



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



OR-075 - TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA HERNIA PARAESTOMAL: DE LA TÉCNICA SÁNDWICH LAPAROSCÓPICA A LA TÉCNICA RETROMUSCULAR ROBÓTICA

Barranquero, Alberto G¹; Villalobos Mori, Rafael¹; Maestre González, Yolanda¹; Protti, Gian Pier²; Gutiérrez, Eric¹; Olsina Kissler, Jorge¹

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

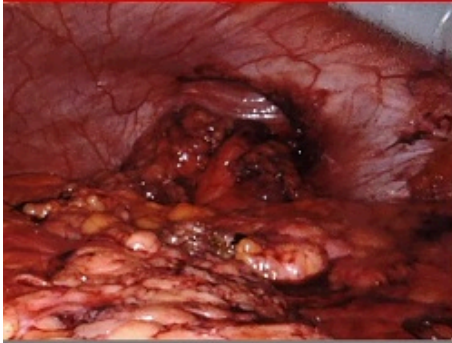
Objetivos: Las hernias paraestomales son frecuentes tras la confección de una colostomía, con elevadas tasas de recidiva tras su tratamiento quirúrgico. La técnica sándwich, de Berger *et al.* (2007), emplea una doble malla de localización intraperitoneal, con una malla *keyhole* y otra superpuesta que lateraliza la colostomía. La técnica retromuscular, de Pauli *et al.* (2016), realiza una disección retromuscular y del músculo transverso del abdomen para lateralizar la colostomía y colocar una malla en posición retromuscular. El objetivo fue evaluar los resultados de estas técnicas en nuestra institución.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con hernia paraestomal intervenidos por la Unidad de Cirugía de Pared Abdominal de un centro de tercer nivel, entre febrero de 2016 y marzo de 2022. Desde el inicio del estudio hasta septiembre de 2020 se utilizó la técnica sándwich, empleando posteriormente a la técnica retromuscular. Se analizaron las características basales, de la hernia, los datos quirúrgicos y las complicaciones tempranas y tardías durante el seguimiento.

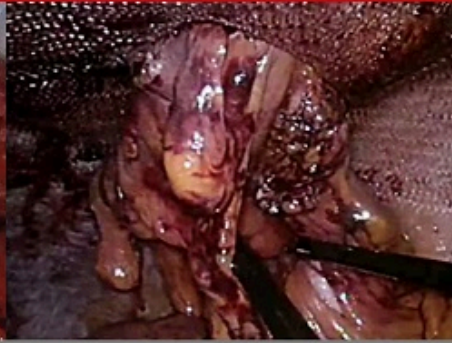
Resultados: Se intervinieron 12 pacientes con la técnica sándwich, ocho por laparoscopia y cuatro por robot, y 7 pacientes con la técnica retromuscular, todos por robot. No hubo diferencias estadísticamente significativas en edad, sexo, hábito tabáquico, índice de masa corporal, comorbilidad, indicación de la colostomía ni tiempo desde su realización. Según la clasificación de la EHS, las hernias más frecuentemente intervenidas en el grupo de la técnica sándwich fueron tipo II (33,3%) y tipo IV (33,3%), frente a un 85,7% de hernias tipo II en el grupo de la técnica retromuscular. No hubo diferencias en los diámetros transversos de los defectos de línea media ni paraestomal entre los grupos. Se realizó la sutura del defecto en un 25% de la muestra de la técnica sándwich y en todos (100%) los de la técnica retromuscular (p: 0,003). Se empleó preferente la malla de fluoruro de polivinilideno (PVDF - DynaMesh[®]) en la técnica sándwich (91,7%) y de polipropileno en la técnica retromuscular (71,5%). Las mallas de la técnica retromuscular fueron de mayor superficie que en la técnica sándwich (625 cm² [RIQ: 600-750] vs. 500 [500 - 600]; p: 0,005). El tiempo quirúrgico fue más prolongado en la técnica de retromuscular, sin diferencias estadísticamente significativas. No hubo diferencias significativas en las complicaciones precoces, con menor tasa de seroma en la técnica retromuscular (14,3% vs. 41,7%). El seguimiento a largo plazo fue mayor en la técnica sándwich (24 meses [IQR: 12,3-32,1]) que en la técnica retromuscular

(1,6 meses [1,0-8,2]). La tasa de recidiva fue del 25% (3/12) con la técnica sándwich y del 14,3% (1/7) con la técnica retromuscular (p: 1,000).

Técnica sándwich de Berger *et al.*



1. Liberación de adherencias y reducción del saco herniario



2. Colocación de malla *keyhole*

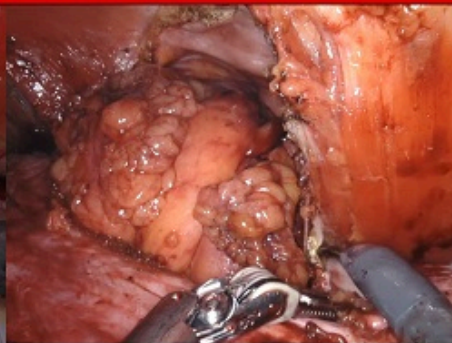


3. Malla superpuesta y lateralización de la colostomía

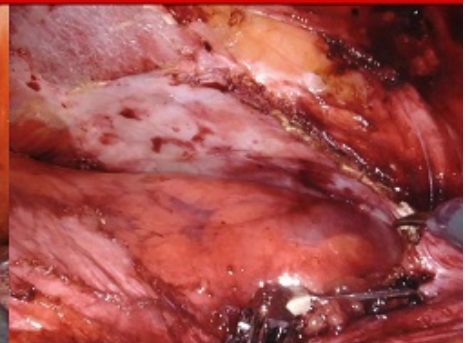
Técnica retromuscular de Pauli *et al.*



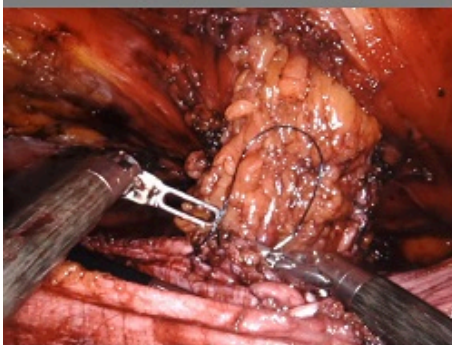
1. Disección retromuscular



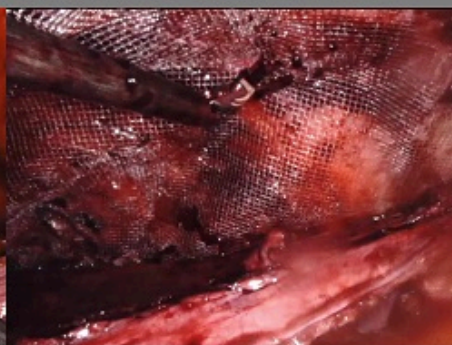
2. Disección de la colostomía



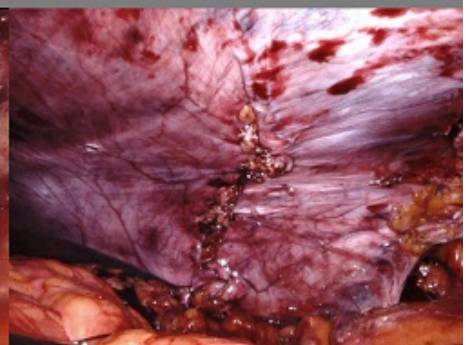
3. Liberación del músculo transverso del abdomen



4. Sutura para la lateralización de la colostomía



5. Colocación de malla retromuscular



6. Resultado final

Conclusiones: La técnica retromuscular robótica para la hernia paraestomal es un procedimiento demandante que permite evitar la colocación de la malla en posición intraabdominal, con similar porcentaje de complicaciones precoces y resultados de recidiva prometedores a falta de un seguimiento posoperatorio más amplio, por lo que es nuestra técnica de elección en la actualidad.