



## O-179 - TÉCNICA *FULL STAPLED MESH* (FULL-SM) COMO PROFILAXIS DE HERNIA PARAESTOMAL. DETALLES TÉCNICOS Y RESULTADOS

Polaino Moreno, Verónica; García Pavía, Arturo; Román García de León, Laura; López Monclús, Javier; Fernández Rodríguez, Manuel; Fidalgo Martínez, Celia; Sánchez Movilla, Arsenio; Alonso Sebastián, Isabel

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

### Resumen

**Introducción:** La creación de un estoma es, por definición, la formación de una hernia. La incidencia de hernia paraestomal (HP) se estima alrededor del 50% en la literatura. Nuestro grupo de Coloproctología se ha centrado en los últimos años en reducir su prevalencia usando una malla profiláctica gradada circularmente al espesor completo de la pared. La técnica Full Stapled Mesh (FULL-SM) se desarrolló en 2019, con el objetivo de construir un anillo rígido de polipropileno para la externalización del estoma.

**Objetivos:** El objetivo del estudio es describir la técnica quirúrgica y comparar nuestros resultados entre los pacientes de la cohorte FULL-SM y cohorte sin malla profiláctica.

**Métodos:** Se presenta un estudio unicéntrico, retrospectivo, que incluye pacientes sometidos a cirugía donde se genera un estoma terminal, entre enero 2019 y diciembre 2023. Los pacientes operados en cirugía de urgencia fueron excluidos. Se registraron variables demográficas, indicación de cirugía y complicaciones posoperatorias, incluido el desarrollo de HP y complicaciones asociadas al estoma, y fueron comparadas entre los dos grupos. Técnica quirúrgica: la técnica FULL-SM se realiza tanto en cirugía abierta como en cirugía mínimo invasiva, empleando diferentes diámetros de grapadora circular para ileostomía (21-25 mm) y colostomía (26-29 mm). El anvil se inserta a la cavidad peritoneal a través de la incisión de extracción de la pieza o a través del periné en la amputación abdominoperineal. Se incide circularmente en la piel y tejido celular subcutáneo en el sitio del estoma premarcado, y la pared abdominal es perforada de manera puntiforme para extraer el eje del anvil. Se utiliza una malla de polipropileno circular, con diámetro aproximado de 4-5 cm, a través de la cual se introduce el anvil. Secuencialmente, la grapadora se encaja, cierra gradualmente y dispara (bajo visión directa del contenido intraabdominal) para anclar la malla al espesor total de la pared. El exceso de malla permanece sin fijación sobre la fascia anterior del recto abdominal.

**Resultados:** Sesenta y nueve pacientes fueron sometidos a estoma definitivo en nuestro periodo de estudio. Tras excluir 23 cirugías urgentes, la cohorte final está compuesta por 46 paciente con una mediana de seguimiento de 19,85 meses. La técnica FULL-SM se empleó en 31 pacientes. No se encontraron diferencias entre el grupo FULL-SM y grupo sin malla en térmicos de complicación posoperatoria basada en Clavien-Dindo ( $p = 0,590$ ), estancia hospitalaria (media 12,06 vs. 16,40 días,  $p = 0,35$ ), día posoperatorio que comenzó a funcionar el estoma (media 3 vs. 3,21 días,  $p =$

0,078) ni en ninguna complicación posoperatoria asociada al estoma (9,7 vs. 20%,  $p = 0,297$ ). Ninguna complicación intraoperatoria fue descrita. No se observaron diferencias significativas en el porcentaje de HP en el grupo FULL-SM 46,7% (14 pacientes) comparado con 26,7% (4 pacientes) en el grupo sin malla profiláctica  $p = 0,167$ . Un paciente precisó recirugía por HP sintomática en el grupo sin malla, empleando la técnica Sugarbaker.



**Conclusiones:** La técnica FULL-SM es segura, pero no ha demostrado disminuir el desarrollo de HP en nuestro estudio.