

Manejo quirúrgico de la hernia paraestomal

Dr. Juan Bernardo Medina Portillo

Introducción

Las eventraciones paraestomales están entre las complicaciones más frustrantes e incapacitantes de los estomas permanentes. La incidencia reportada a nivel mundial varía entre el 30 al 50% dependiendo de la duración del seguimiento.^{1,2} Además de las devastadoras y bien conocidas, aunque afortunadamente muy raras complicaciones de incarceration y estrangulación intestinal, la mayoría de los pacientes presentan síntomas menos severos pero no necesariamente menos incapacitantes. Éstas incluyen dolor local, irritación de la piel, limitaciones en la actividad física y en la vida diaria y empeoramiento de una ya alterada imagen corporal.²⁻⁴ Aunque los factores técnicos (por ejemplo, un gran defecto aponeurótico), localización de la ostomía por fuera del músculo recto o muy cerca de una prominencia ósea) pueden jugar un papel clave en el desarrollo de las eventraciones paraestomales,² los factores sistémicos como la obesidad, inmunosupresión, terapia con esteroides, tratamiento radiante local, infección y mala nutrición, también contribuyen en forma significativa a la herniación.

Las opciones quirúrgicas tradicionales de la reparación primaria de estas hernias paraestomales con o sin reposicionamiento de la ostomía han conducido a resultados desalentadores.³ Reportes recientes indican la factibilidad y eficacia de las reparaciones permanentes con mallas sintéticas y más recientemente, con materiales biológicos. De manera similar que en otros tipos de hernias abdominales, se han descrito una gran variedad de técnicas quirúrgicas. Las técnicas difieren en el abordaje quirúrgico, el tipo de la malla y la técnica para su colocación.

Las opciones terapéuticas incluyen reposicionamiento de la ostomía, reparación primaria y, más recientemente, reparación con malla.

La recolocación de la ostomía ha sido el método tradicional para la reparación de las eventraciones paraestomales. Las desventajas de esta técnica incluyen la pérdida potencial de más intestino, que es problemática en ciertos casos; longitud y movilidad inadecuadas del intestino y dificultad para disponer de una nueva ubicación apropiada. Además, una laparotomía completa es potencialmente necesaria, con el riesgo de futuros defectos aponeuróticos y otras complicaciones postoperatorias.^{4,5} Asimismo, los factores de riesgo potenciales

que llevaron a la herniación inicial (independientemente de algunos factores técnicos) pueden permanecer; de ahí los resultados desalentadores, con tasas de recidiva de hasta el 50%.⁵

La reparación primaria tiene la ventaja de requerir un procedimiento menos invasivo y, por lo tanto, una recuperación más rápida. Desafortunadamente, al igual que con las reparaciones primarias para otros defectos de la pared abdominal, las tasas de recidiva son prohibitivas, con un 46% para las reparaciones primarias de primera vez y 76% para las recidivas por segunda vez.⁵

De manera similar que en otros defectos de la pared abdominal, el concepto de reparación libre de tensión utilizando material protésico, parece conducir a mejores resultados a largo plazo, especialmente en las reparaciones por segunda vez.⁵⁻⁷

El uso de mallas protésicas no es ciertamente una panacea y algunos autores han reportado recidivas significativas.⁸ Contrariamente a la técnica más estandarizada para la reparación de eventraciones sobre la base del procedimiento de Rives-Stopppa, se han reportado varios tipos de reparaciones para las hernias paraestomales. Aunque algunas técnicas preperitoneales han sido descritas con buenos resultados,¹⁰ los 2 abordajes más populares siguen siendo la técnica del ojo de la cerradura (Keyhole techniques) y la parietalización de la malla (Sugarbaker techniques).¹³ La colocación de mallas protésicas por encima de los tejidos debería probablemente ser abandonada, porque son esperables los mismos fracasos que en las hernias ventrales.

La técnica del ojo de la cerradura requiere la creación de una hendidura en la malla para acomodar la ostomía. Desafortunadamente, como ha sido extensamente reportado, la hendidura inevitablemente se ensancha con el tiempo.¹¹ A pesar de las numerosas variaciones en la forma del ojo de la cerradura, deben esperarse recidivas.⁵ Además, el estrecho contacto de los bordes de la hendidura con la pared intestinal resulta en fibrosis con dolor, obstrucción y erosión.¹² La última complicación es particularmente preocupante cuando se usa una malla de consistencia dura (polipropileno) y cuando la malla está demasiado ajustada alrededor del estoma.¹²

Dado que los resultados exitosos en la prevención y tratamiento de las eventraciones paraestomales vienen de la ruta extraperitoneal del propio intestino, la técnica de parietalización tiene, en opinión de los muchos au-

tores, el mayor sentido fisiológico. La técnica ha sido extensamente descrita por Sugarbaker,¹³ la cual consiste en asegurar la pared del intestino contra la pared abdominal lateral y luego colocar la malla para cubrirlo, creando una válvula de tipo bisagra. Un ensayo multi-institucional retrospectivo reciente reportó una tasa de recidiva del 4% con esta técnica.¹⁴ De acuerdo con la descripción de los autores, una malla de ePTFE es colocada intraperitonealmente para brindar una cobertura del defecto con 5 cm de revestimiento. Además, dado que el mecanismo global resulta similar en concepto que la reparación de Ripstein para el prolapso rectal, este procedimiento es efectivo para el prolapso del estoma.¹⁵

Varios autores aplicaron el principio de la técnica de Sugarbaker y los resultados superiores de la reparación laparoscópica de la herniación comparada con la abierta, como el método preferido para la reparación de las eventraciones paraestomales.¹⁶ Aunque las mallas de polipropileno y de ePTFE han sido usadas para esta técnica,^{15,21} el temor a la fibrosis y erosión los ha llevado a elegir una malla de la que no se ha descrito que cause esas complicaciones. Para tal efecto, las mallas biológicas han sido utilizadas con seguridad en la reparación de las hernias paraesofágicas, en las que el movimiento constante del diafragma es un factor significativo de riesgo.¹⁷

La maleabilidad de la malla permite una envoltura perfecta alrededor de la pared del intestino sin crear obstrucción, evitando al mismo tiempo la herniación entre el intestino y la pared abdominal lateral.

El uso de malla biológica para esta aplicación particular ha sido previamente descrito.¹⁹⁻²¹ En estos reportes, las mallas biológicas fueron utilizadas como un refuerzo suprayacente de la reparación primaria.

Conclusión

Las hernias paraestomales representan un problema desafiante. No existe un manejo quirúrgico al momento que se considere estándar de oro, ya que la recurrencia es alta independientemente de la técnica utilizada y tipo de prótesis. La alta tasa de recidiva sugiere la necesidad de una malla para su reparación, especialmente después de múltiples reparaciones. Debido a las potenciales complicaciones asociadas con los materiales protésicos, los reportes mundiales sugieren parietalizar el intestino (técnica de Sugarbaker) y preferentemente utilizar una malla biológica, por la vía laparoscópica.

El único método quirúrgico que reduce parcialmente la incidencia de la HP es la colocación de malla profiláctica.

Referencias

1. Londono-Schimmer EE, Leong AP, Phillips RK. Life table analysis of stomal complications following colostomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 916-920.

2. Cheung MT. Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas. *Aust N Z J Surg* 1995; 65: 808-811.
3. Cheung MT, Chia NH, Chiu WY. Surgical treatment of para-stomal hernia complicating sigmoid colostomies. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 266-270.
4. Israelsson LA. Preventing and treating parastomal hernia. *World J Surg* 2005; 29: 1086-1089.
5. Rubin MS, Schoetz Jr, DJ, Matthews JB. Parastomal hernia. Is stoma relocation superior to fascial repair? *Arch Surg* 1994; 129: 413-418.
6. Stelzner S, Hellmich G, Ludwig K. Repair of paracolostomy hernias with a prosthetic mesh in the intraperitoneal onlay position: modified Sugarbaker technique. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 185-191.
7. Hofstetter WL, Vukasin P, Ortega AE et al. New technique for mesh repair of paracolostomy hernias. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1054-1055.
8. Geisler DJ, Reilly JC, Vaughan SG et al. Safety and outcome of use of nonabsorbable mesh for repair of fascial defects in the presence of open bowel. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1118-1123.
9. Stoppa RE. The treatment of complicated groin and incisional hernias. *World J Surg* 1989; 13: 545-554.
10. Amin SN, Armitage NC, Abercrombie JF et al. Lateral repair of parastomal hernia. *Ann R Coll Surg Engl* 2001; 83: 206-208.
11. Moisisidis E, Curiskis JI, Brooke-Cowden GL. Improving the reinforcement of parastomal tissues with Marlex mesh: laboratory study identifying solutions to stomal aperture distortion. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 55-60.
12. Aldridge AJ, Simson JN. Erosion and perforation of colon by synthetic mesh in a recurrent paracolostomy hernia. *Hernia* 2001; 5: 110-112.
13. Sugarbaker PH. Prosthetic mesh repair of large hernias at the site of colonic stomas. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 576-578.
14. Mancini GJ, McClusky DA, Khaitan L et al. Laparoscopic parastomal hernia repair using a nonslit mesh technique. *Surg Endosc* 2007; 21: 1487-1491.
15. Voitk A. Simple technique for laparoscopic paracolostomy hernia repair. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1451-1453.
16. Pierce RA, Spitler JA, Frisella MM et al. Pooled data analysis of laparoscopic vs open ventral hernia repair: 14 years of patient data accrual. *Surg Endosc* 2007; 21: 378-386.
17. Oelschlager BK, Pellegrini CA, Hunter J et al. Biologic prosthesis reduces recurrence after laparoscopic paraesophageal hernia repair: a multicenter, prospective, randomized trial. *Ann Surg* 2006; 244: 481-490.
18. Jin J, Rosen MJ, Blatnik J et al. Use of acellular dermal matrix for complicated ventral hernia repair: does technique affect outcomes? *J Am Coll Surg* 2007; 205: 654-660.
19. Araujo SE, Habr-Gama A, Teixeira MG, et al. Role of biological mesh in surgical treatment of paracolostomy hernias. *Clinics* 2005; 60: 271-276.
20. Kish KJ, Buinewicz BR, Morris JB. Acellular dermal matrix (AlloDerm): new material in the repair of stoma site hernias. *Am Surg* 2005; 71: 1047-1050.
21. Ka-Wai Tam, Po-Li Wie, Li-Jen Kou, Chih-Hsiung Wu. Systematic review of the use of a mesh to prevent parastomal hernia. *World J Surg* 2010; 34: 2723-2729.
22. Muysoms FE, Hauters Ph J, Van Nieuwenhove Y, Hutten N, Claeys DA. Laparoscopic repair of parastomal hernias: a multi-centre retrospective review and shift in technique. *Acta Chir Belg* 2008; 108: 400-404.