



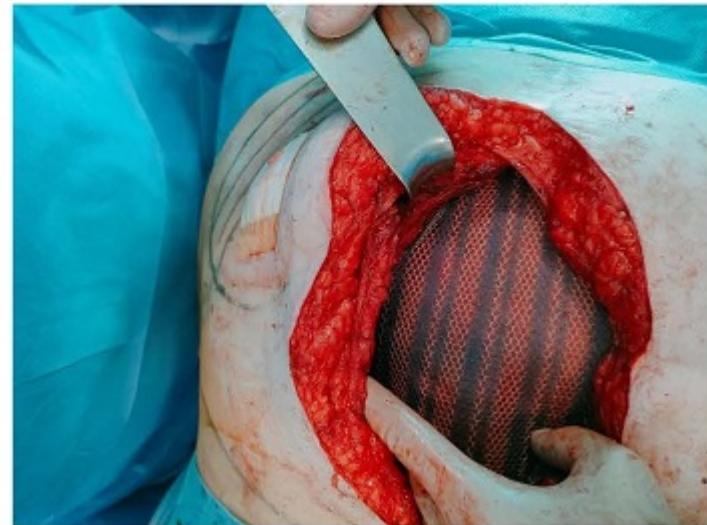
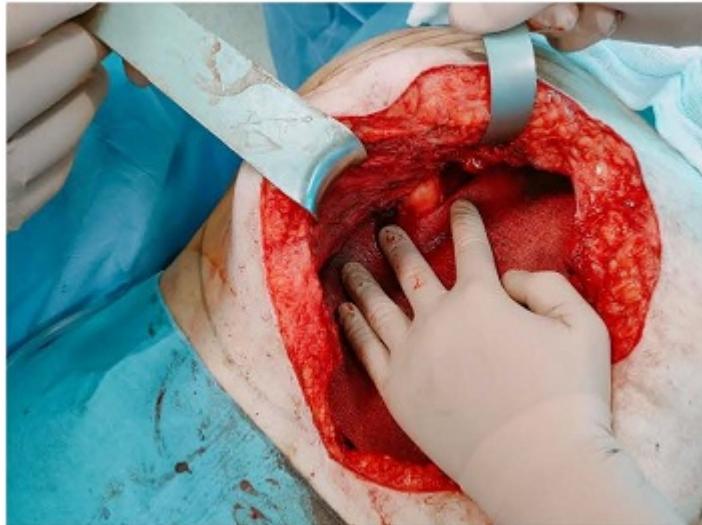
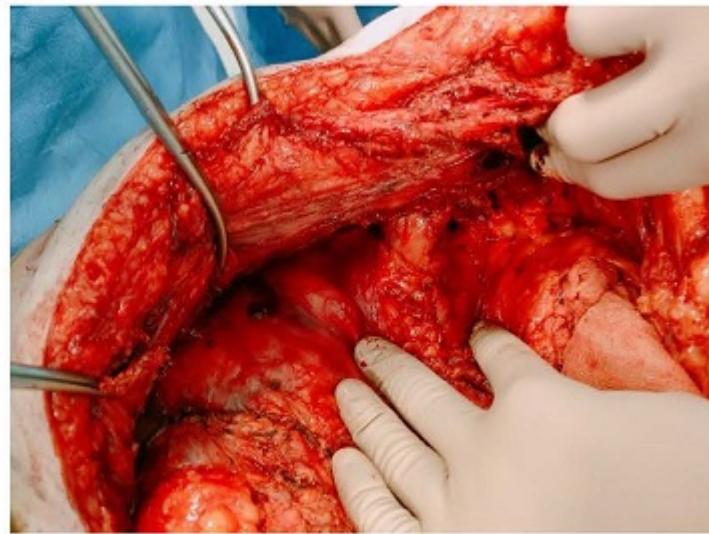
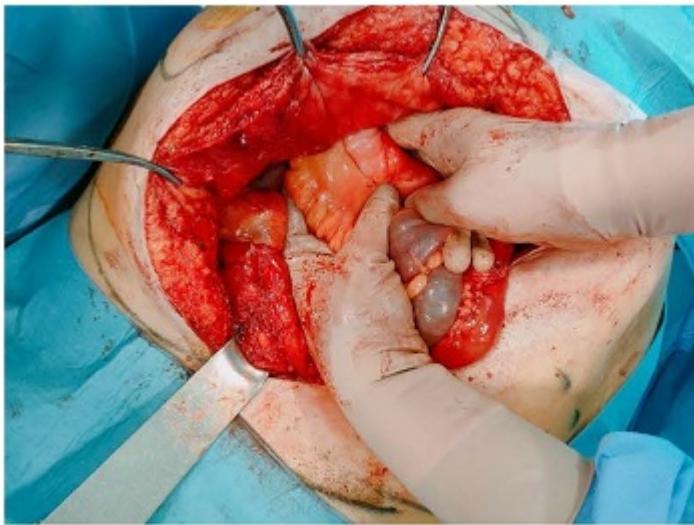
P-521 - HERNIA PARAESTOMAL, ¿ESPIRAL DE INTERVENCIONES O MANEJO CONSERVADOR?

Infantes Ormad, Marina; Curado Soriano, Antonio; Scamon, Andrea; Naranjo Fernández, Juan Ramón

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 60 años con antecedentes de proctocolectomía total e ileostomía por colitis ulcerosa en 2010. Reintervenida en 2016 por una hernia paraestomal, realizándose una hernioplastia tipo *keyhole* y una eventroplastia de línea media según técnica de Rives. Se realiza una segunda reintervención por recidiva en 2017 con transposición de ileostomía a fosa iliaca izquierda e inserción de malla de polipropileno preperitoneal profiláctica retromuscular. Acude en varias ocasiones a urgencias por cuadros suboclusivos que se manejan de manera conservadora de inicio, y ante la repetición de los mismos, se realiza intervención quirúrgica programada mediante Sugarbaker en 2018. Se produce de nuevo recidiva clínica y radiológica de tipo IV con gran defecto de pared. En la última intervención se realiza técnica de Pauli con colocación de una malla biosintética y de polipropileno conformada. La evolución posquirúrgica es favorable sin complicaciones al alta y sin recidiva a 12 meses de seguimiento.



Discusión: La complejidad del tratamiento de la hernia paraestomal estriba en mantener en el tiempo la reparación y evitar la recidiva. Son varias las técnicas que se han empleado para el tratamiento de la misma, siendo dos técnicas las que principalmente se realizan hoy día, *keyhole* como tratamiento profiláctico durante la confección de la ostomía, y Sugarbaker para la reparación. En nuestra experiencia, a pesar de las mallas profilácticas, los pacientes siguen desarrollando hernias paraestomales, y en la reparación mediante Sugarbaker aumentan las recidivas conforme lo hace el tiempo de seguimiento. Por tanto, es necesario en estos casos tener un esquema de tratamiento planificado e individualizado para dar solución guiada a un problema complejo con pocas opciones. En el caso presentado se realizó disección y movilización de todos los planos de la pared y la colocación de varias mallas incluido la transposición del estoma, a pesar de lo cual, no conseguimos evitar las recidivas. En este punto necesitamos analizar si eran necesarias todas las intervenciones y/o todas las mallas o quizás debe imperar el concepto de realizar una correcta disección quirúrgica anatómica con autoplastia y usar la malla para fijar la misma. Ante la situación de la pared y las técnicas y mallas implantadas previamente pesamos que la técnica más adecuada para esta paciente era la realización de una corrección de Pauli con colocando una malla retromuscular y lateralizando la colostomía. Sin embargo, el desarrollo de la misma es técnicamente complejo y precisa de un conocimiento anatómico exhaustivo. Como conclusión, consideramos que es necesario a la hora de considerar la cirugía de la hernia paraestomal, tener en cuenta riesgos y beneficios y valorar si realmente le aportaremos mayor calidad de vida que la que tendría con su hernia paraestomal, sin asociar una morbilidad y mortalidad nada desdeñables, ante lo cual es necesario realizar planteamientos quirúrgicos dentro de un protocolo de indicaciones restrictivas y

muy precisas.