



www.elsevier.es/cirugia

P-623 - HERNIA PARAESTOMAL COMPLICADA Y SU MANEJO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Roldán Ortiz, Susana; Bazán Hinojo, M^a del Carmen; Peña Barturen, Catalina; Gómez Sánchez, Tatiana; Pacheco García, Jose Manuel

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: La hernia paraestomal es la complicación tardía, más frecuente de los estomas, siendo su intervención de urgencia poco habitual y existiendo casos esporádicos descritos.

Caso clínico: Paciente varón de 80 años, fumador, portador de colostomía terminal definitiva desde los 65 años tras traumatismo ano-rectal. Eventoplastia con colocación de malla en hernia paraestomal con 72 años, con posterior buena evolución. Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y estreñimiento de 2 días de evolución. A la exploración destaca un abdomen distendido, timpanizado con dolor de forma difusa y hernia paraestomal no reductible, acompañado de colostomía no funcionante ni a gases ni heces. En pruebas complementarias, no presenta alteraciones analíticas y se solicita Tc abdominal que informa de hernia paraestomal con asa de intestino delgado (ID) en su interior que ocasiona cuadro obstructivo y perforación del asa intestinal dentro del saco herniario. Ante los hallazgos, se decide cirugía urgente mediante un abordaje laparotómico encontrándose una hernia paraestomal con asa de ID estrangulada en su interior y perforada, fibrosis intensa por malla previa y peritonitis generalizada. Se realiza resección y anastomosis de ID, junto al cierre de aponeurosis estomal desde intraabdominal. Postoperatorio favorable, con estancia prolongada por cuadro de insuficiencia respiratoria.

Discusión: Entre las complicaciones tardías que pueden presentar una colostomía son problemas cutáneos, retracción, estenosis, prolapso, obstrucción o hernia. La hernia paraestomal es definida como hernia incisional relacionada con un estoma abdominal, con una incidencia según bibliografía del 27-53% apareciendo la mayoría durante los dos años a su realización. Más frecuente en colostomía y estomas terminales. Habitualmente son asintomáticas o molestias locales y en aplicación de dispositivo colector. En la literatura aunque no existen grandes series, la obstrucción intestinal puede presentarse hasta en 40% de los pacientes y en ocasiones, como en nuestro paciente, asociada a perforación intestinal. El diagnóstico es clínico, siendo la tomografía axial computarizada recomendable en hernias voluminosas, patologías asociadas y en urgencias. Las opciones quirúrgicas dependen de los hallazgos: abordaje local vs laparotómico, reubicación de estoma o no, prótesis vs cierre simple.