



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-014 - RESULTADOS DE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED ABDOMINAL EN PACIENTES PORTADORES DE UROSTOMÍAS

Muñoz Rodríguez, Joaquín<sup>1</sup>; López Monclús, Javier<sup>1</sup>; Robin Valle de Lersundi, Álvaro<sup>2</sup>; Blázquez Hernando, Luis<sup>3</sup>; Polaino, Verónica<sup>1</sup>; Martín Rodrigo, Pilar<sup>1</sup>; Gil Cidoncha, Lucía<sup>1</sup>; García Ureña, Miguel Ángel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; <sup>2</sup>Hospital de Henares, Coslada; <sup>3</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Se desconoce el mejor tratamiento en la reconstrucción de pared abdominal en pacientes portadores de urostomías. Nuestro estudio tiene como objetivo analizar y evaluar los resultados obtenidos en pacientes intervenidos por hernias incisionales (HI) que asocien urostomía o hernias parastomales de urostomía en una unidad multicéntrica de pared abdominal compleja utilizando técnicas de separación posterior de componentes con reconstrucción tipo *keyhole*.

**Métodos:** Se identificaron a los pacientes intervenidos en tres centros con amplia experiencia en pared abdominal compleja por HI que asocien urostomía o hernias parastomales de urostomía a partir de una base de datos multicéntrica mantenida de forma prospectiva. Se han analizado las complicaciones posquirúrgicas y los resultados a largo plazo, como recurrencia, dolor y abultamiento.

**Resultados:** Se identificaron 12 pacientes. Hubo 8 pacientes con HI de línea media y hernia paraestomal de la urostomía (66,7%), 3 pacientes con una hernia paraestomal (25%) y un paciente con HI de línea media sin defecto paraestomal en el que se realizó un *keyhole* profiláctico en la urostomía (8,3%). Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron: 8 separaciones posteriores de componentes (SPC) TAR bilateral con *keyhole* en el estoma y 4 (33,3%) técnicas de SPC TAR unilateral con *keyhole* en el estoma. En todos los pacientes se realizó una reconstrucción con doble malla, asociando a la malla permanente una malla sintética absorbible. Se registraron 3 (25%) eventos del sitio quirúrgico: un seroma, un hematoma y una infección de herida quirúrgica. Solo el paciente con la infección de herida requirió desbridamiento (8,3%), sin precisar el resto de eventos ningún tipo de intervención. Durante un seguimiento medio de 22,20 ( $\pm$  25,53) meses, no se identificaron recurrencias sobre la línea media, pero se diagnosticaron 4 recurrencias herniarias a nivel de la urostomía (33,3%), dos sintomáticas a la exploración clínica y dos visualizadas en las pruebas de imagen de control oncológico. Únicamente los dos pacientes con recurrencia sintomática se reintervinieron (16%), realizándose en ambos casos una reparación de tipo Sugarbaker. No se identificaron casos de abultamiento de la pared abdominal, infección crónica de malla, dolor crónico o mortalidad en la serie.

**Conclusiones:** Las técnicas de separación posterior de componentes asociando una reparación tipo *keyhole* en el estoma para el tratamiento de HI combinadas de línea media y paraestomal o hernias paraestomales presentan un alto índice de recidiva en nuestra serie. Es necesario valorar los resultados a largo plazo de otras técnicas quirúrgicas en pacientes portadores de estomas.