



P-547 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE DE LA HERNIA PARAESTOMAL INCARCERADA ASOCIADA A UROSTOMÍA

Trallero Anoro, Marta Gisela; Carbonell Tatay, Fernando; Carreño Sáenz, Omar; Campos Máñez, Jorge; García Fadrique, Alfonso; Caballero Soto, María; Estevan Estevan, Rafael

Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

Resumen

Introducción: La incidencia de hernia paraestomal asociada a urostomía tipo conducto ileal es del 5-65% según la publicación. La indicación de cirugía programada se establece según la sintomatología. La reparación urgente es menos frecuente, existen múltiples publicaciones sobre complicaciones agudas de hernias de estomas digestivos, pero pocas sobre cirugías urgentes en hernias asociadas a urostomía, por lo que consideramos interesante comentar nuestra experiencia al respecto.

Casos clínicos: Presentamos tres casos clínicos de oclusión intestinal por hernia paraestomal incarcerada asociada a conducto ileal (tras cistectomía por carcinoma urotelial vesical), intervenidos de manera urgente en nuestro hospital. En los tres casos se realizó una laparotomía exploradora para revisar la cavidad abdominal y no fue necesaria una resección intestinal. La reparación de la hernia paraestomal fue la siguiente: en el caso 1 (paciente con enfermedad metastásica y neumonía asociada) se suturaron los bordes de la fascia del orificio del estoma ajustándolo al conducto ileal, sin utilizar prótesis. En el caso 2 (paciente libre de enfermedad) se corrigió la hernia con una malla plana compuesta intraperitoneal salvando la zona del asa de urostomía, sutura de la línea media y colocación de otra malla de polipropileno supraaponeurótica rodeando el orificio del estoma. En el caso 3 (paciente libre de enfermedad) se suturaron los bordes de la fascia del orificio del estoma ajustándolo al conducto ileal. Se cerró la línea media sin tensión y no se colocó prótesis. La decisión de qué tipo de técnica utilizar y si asociar prótesis en cada caso se realizó en base a: 1) la situación oncológica del paciente (libre de enfermedad o no); 2) estado general del paciente (edad, movilidad, obesidad, estado nutricional, tratamientos crónicos, etc.); 3) la presencia de eventración de línea media asociada; 4) el tamaño del orificio de la eventración paraestomal; 5) la tensión en la pared tras el cierre y 6) la urgencia del procedimiento (contaminación del campo quirúrgico, situación de sepsis, peritonitis, necesidad de resección intestinal, etc.). En el primer caso se solucionó la oclusión intestinal pero el paciente falleció al mes de la intervención por deterioro general secundario a la progresión de su enfermedad metastásica. En el caso 2 y 3 no hubo complicaciones posoperatorias, y en la revisión a los 30 y 70 meses tras la cirugía no presentaron recidiva clínica ni radiológica de la hernia paraestomal.

Discusión: Las complicaciones agudas de las hernias paraestomales de conductos ileales que requieren cirugía urgente no son muy frecuentes, pero cuando ocurren, hay factores como la

situación oncológica del paciente, su estado general, la contaminación del campo quirúrgico, el tamaño del defecto o la presencia de eventración de línea media, que deben considerarse en la técnica quirúrgica a emplear en la reparación de la pared abdominal. No hay evidencia suficiente en las guías clínicas sobre el tipo de malla o el lugar de la colocación para su reparación que se asocie a menor riesgo de complicaciones o recidiva.