



P-014 - RESULTADOS DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL EN PACIENTES PORTADORES DE UROSTOMÍAS

Muñoz Rodríguez, Joaquín¹; López Monclús, Javier¹; Robin Valle de Lersundi, Álvaro²; Blázquez Hernando, Luis³; Polaino, Verónica¹; Martín Rodrigo, Pilar¹; Gil Cidoncha, Lucia¹; García Ureña, Miguel Ángel²

¹Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; ²Hospital de Henares, Coslada; ³Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Objetivos: Se desconoce el mejor tratamiento en la reconstrucción de pared abdominal en pacientes portadores de urostomías. Nuestro estudio tiene como objetivo analizar y evaluar los resultados obtenidos en pacientes intervenidos por hernias incisionales (HI) que asocien urostomía o hernias parastomales de urostomía en una unidad multicéntrica de pared abdominal compleja utilizando técnicas de separación posterior de componentes con reconstrucción tipo *keyhole*.

Métodos: Se identificaron a los pacientes intervenidos en tres centros con amplia experiencia en pared abdominal compleja por HI que asocien urostomía o hernias parastomales de urostomía a partir de una base de datos multicéntrica mantenida de forma prospectiva. Se han analizado las complicaciones posquirúrgicas y los resultados a largo plazo, como recurrencia, dolor y abultamiento.

Resultados: Se identificaron 12 pacientes. Hubo 8 pacientes con HI de línea media y hernia paraestomal de la urostomía (66,7%), 3 pacientes con una hernia paraestomal (25%) y un paciente con HI de línea media sin defecto paraestomal en el que se realizó un *keyhole* profiláctico en la urostomía (8,3%). Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron: 8 separaciones posteriores de componentes (SPC) TAR bilateral con *keyhole* en el estoma y 4 (33,3%) técnicas de SPC TAR unilateral con *keyhole* en el estoma). En todos los pacientes se realizó una reconstrucción con doble malla, asociando a la malla permanente una malla sintética absorbible. Se registraron 3 (25%) eventos del sitio quirúrgico: un seroma, un hematoma y una infección de herida quirúrgica. Solo el paciente con la infección de herida requirió desbridamiento (8,3%), sin precisar el resto de eventos ningún tipo de intervención. Durante un seguimiento medio de 22,20 (± 25,53) meses, no se identificaron recurrencias sobre la línea media, pero se diagnosticaron 4 recurrencias herniarias a nivel de la urostomía (33,3%), dos sintomáticas a la exploración clínica y dos visualizadas en las pruebas de imagen de control oncológico. Únicamente los dos pacientes con recurrencia sintomática se reintervinieron (16%), realizándose en ambos casos una reparación de tipo Sugarbaker. No se identificaron casos de abultamiento de la pared abdominal, infección crónica de malla, dolor crónico o mortalidad en la serie.

Conclusiones: Las técnicas de separación posterior de componentes asociando una reparación tipo *keyhole* en el estoma para el tratamiento de HI combinadas de línea media y paraestomal o hernias parastomales presentan un alto índice de recidiva en nuestra serie. Es necesario valorar los

resultados a largo plazo de otras técnicas quirúrgicas en pacientes portadores de estomas.