



Editorial

Hernia paraestomal: un problema frecuente que podemos prevenir y tratar

Parastomal hernia: a common but preventable and treatable problem



Todos los cirujanos, y en especial los colorrectales, sabemos que las hernias paraestomales (HPE) son muy frecuentes en nuestra práctica clínica, e incluso algunos las consideran inevitables. Pese a ello, con frecuencia se infradiagnostican e infratratán, por lo que, aunque el título de este editorial quizás parezca una obviedad, realmente no lo es: dado el número de estomas realizados, el aumento de supervivencia tras la cirugía por cáncer de recto, y que entre el 40 % y 60 % no se reconstruirán nunca, es evidente la dimensión del problema¹.

Además de no haber muchos estudios sobre su incidencia y prevalencia —que deberían servir de base para establecer estrategias de prevención o tratamiento—, existen factores de confusión, dependiendo de cómo se defina esta patología. Aunque una auditoría prospectiva mostró una tasa global del 33 % —aumentando el riesgo de presentarlas la edad más avanzada, colostomías frente a ileostomías o una apertura fascial mayor de 3 cm, aparte de factores generales favorecedores de dehiscencia parietal²—, se alcanzan cifras de hasta el 78 % si se valora su existencia mediante un tac. A este respecto, la Sociedad Europea de Hernia ha establecido una clasificación en relación al tamaño y a la existencia de defectos concomitantes, con los objetivos de desarrollar estudios comparativos y homologar bases de datos³. Se estima que solamente la cuarta parte de pacientes con HPE están asintomáticos, y a las manifestaciones comunes a otras hernias hay que añadir problemas de adaptación de dispositivos con escapes, irritación cutánea y costes por cambios más frecuentes, que alteran su calidad de vida.

Ante este problema, cabe en primer lugar plantearse estrategias de prevención. ¿Cuáles serían las más simples? ¿Efectuar ileostomías en detrimento de las colostomías cuando puedan indicarse ambas? ¿Realizar una menor apertura fascial? ¿Mantener el índice de masa corporal? ¿Procurar evitar aumentos crónicos de presión abdominal? Además, algunos dogmas clásicos han mostrado no ser relevantes, y así, aunque se creyó que los estomas situados dentro de la vaina del músculo recto tenían menor riesgo de HPE, varios estudios con seguimiento largo, incluyendo una revisión de la Cochrane⁴, y un pequeño ensayo piloto aleatorizado posterior, no muestran diferencias entre ambas ubicaciones. Tampoco está claro que la exteriorización a través de un túnel extraperitoneal, introducida por Goligher, reduzca la incidencia, y si bien una revisión sistemática de 10 artículos de la literatura mostró una menor tasa frente a la colostomía transperitoneal

(6.3 % frente a 17.8 %)⁵, la baja calidad metodológica de los estudios no permite obtener conclusiones claras.

El foco está puesto en la actualidad en la colocación de mallas profilácticas en el momento de realizar el estoma. Esta estrategia comenzó en 1979, y varias series observacionales avalaban su uso. Posteriormente, un metaanálisis de ensayos aleatorizados mostró una incidencia de 12.5 % de HPE con empleo de malla profiláctica sin añadir morbilidad, y 53 % sin ella⁶. Diferentes estudios favorecen su empleo sin diferencias en lo que atañe a la ubicación de la prótesis (intraperitoneal, retromuscular, preaponeurótica), pero aún hay que precisar si su uso debe de ser sistemático o selectivo, según factores de riesgo, o evaluar si su aplicación en cirugía urgente puede ser un factor de riesgo de infección entre múltiples cuestiones. El empleo de una malla macroporosa de baja densidad ha mostrado beneficios en estudios aleatorizados⁷, y una revisión sistemática muy reciente, que incluye 430 pacientes de series con seguimiento a largo plazo, objetivó una tasa del 19.4 % de HPE en quienes se colocó malla profiláctica, frente al 43.2 % del grupo control⁸. Por tanto, hay fuerte recomendación de su empleo, pues es coste-efectivo, si bien se requiere estandarizar la técnica y ubicación para obtener mejores resultados. Respecto al uso de mallas biológicas, un ensayo multicéntrico aleatorizado que incluía 113 pacientes con un seguimiento de 2 años no objetivó diferencias significativas entre a quienes se implantó una malla de dermis porcina acelular en posición subperitoneal (12.2 %) frente a los que no (13.2 %), aunque la evaluación fue solamente clínica y, por tanto, cuestionable⁹. Así pues, en la actualidad se desconoce la prótesis ideal, pero, dado el menor coste de los materiales sintéticos, la reparación con biomateriales no parece justificada.

Cuando la HPE es ya evidente, se considera que un tercio de pacientes tendrán una sintomatología grave que requiera reparación; otros pueden mejorar con tratamientos conservadores tipo ortesis o dispositivos para el estoma que garanticen mayor seguridad. Sin embargo, en algunos casos, las molestias locales (35 %), fugas continuadas (27 %) e incluso la incarceration (15 %) o estrangulación, pero también la problemática psicológica y de relaciones sociales, deberán motivar la indicación quirúrgica¹⁰.

Existen básicamente tres modos de tratarlas quirúrgicamente: la reparación fascial directa, la reubicación del estoma o la colocación

de una malla. Un metaanálisis reciente mostró casi un 70 % de recurrencias con la primera, por lo que debe abandonarse¹¹, mientras que la reubicación del estoma ofrece mejores resultados, si bien requiere una laparotomía y el riesgo aumentado de nueva HPE más eventración recurrente en la primera localización, que suponen en conjunto también casi un 70 %¹². Quizás pudiera indicarse ante hernias muy grandes, ya que con reparación *in situ* el defecto remanente en los tejidos blandos dificultaría la adherencia del dispositivo colector. Es evidente, también, que si cabe la posibilidad de cerrar el estoma reconstruyendo el tránsito intestinal, esto sería una buena solución.

De este modo, el empleo de una malla es prácticamente la estrategia de elección, y ya inicialmente se denominó de forma irónica «la más prometedora dentro de las malas alternativas» para tratar una HPE. Aunque con su empleo intraperitoneal se describieron complicaciones tales como fistulas intestinales, infección y adherencias, puede usarse en la reparación con bajo riesgo. Así, en una revisión sistemática de 16 estudios con reparación abierta, solamente hubo una fistulización, con tasa de infección del 2.6 %¹¹. En los últimos años se han establecido principios básicos, como el cierre del defecto con refuerzo protésico cubriendo en unos 3-5 cm los límites de este, y la mayor parte de autores coinciden en el empleo retromuscular o intraperitoneal de la malla por ser más fisiológico, al tener a favor la presión abdominal para mantenerla en su lugar.

Pronto surgieron dos técnicas básicas: en primer lugar, la denominada *keyhole*, que consiste en el paso del intestino a través de una apertura en la prótesis. Sus mayores problemas son la dilatación de dicha apertura y recurrencia, o el riesgo de erosión intestinal por su íntimo contacto. Una revisión sistemática mostró una tasa de recidivas del 9.4 % y complicaciones relacionadas con la malla en el 20 %¹¹. En la segunda técnica, descrita por Sugarbaker, se recubre el intestino con la prótesis sobre la pared abdominal anterolateral previamente al orificio herniario. Esta es más limpia y, además, ofrece mayor contacto con la malla, lo que dificulta su desplazamiento, pero por el mismo motivo también puede haber riesgo de erosión e infección, menor con las nuevas mallas de baja densidad y macroporositas o las compuestas. Este presumible riesgo fomentó el empleo de prótesis con menor adherencia a los tejidos, como las de PTFE, que sin embargo tienden a retraerse y, por tanto, presentar más tasa de recurrencias¹⁰. Por su parte, las biológicas tienen la ventaja de la resistencia a la infección en campos contaminados, y una revisión sistemática ha mostrado recurrencias similares a las que presentan las sintéticas¹³, pero su elevado coste limita su empleo.

De modo simultáneo, hay que considerar el abordaje laparoscópico, recomendable no solo por la menor agresión implícita al procedimiento, sino también por la reducción de infecciones, lógicamente empleando técnicas intraperitoneales tipo *keyhole*, Sugarbaker e incluso mixtas o «de sándwich». El metaanálisis de Hansson y cols. mostró menos recurrencias con la técnica de Sugarbaker (11.6 % frente a 20.8 %)¹¹, y un posterior estudio multicéntrico evidenció únicamente un 6.6 %, con seguimiento medio de 26 meses¹⁴.

Así pues, los avances, tanto en lo que atañe a prevención y curación del proceso como a reducción de la morbilidad y todo con una menor invasión, han sido notables, y es preciso concienciarse de la necesidad de adoptar una actitud más agresiva frente a este problema frecuente, soluble en buena parte de casos. Aunque hay que esperar nuevos estudios controlados que comparen diferentes técnicas y materiales para establecer un cuerpo de doctrina sólido en lo referente a la prevención y reparación de las HPE, ya tenemos herramientas con las que actuar, por lo tanto, usémoslas en beneficio de nuestros pacientes. En el presente número monográfico se

detalla en profundidad el estado actual de los diferentes abordajes y estrategias por parte de autores con gran experiencia en el tema.

Referencias bibliográficas

1. Hendren S, Hammond K, Glasgow SC, Perry WB, Buie WD, Steele SR et al. Clinical practice guidelines for ostomy surgery. *Dis Colon Rectum*. 2015;58:375-387.
2. Pilgrim CHC, McIntyre R, Bailey M. Prospective audit of parastomal hernia. Prevalence and associated comorbidities. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:71-76.
3. Smietanski M, Szczepkowski M, Alexandre JA, Berger D, Bury K, Conze J et al. European Hernia Society Classification of Parastomal Hernias. *Hernia*. 2014;18:1-6.
4. Hardt J, Meerpohl JJ, Metzendorf MI, Kienle P, Post S, Herrie F. Lateral pararectal versus transrectal stoma placement for prevention of parastomal herniation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;11:CD009487.
5. Kroese LF, de Smet GHJ, Jeekel J, Kleinresink GJ, Lange JF. Systematic review and meta-analysis of extraperitoneal versus transperitoneal colostomy for preventing parastomal hernia. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:688-695.
6. Shabbir J, Chaudhary BN, Dawson R. A systematic review on the use of prophylactic mesh during primary stoma formation to prevent parastomal hernia formation. *Colorectal Dis*. 2012;14:931-936.
7. Serra-Aracil X, Bombardo-Junca J, Moreno-Matias J, Darnell A, Mora-López L, Alcántara-Moral M et al. Randomized, controlled, prospective trial of the use of a mesh to prevent parastomal hernia. *Ann Surg*. 2009;249:583-587.
8. Cornille JB, Pathak S, Daniels IR, Smart NJ. Prophylactic mesh use during primary stoma formation to prevent parastomal hernia. *Ann R Coll Surg Engl*. 2016 Jun. 8: 1-10. [Epub ahead of print] PMID: 27269439.
9. Fleshman JW, Beck DE, Hyman N, Wexner SD, Bauer J, George V y grupo PRISM. A prospective, multicenter, randomized, controlled study of non-cross-linked porcine acellular dermal matrix fascial sublay for parastomal reinforcement in patients undergoing surgery for permanent abdominal wall ostomies. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:623-631.
10. Aquina CT, Iannuzzi JC, Probst CP, Kelly KN, Noyes K, Fleming FJ, Monson JRT. Parastomal hernia: A growing problema with new solutions. *Dig Surg*. 2014;31:366-376.
11. Hansson BM, Slater NJ, van der Velden AS, Groenewoud HM, Buyne OR, de Hingh IH et al. Surgical techniques for parastomal hernia repair: a systematic review of the literature. *Ann Surg*. 2012;255:685-695.
12. Ellis CN. Indication for the surgical management of parastomal hernias. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:801-803.
13. Slater NJ, Hansson BM, Buyne OR, Hendriks T, Bleichrodt RP. Repair of parastomal hernias with biologic grafts: a systematic review. *J Gastrointest Surg*. 2011;15:1252-1258.
14. Hansson BM, Morales-Conde S, Mussack T, Valdés J, Muysoms FE, Bleichrodt RP. The laparoscopic modified Sugarbaker technique is safe and has a low recurrence rate: a multicenter cohort study. *Surg Endosc*. 2013;27:494-500.

José Vicente Roig Vila

Centro Europeo de Cirugía Colorrectal. Unidad de Coloproctología, Hospital Nisa 9 de Octubre, Valencia (España)

* Autor para correspondencia. José Vicente Roig Vila

C/ Ernesto Ferrando, 32

46980 Paterna, Valencia (España)

Correo electrónico: roigvila@telefonica.net

2255-2677/© 2017 Sociedad Hispanoamericana de Hernia.

Publicado por Arán ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.22>

<http://revista.sohah.org>