



VC-110 - TÉCNICA DE KEYHOLE LAPAROSCÓPICA PARA LA REPARACIÓN DE LA HERNIA PARAESTOMAL PREVIA OPTIMIZACIÓN CON TOXINA BOTULÍNICA Y NEUMOPERITONEO

Reguero Fernández, Cristina; Carreño Sáenz, Omar; Úbeda Belmonte, Vicent; Bueno Lledó, Jose; García Pastor, Providencia; Bonafé Diana, Santiago; Pareja Ibars, Victoria; Pous Serrano, Salvador

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Las hernias paraestomales constituyen una de las complicaciones más frecuentes tras la realización de un estoma, con una prevalencia que puede llegar a alcanzar el 100% en función del tiempo de seguimiento. La reparación quirúrgica está indicada en el caso de defectos sintomáticos o que asocien complicaciones.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 52 años que desarrolló una fístula recto-vaginal tras una histerectomía, requiriendo la realización de una colostomía definitiva que se confeccionó en forma de colostomía en asa. Es derivada a nuestra consulta ante la sospecha de una hernia paraestomal. Se solicita una tomografía computarizada en Valsalva que confirma la sospecha diagnóstica, objetivando un diámetro transversal del orificio herniario de 6,76 cm y un índice de Tanaka del 19,54%. Tras presentar el caso en comité de pared abdominal compleja, se decide realizar una prehabilitación de la pared abdominal con infiltración de toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo. Un mes antes de la intervención se realiza la infiltración de toxina botulínica en dos puntos por lado y diez días antes de la cirugía se inserta el catéter de neumoperitoneo, con un objetivo de volumen a administrar de 5 litros. Se planifica su administración y el día previo a la cirugía se realiza una tomografía computarizada para reevaluación, que muestra un incremento de volumen de la cavidad abdominal del 23%, con una elongación y adelgazamiento de la musculatura de la pared abdominal lateral. Se realizó un abordaje laparoscópico con inserción de un trócar óptico y dos trócares de 5 mm, ampliando posteriormente uno de ellos a 12 mm. En primer lugar, se liberaron las adherencias del epiplón mayor a la pared abdominal anterior, procediendo después a una dificultosa adhesiolisis de asas de intestino delgado al saco herniario. Intraoperatoriamente se objetivó un pequeño defecto de línea media asociado al defecto paraestomal. Ambos se cerraron con una sutura continua de material irreabsorbible. Posteriormente, se colocó una malla Synecore® de 15 × 15 cm según la técnica de KeyHole, que se fijó mediante *tackers* reabsorbibles. La paciente fue dada de alta sin incidencias al segundo día posoperatorio.

Discusión: Las hernias paraestomales constituyen uno de los principales problemas a largo plazo en pacientes ostomizados. Pese a los avances en las técnicas quirúrgicas, las tasas de recurrencia siguen constituyendo un desafío. Sin embargo, en casos seleccionados, la reparación mediante

abordaje mínimamente invasivo es posible, con resultados que pueden ser satisfactorios. En este contexto la prehabilitación con toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo nos puede ser de ayuda.