



P-521 - EVENTRACIONES COMPLEJAS TRAS DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER: UN RETO, DOS SOLUCIONES

Ramiro Pérez, Carmen; Manuel Vázquez, Alba; Latorre Fragua, Raquel; López Marcano, Aylhin Joana; Diego García, Lucía; Gijón de la Santa, Luis; de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Objetivos: Describir opciones técnicas en eventraciones periostomales de Bricker asociadas a grandes eventraciones de línea media. Las hernias paraestomales representan un problema clínico frecuente en los pacientes con derivaciones urinarias. Su reparación quirúrgica es todavía un reto, debido a las potenciales complicaciones y a la alta tasa de recurrencia. Se presentan dos casos clínicos y revisión de la literatura.

Casos clínicos: Caso 1: varón, 74 años, con antecedentes de deterioro cognitivo moderado y EPOC, intervenido de cistoprostatectomía radical con reconstrucción tipo Bricker 2 años antes. En seguimiento por Urología por ITUs de repetición, se solicita TAC, en el que se observa dilatación ureteropielíctica derecha, considerada secundaria a compresión de la anastomosis uretero-ileal en el saco herniario periostomal. A la exploración, eventración supraumbilical grande reductible y eventración paraestomal con saco herniario derecho, lateral al asa de la derivación urinaria tipo Bricker, sin complicación aguda. Dada la patología urológica asociada a la eventración paraestomal, se decide intervención quirúrgica, realizándose eventroplastia intraperitoneal tipo *keyhole* modificada con malla IPST® (Dynamesh), fijada con Securestrap®, y eventroplastia intraperitoneal de línea media con malla de ventralight®, cerrando, por encima de ésta, la hoja anterior junto con parte del saco herniario para cubrirla. El paciente es dado de alta a los 8 días (Clavien II; CCI 20,9). TAC a los 6 meses mostrando vía excretora de calibre normal. A los 8 meses de seguimiento, el paciente continua asintomático. Caso 2: varón de 71 años, intervenido por eventración muy sintomática tras derivación tipo Bricker. Presenta defecto en línea media de 15 cm de diámetro y defecto periostomal de 5 cm. Se realiza resección parcial del saco periostomal y colocación de malla parietex® con técnica de Sugarbaker modificada, cerrando la hoja anterior del músculo recto en orificio periostomal. En línea media se realiza eventroplastia tipo Rives en lado contralateral, y cierre de hoja anterior de un lado con la posterior de otro, con malla supraaponeurótica en el lado del estoma. En el postoperatorio presenta un fragmento de mucosa del estoma isquémica y congestiva, que se va delimitando y desprendiendo, estando siempre funcionante. Presenta un Clavien IIIa y CCI de 33,5. A los 9 meses se realiza TAC de control sin datos de recidiva.

Discusión: Se han descrito varias técnicas abiertas y laparoscópicas para reparar las hernias paraestomales en caso de derivaciones tipo Bricker, pero no existe consenso en la técnica a utilizar. La técnica de Sugarbaker ha mostrado la tasa de recurrencia más baja en eventraciones paraestomales, pero la aplicabilidad en caso de derivación urinaria es problemática por el riesgo teórico de compresión por malla. En nuestro caso hasta el momento no se ha presentado ninguna complicación con esta técnica. Otra opción disponible es la técnica de *keyhole*, que presenta más riesgo de recidiva, aunque se puede modificar la misma con la utilización de una

malla IPST como hemos descrito. Existen pocos casos publicados de técnica de *keyhole* modificada en este tipo de pacientes, por lo que serán necesarios más estudios para ver los resultados a largo plazo.