeurosis posterior y la fascia transversalis, referenciamos la colostomía. Liberamos a continuación el espacio de Rossen, necesario para una movilización completa de la pared abdominal. Colocamos una malla de BIO-A con un ojal para el paso del asa intestinal, debido a la fragilidad del colgajo aponeurosis-fascia transversalis. Para tratar la hernia incisional de línea media, se realizó una separación posterior del lado contralateral y colocación de malla de polipropileno que cubría ambos lados, con ojal para el paso del asa de colostomía. Utilizamos un drenaje de aspiración en espacio retromuscular. La paciente evolucionó de manera favorable con alta al 5 día postoperatorio, sin incidencias. En 14 meses de seguimiento no ha presentado complicaciones, ni recidiva radiológica.



Discusión: La separación posterior de componentes debe formar parte del arsenal terapéutico de los cirujanos especialistas en pared abdominal, como gesto quirúrgico que asociado a otras maniobras nos proporcionara una solución específica para cada paciente. No debemos estandarizar las técnicas, sobre todo cuando existen tasas de recidiva importantes, sino proporcionar mediante un análisis individualizado aquella técnica que proporciona mayor posibilidad de éxito en función del defecto y las características propias del paciente.