

Hernia paraestomal. Reparación urgente

Parastomal hernia. Emergency repair



La hernia paraestomal (HP) es la complicación más frecuente después de crear un estoma, apareciendo hasta en el 48% de los casos¹. Existe una manifiesta falta de información en la literatura respecto al tratamiento de la hernia paraestomal en un contexto urgente (HPU). Actualmente, no disponemos de estudios que evalúen específicamente los resultados y las características del tratamiento de la HPU. Existen datos indirectos en algunos registros que analizan la incidencia de la HPU en grupos de pacientes intervenidos de una HP² o los factores de riesgo para la morbimortalidad y recurrencia en la cirugía de la HP, donde la HPU parece ser un factor asociado a la reintervención o muerte en los primeros 30 días del

postoperatorio³ o donde la edad mayor de 70 años puede incrementar el riesgo de morbimortalidad en el contexto de una HPU⁴. Tampoco se encuentra una orientación sobre la mejor manera de tratar una HPU en las guías publicadas sobre el manejo de la HP⁵. Probablemente, la mayoría de cirujanos cuando nos enfrentamos a una HPU manejamos en la toma de decisiones esos datos indirectos mencionados anteriormente y otros «datos» aprendidos durante nuestra formación por transmisión «maestro-aprendiz» difícilmente cuantificables y fruto de la experiencia, como por ejemplo, evitar en la mayoría de los casos el uso de una malla sintética no absorbible si hay una isquemia o resección intestinal⁶.

Tabla 1 – Características descriptivas de la hernia paraestomal urgente

Variable	Descriptivo global (n = 24)	Colostomía terminal (n = 14)	Ileostomía terminal (n = 4)	Ileostomía tipo Bricker (n = 4)	Ileostomía lateral (n = 2)
Edad, media, DE	73,5 (11,7)	78,5 (9,3)	65,5 (8,3)	70 (17,9)	63 (3)
Sexo	7 ♀	6 ♀	0 ♀	1 ♀	0 ♀
Índice de masa corporal, media, DE	28,5 (6,4)	27,7 (5,8)	32,7 (7,9)	26,6 (6,6)	26,5 (0,5)
Fumador	4	2	1	1	0
DM	6	3	0	3	0
EPOC	6	5	0	1	0
Cardiopatía	8	4	0	3	1
Índice de Charlson, media, DE	4,7 (2,7)	4,3 (2,5)	4 (2,4)	5,5 (4)	6,5 (2,5)
0 puntos	3	2	0	1	0
2 puntos	2	1	1	0	0
> 3 puntos	19	11	3	3	2
Técnica quirúrgica					
Reparación estoma in situ	16	9	3	4	0
Reparación con trasposición estoma	6	5	1	0	0
Cierre de estoma	2	0	0	0	2
Técnica prefascial con malla (keyhole)	8	4	2	2	0
Técnica retromuscular con malla (keyhole)	4	3	0	1	0
Confección de novo sin malla	6	5	1	0	0
Rafia con malla plana prefascial	1	0	0	0	1
Cierre definitivo estoma					
Rafia sin malla	5	2	1	1	1
Tipo de malla	12 poliprop, 1 absorb	6 poliprop, 1 absorb	2 poliprop	3 poliprop	1 poliprop
Hernia media asociada	8	4	2	1	1
Morbimortalidad y seguimiento					
Clavien-Dindo					
I	7	5	1	0	1
II	4	1	1	2	0
III (IIIA, IIIB)	3 (2 IIIA, 1 IIIB)	1 (1 IIIB)	1 (1 IIIA)	1 (IIIA)	0
IV (IVA, IVB)	8 (6 IVA, 2 IVB)	7 (6 IVA, 1 IVB)	0	0	1 IVB
V	2	0	1	1	0
SSI	5	4	1	0	0
Recidiva	10	5	3	1	1
Exitus	2	0	1	1	0
Seguimiento (meses), mediana, rango intercuartil (25-75)	24 (12-30)	30 (24-38)	72 (8,5-138)	3,5 (1,5-15)	15 (16)

DE: desviación estándar; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En el contexto previo, presentamos la experiencia de nuestro centro en el manejo de la HPU durante 12 años (2007-2019). Se ha realizado un análisis descriptivo de una serie de 24 pacientes con una HPU con el objetivo de añadir valoraciones de interés en una afección quirúrgica donde los datos específicos presentes en la literatura son prácticamente nulos.

Durante el periodo de estudio, 244 ostomías fueron atendidas en urgencias por diferentes motivos, de estas 41 (16,8%) eran HP y entre ellas 24 (9,8%) requirieron una intervención urgente (tabla 1). La HPU puede tener una incidencia baja en el contexto de las urgencias relacionadas con las ostomías. Sin embargo, una vez en urgencias la hernia puede necesitar, en un porcentaje alto, una intervención quirúrgica. En nuestros casos la intervención urgente fue necesaria en el 58,5%. Mayoritariamente las HPU consistieron en ostomías definitivas del tipo de las colostomías terminales (14 casos [58,3%]), aunque también se intervinieron otras ostomías definitivas como las ileostomías terminales y las ileostomías tipo Bricker, e incluso ostomías temporales como las ileostomías laterales. Los pacientes fueron mayoritariamente varones, con una elevada comorbilidad (índice de Charlson > 3 puntos en 19 [79,1%] pacientes y una edad media por encima de los 70 años). El Índice de Charlson elevado y la edad mayor de 70 años se asocian a una mortalidad alta^{4,7}. Se objetivaron en total 2 fallecimientos. Creemos que el porcentaje es elevado (8,3%), asociándose probablemente a la edad y comorbilidades presentes. Sin embargo, estos casos correspondieron a algún grupo de edad media más baja y ostomías menos frecuentes, como la ileostomía terminal o la ileostomía tipo Bricker. La técnica quirúrgica seleccionada para la reparación de la HPU fue mayoritariamente *in situ* (16 [66,6%] pacientes) sin trasposición del estoma y en los 2 casos de ileostomía temporal lateral el estoma se cerró definitivamente. La malla sintética no absorbible (polipropileno) se utilizó en 12 (50%) de los casos, independientemente del tipo de estoma y de ser una cirugía como mínimo limpia-contaminada. Puede que en la decisión de colocar la malla influyera no solo el tipo de cirugía sino también la necesidad de reparar de forma concomitante una hernia incisional media asociada, la cual se observó en 8 (33,3%) pacientes. La infección del sitio quirúrgico (SSI) fue elevada objetivándose en 5 (20,8%) pacientes, lo cual puede ser de esperar en una cirugía de urgencias y como mínimo limpia-contaminada. De acuerdo a la clasificación de Clavien-Dindo⁸, todos los pacientes realizaron alguna complicación postoperatoria siendo en más de la mitad a partir del grado III, es decir, requiriendo intervención quirúrgica o radiológica, siendo complicaciones que amenazaban la vida con necesidad de tratamiento en unidades de cuidados intermedios o intensivos y finalmente mortalidad. La recidiva de la HP fue alta apareciendo en 10 (41,6%) pacientes tras una mediana de seguimiento de 24 meses (IQR: 12-30), poniendo de manifiesto la clásica alta tasa de recidivas descritas tras la intervención quirúrgica de una HP⁹, que probablemente este incrementada en esta serie por ser cirugías urgentes con un elevado índice de complicaciones postoperatorias.

La cirugía de la HPU parece poco frecuente, sin embargo, puede que esté unida a la presencia de complicaciones graves

y mortalidad elevada en el postoperatorio¹⁰, así como un elevado índice de recidivas. Mostramos en este escrito la experiencia en un periodo de tiempo de un hospital de alto volumen. Creemos que esta experiencia es de interés para conocer mejor algunos datos específicos de esta afección en un contexto urgente. Sin embargo, es imprescindible registrar los casos relacionados con la HPU en registros como el EVEREG¹¹, avalado por la Asociación Española de Cirujanos, para obtener información a mayor escala de esta esquivada afección urgente, y que podría contribuir a una guía de prevención y tratamiento en un futuro.

Financiación

Este trabajo no ha sido financiado por ningún tipo de fondos público o privado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carne PW, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia. *Br J Surg.* 2003;90:784-93. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.4220>.
2. Odensten C, Strigård K, Dahlberg M, Gunnarsson U, Näsval P. Parastomal Hernia Repair; Seldom Performed and Seldom Reported: Results From a Nationwide Survey. *Scand J Surg.* 2018;19. <http://dx.doi.org/10.1177/1457496918818984>.
3. Helgstrand F, Rosenberg J, Kehlet H, Jorgensen LN, Wara P, Bisgaard T. Risk of morbidity, mortality, and recurrence after parastomal hernia repair: A nationwide study. *Dis Colon Rectum.* 2013;56:1265-72. <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0b013e3182a0e6e2>.
4. Gregg ZA, Dao HE, Schechter S, Shah N. Paracolostomy hernia repair: Who and when? *J Am Coll Surg.* 2014;218:1105-12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.01.054>.
5. Antoniou SA, Agresta F, Garcia Alamino JM, Berger D, Berrevoet F, Brandsma HT, et al. European Hernia Society guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias. *Hernia.* 2018;22:183-98. <http://dx.doi.org/10.1007/s10029-017-1697-5>.
6. Hotouras A, Murphy J, Thaha M, Chan CL. The persistent challenge of parastomal herniation: A review of the literature and future developments. *Colorectal Dis.* 2013;15:e202-14. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.12156>.
7. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40:373-83.
8. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg.* 2004;240:205-13. <http://dx.doi.org/10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae>.
9. Aquina CT, Iannuzzi JC, Probst CP, Kelly KN, Noyes K, Fleming FJ, et al. Parastomal hernia: A growing problem with new solutions. *Dig Surg.* 2014;31:366-76. <http://dx.doi.org/10.1159/000369279>.
10. Gavigan T, Rozario N, Matthews B, Reinke C. Trends in parastomal hernia repair in the United States: A 14-y review. *J Surg Res.* 2017;218:78-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2017.04.030>.
11. Pereira JA, López-Cano M, Hernández-Granados P, Feliu X, en representación del grupo EVEREG. Initial results of the National Registry of Incisional Hernia. *Cir Esp.* 2016;94:595-602. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.09.008>.

Mireia Verdaguer, Mariona Jofra, Víctor Rodrigues, Daniel Rosselló-Jiménez y Manuel López-Cano*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlpezcano@gmail.com (M. López-Cano).

Unidad de Cirugía de Pared Abdominal, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.07.012>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Estrategia de manejo quirúrgico en tumores de bajo potencial maligno de localización ampular. Presentación de un caso de paraganglioma gangliocítico



Surgical management strategy in ampullary tumors with low malignant potential: Presentation of a patient with a gangliocytic paraganglioma

Los tumores neuroendocrinos (TNE) comprenden diversas entidades, entre las que se encuentran los paragangliomas gangliocíticos. Los paragangliomas son tumores raros compuestos por 3 tipos celulares: fusiformes, epitelioides y ganglionares¹⁻⁵. La identificación de estos 3 componentes, cuya proporción varía entre cada tumor, es esencial para su diagnóstico. Se localizan más frecuentemente en el duodeno, habitualmente en la región periampular, y su pronóstico suele ser bueno tras su exéresis. Al diagnóstico, el 10% presentan afectación ganglionar y el 1% metástasis hepáticas^{4,6}.

Describimos el caso de una mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que a raíz de presentar una epigastralgia se realiza estudio mediante fibrogastroscoopia que objetiva una lesión a nivel de la segunda porción duodenal yuxtapapilar compatible con un TNE. Se realiza una ecoendoscopia que evidencia dicha lesión bien delimitada, homogénea e hipoeoica, de unos 16 × 9 mm en la capa mucosa, con preservación de planos profundos y discreta dilatación del conducto de Wirsung de hasta 3,3 mm; no se observan adenopatías patológicas. El aspecto por visión endoscópica apuntaba a la posibilidad de un tumor del estroma gastrointestinal o un leiomioma. El estudio anatomopatológico de la biopsia endoscópica muestra infiltración de la submucosa y la lámina propia por TNE G2 (Ki67 4%). Por las características de la lesión se desestima su exéresis endoscópica.

Se realiza un octreoscan, que no muestra evidencias de acumulación del radiotrazador que apunte a una tumoración con receptores de somatostatina. En la TC abdominal con contraste intravenoso se observa el nódulo de unos 17 mm en la región periampular, que produce una mínima ectasia del colédoco y del Wirsung, y descarta la presencia de diseminación ganglionar o metástasis a distancia (fig. 1).



Figura 1 – TC abdominal: lesión de unos 17 mm (asterisco) localizada en el área periampular. Mínima ectasia del colédoco (flecha negra) y del conducto de Wirsung (flecha blanca).

Al tratarse de un tumor pequeño, con un índice proliferativo bajo (Ki67) y sin diseminación a distancia, se realiza ampulectomía transduodenal con reanastomosis del Wirsung y de la vía biliar a la mucosa duodenal. Intraoperatoriamente se realiza un análisis anatomopatológico que confirma márgenes de resección libres. El análisis definitivo indica que se trata de un paraganglioma gangliocítico de 17 × 12 mm