

Hernias paraestomales. Presentación de tres casos

Dr. Julio César Morales-Linares,* Dr. Rudolf García-Gallont,** Dr. Tito José María Gómez-Méndez,*
Dr. Salvador Velásquez,** Dr. Luis Pedro Carranza-Sánchez*

* Departamento de Cirugía. Hospital Roosevelt, Guatemala. ** Departamento de Cirugía. Hospital Herrera Llerandi, Guatemala.
Correspondencia: Dr. Julio Morales. Departamento de Cirugía. Hospital Roosevelt, Calzada Roosevelt, Zona 11, Guatemala.

Recibido para publicación: 6 de abril de 2002.

Aceptado para publicación: 10 de julio de 2002.

RESUMEN. Se presentan tres casos de hernia paraestomal, dos hombres y una mujer, dos con colostomía terminal y la otra con ileostomía. La primera se resolvió con la reubicación del estoma más hernioplastia y en las otras dos se utilizó la técnica de Leslie. Hasta la fecha no hay recidivas con seguimiento promedio de dos años. A pesar de que esta complicación no es frecuente, recomendamos planificación cuidadosa previo a la realización del estoma. Es importante identificar el mejor sitio en la pared abdominal para exteriorizar el estoma utilizando también una buena técnica quirúrgica.

Palabras clave: hernias paraestomales, hernias estomales, hernioplastia paraestomal, hernioplastia estomal, hernias incisionales, complicaciones estomales.

SUMMARY. Three cases of stomal hernia are presented in this article; two females and one in male patient, the first two cases with colostomy and the remaining patient with ileostomy. One case was treated by replacing stoma and subsequent hernioplasty. The additional two were treated with Leslie technique. To date, there have been no recurrences. Patients were followed for a median of 2 years. Although this complication is infrequent we recommend careful planning prior to performing a stoma, as well as determining the best anatomic site and use good surgical technique.

Key words: Stomal hernia, stomal hernioplasty, parasomal hernia, parastomal hernioplasty, stomal complications, incisional hernias.

INTRODUCCIÓN

La hernia paraestomal es una hernia incisional relacionada con un estoma abdominal de la pared abdominal. El estoma puede ser ileostomía o colostomía.¹ La hernia estomal o paracolostómica es la complicación tardía más común de la colostomía apareciendo en 27% de las personas con colostomías permanentes.² Cuando se presenta asociada a un estoma temporal carece de importancia porque el defecto puede repararse durante el cierre del estoma.¹

Entre los factores más importantes que predisponen a la aparición de este tipo de hernias tenemos:

- Exteriorización del asa por fuera de los músculos rectos, situación que origina un sitio potencial de debilidad de la pared abdominal
- Toser, sobrepeso e infección
- La presencia de otras hernias abdominales
- Pacientes de la tercera edad³

Las hernias estomales representan una complicación frecuente; son causa de múltiples molestias dentro del desenvolvimiento normal de una persona, aparte de los problemas que conlleva el manejo local del estoma.¹ Como todas las hernias, el tamaño irá en aumento mientras pasa el tiempo, complicándose con obstrucción intestinal y luego estrangulación.³

Aun con la reubicación del estoma, la posibilidad de recidiva es hasta 40% de los casos en el sitio de las hernias y las hernias incisionales *per se* entre 20 y 30%, por lo que la colocación de malla protésica es importante, porque disminuye la frecuencia a 8%, con posibilidad de infección y rechazo del material en 9%. El uso de la malla para la reparación de la hernia paraestomal hoy en día es el procedimiento de elección.⁴

El objetivo del presente artículo es presentar tres casos clínicos de pacientes con hernia estomal manejados con dos técnicas quirúrgicas distintas en dos centros hospitalarios de nuestro país.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 50 años de edad con colostomía terminal del colon sigmoides por cáncer de recto de 26 años de evolución (*Figura 1*). La principal molestia de la paciente era dolor y prolapso de la colostomía. Antecedentes: lupus eritematoso sistémico desde hace 32 años y hernioplastia estomal de cuatro años de evolución. Al examen clínico: buenas condiciones generales, con hernia paraestomal que protruye a nivel del flanco izquierdo. Se intervino quirúrgicamente efectuándosele:

- Abordajes: a nivel de colostomía y línea media abdominal.
- Movilización y reubicación del estoma.
- Liberación de adherencias.
- Colocación de malla en el defecto herniario.

Cuatro años de seguimiento no evidencian recidiva de hernia.

CASO CLÍNICO 2

Hombre de 72 años con colostomía terminal sigmoidea por resección abdominoperineal por cáncer rectal tratado hace 15 años. El motivo de consulta fue por hernia gigante y que además se le caían las bolsas de colostomía. Antecedentes: hipertensión arterial y fibrilación auricular tratada con coumadin. El examen clínico evidenció hernia paraestomal gigante en cuadrante inferior izquierdo del abdomen. Se le efectuó reparación quirúrgica con técnica de Leslie con Dual-Mesh, sin complicaciones. Doce meses de seguimiento sin recidiva.

CASO CLÍNICO 3

Hombre de 65 años con urostomía con reservorio ileal debido a carcinoma de vejiga tratado con cistectomía radical de dos años de evolución. A la exploración clínica se evidenció el reservorio herniado. Se efectuó reparación de la hernia periestomal con técnica de Leslie con Dual-Mesh. Once meses de seguimiento sin recidiva.

DISCUSIÓN

La hernia paraestomal es una hernia incisional que se presenta alrededor de un estoma: colostomía, ileostomía o reservorio urinario intestinal;⁵ pueden llegar a tener dimensiones muy grandes y causar serios problemas en los estomas permanentes,¹ como se presenta en los tres casos. A diferencia de las hernias en estomas temporales el problema es menor porque se resuelve con hernio-



Figura 1. Hernia paraestomal en una mujer con colostomía terminal.

plastia incisional común, en la cual el cirujano puede utilizar la técnica con la que esté más familiarizado. En la actualidad las hernioplastias libres de tensión representan buena alternativa quirúrgica.⁶

¿Cuáles con los problemas clínicos que se presentan con las hernias estomales? Inicialmente 90% pasan inadvertidas, pero 10% pueden producir:

- Interferencia mecánica del estoma, lo cual se traduce en dolor clínicamente como sucedió en el primer caso.
- Problemas locales para la colocación de la bolsa en el estoma, incluyéndose el prolapso como ocurrió en uno de los casos antes mencionados.
- Imposibilidad para la irrigación del estoma
- Incarceración y/o estrangulación.⁷⁻⁹

En el primer caso es importante mencionar que la mujer ya tenía hernioplastia paraestomal, en esa oportunidad quirúrgica no se utilizó material protésico, situación que definitivamente predispuso a la paciente a sufrir de recidiva herniaria. En la última intervención para la reubicación del estoma fue muy importante localizar el lugar idóneo donde se pudiera reubicar el estoma con el objetivo de evitar la recurrencia, además se extrajo la colostomía a través de los músculos rectos de la pared abdominal disminuyendo así la posibilidad de origen potencial para una nueva hernia.¹ Está descrito en la literatura que la exteriorización de un estoma por fuera de los músculos rectos predispone en alto grado el desarrollo de una hernia paraestomal.³

La importancia del uso del material protésico radica en los siguientes aspectos:

- Se incorpora rápidamente dentro del músculo y fascia abdominales.

- b) La carga mecánica se dispersa sobre toda el área, es decir, no recae sobre una sutura individual.
- c) Disminuye las recidivas porque la recuperación es más rápida y segura.
- d) La malla refuerza a la reparación sin distorsionar o dañar el tejido.
- e) Los pacientes son capaces de tener una movilización completa y pueden realizar ejercicio en pocos días.³

En un estudio llevado a cabo en el Departamento de Cirugía de la Universidad de Florida del Sur,^{10,11} se discutió la incidencia y diagnóstico de las hernias estomales en asociación con derivaciones urinarias a reservorios. Se evaluaron 21 pacientes con hernias estomales después de las derivaciones. Se llegó a la conclusión que la evolución a largo plazo de las derivaciones urinarias a reservorios usualmente se asocia al desarrollo de hernia estomal. Esta complicación se ha asociado a incontinencia urinaria, dolor peristomal y cateterización difícil, hallazgos similares al caso número tres. El diagnóstico se realiza inicialmente por examen físico, pero en situaciones clínicas seleccionadas se requiere de la tomografía axial computada abdominal para confirmar el diagnóstico.^{12,13} Durante la investigación clínica de los casos presentados no utilizamos la tomografía computada como método diagnóstico debido a que consideramos que el criterio clínico prevalece ante el tomográfico, lo cual no significa que dicho recurso de imagen pueda ser usado en casos seleccionados quedando a criterio del cirujano la pertinencia en solicitarlo.

En los casos 2 y 3 se utilizó la técnica de Leslie, que consiste en preparar un colgajo largo de piel y tejido celular subcutáneo de forma circunferencial, cuyo centro es el estoma, el cual se preserva intacto. Se diseña la superficie de la fascia y se identifica el saco herniario a través del cual protruyen las asas del intestino, por lo que la hernia se repara colocando malla que se sutura a la fascia y se fija a la porción proximal del estoma.¹ Para estos dos pacientes se utilizó malla de tipo Dual-Mesh, la cual es un material protésico que tiene dos lados: uno liso que puede entrar en contacto con el intestino y el anverso de superficie rugosa que se utiliza para fijarla.¹⁴

En el Departamento de Cirugía del St. Mark's Hospital,³ se realizó un estudio diseñado para evaluar las complicaciones a largo plazo de las colostomías y estudiar la etiología. Los hallazgos más importantes fueron que la hernia estomal era la complicación más frecuente con incidencia de 36.7% a los 10 años. En contradicción a lo anterior ellos mencionan que situar la ostomía a través del músculo recto abdominal no reduce el riesgo de hernia a diferencia de

situarla extraperitonealmente. Las conclusiones de dicho estudio fueron las siguientes:

1. La obstrucción intestinal es menos frecuente.
2. Las hernias estomales son más frecuentes en personas de edad avanzada.
3. Aumenta la frecuencia en pacientes que tienen otras hernias de la pared abdominal.
4. Al igual que las hernias inguinales, representan una deficiencia en la fascia transversalis, la cual puede ser técnicamente evitable.^{3,15}

Un grupo de cirujanos en Oklahoma¹⁶ desarrollaron un método para reparar las hernias estomales, por lo que revisaron los expedientes de 19 pacientes con hernia estomal, a nueve se les colocaron dos bandas de malla de polipropileno a través de una incisión mediana. A los restantes 10 se les efectuó reparaciones en donde la ostomía fue movida, es decir, la fascia fue directamente reparada a través de la incisión paraestomal o a través de una incisión por la línea media. Los pacientes sometidos a la colocación de doble banda de malla no recidivaron a diferencia del otro grupo donde 50% recidivó (cinco casos).¹⁶

Kasperk¹⁷ menciona tres accesos importantes dentro del armamentarium terapéutico para el cirujano: reparación local de la fascia, recolocación del estoma y utilización de malla. Lineamientos que han sido sugeridos por varios cirujanos expertos citados por Leslie.¹ El acceso a través de la línea media permite que la cirugía se realice en condiciones estériles. La malla puede colocarse intraperitoneal o sobre la fascia, lo que evita el contacto de las asas intestinales con el material protésico. Esta técnica se utilizó en el primer caso con buen resultado hasta el momento.

Tekkis¹⁸ reporta otra técnica quirúrgica utilizada en cinco pacientes, para lo cual utilizó la técnica de Thorlakson, la cual consiste en colocar una malla incompleta en forma circunferencial que refuerza la fascia. No reporta recurrencias.

En 1997 se publicó un artículo¹¹ en donde se discutió la incidencia y diagnóstico de hernias paraestomales asociadas con reservorios urinarios continentales y presentó una técnica quirúrgica apropiada para la corrección de esta complicación, la cual consistió en abordaje a través de la línea media, reparación con o sin revisión del segmento antiincontinente, se reparó la hernia con malla de Marlex y se reubicó el estoma a través de un nuevo sitio seleccionado en el abdomen. Helal, et al.¹⁰ encontraron 13 hernias estomales de 21 casos derivados. Utilizaron la tomografía computada para ayudarse en el diagnóstico y reportan un éxito de 85% en el manejo de sus casos.

CUADRO 1
HERNIOPLASTIA PARAESTOMAL

Autores	# de casos	Recidiva	Tiempo	Año
Kohler, et al.	No reporta	9%	No reporta	1997
Helal, et al.	21	No reporta	10 años	1997
Byers, et al.	19	No reporta	No reporta	1992
Morris, et al.	7	29%	5 años	1999
Tekis, et al.	5	No reporta	No reporta	1999
Leslie	2	No reporta	4 años	1984
Morales/gallont, et al.	3	Ninguna	1 - 3 años	2002

CUADRO 2
ALTERNATIVAS QUIRÚRGICAS - MANEJO DEL ESTOMA

- Reubicación del estoma *sin incisión* a nivel de la línea media utilizando malla
- Reubicación del estoma *con incisión* a nivel de la línea media utilizando malla
- Exteriorización del estoma *por fuera* de los músculos rectos
- Exteriorización del estoma *a nivel de* los músculos rectos
- Exteriorización del estoma a nivel extraperitoneal
- Lineamientos generales citados por Kasperk
- Técnica de Leslie-Dual Mesh
- Técnica de Thorlakson
- Videolaparoscopia

Están descritas otras alternativas quirúrgicas para tratar las hernias estomales, entre ellas la reparación local¹⁹ para pequeñas hernias sintomáticas con mínima morbilidad y Cirocchi²⁰ en sus casos colocó malla a nivel preperitoneal.

Sugarbaker²¹ había descrito en 1980 una técnica para reparar hernias estomales evitando remover el estoma, fundamento que sirvió de base a la videoendoscopia como otra alternativa terapéutica mínimamente invasiva.

La alternativa para la reparación de la hernia estomal por videolaparoscopia fue reportada por tres cirujanos franceses,²² en una mujer de 56 años de edad con hernia estomal en FII de 14 años de evolución, quien había sido sometida a resección abdominoperineal por cáncer rectal; para lo cual utilizaron cuatro puertos de entrada, cerraron el defecto herniario con dos puntos y luego colocaron malla de ePTFE cubriéndola con un flap peritoneal. Los autores concluyen que la transformación del estoma fijado a nivel de piel a un estoma subperitoneal reduce el riesgo de recurrencia, lo cual es particularmente frecuente en 50% de los casos cuando se utiliza el abordaje directo local.²²

Solamente Morris-Stiff²³ publicó los resultados relacionados con siete pacientes durante cinco años de seguimiento y reporta recurrencia de 29% con complicaciones relacionadas por el uso de prótesis: obstrucción intestinal, adherencias y abscesos. Actualmente ya se está desarrollando un nuevo tipo de malla con reducción sustancial de polipropileno en su contenido, lo cual disminuirá las complicaciones tempranas y tardías.¹⁷

La hernia paraestomal es una entidad poco frecuente en nuestro medio, pero sabemos que existe, para lo cual es importante conocer la biología de la enfermedad, morbilidad a corto, mediano y largo plazos (*Cuadro 1*). El manejo de este tipo de hernia requiere de los conocimientos básicos relacionados con la terapéutica de la hernioplastia incisional y del manejo de los estomas. Con base en lo anterior podemos concluir que:

1. 30% de los estomas necesita reintervención quirúrgica durante los siguientes 10 años.²⁴
2. El cierre de un estoma no deberá realizarse antes de las ocho semanas²⁴ (*Cuadro 2*).
3. Al momento de realizar un estoma es importante no olvidar las siguientes reglas básicas:

- a) Selección preoperatoria apropiada para la ubicación del estoma.
 - b) Nunca exteriorizar un estoma por la incisión operatoria.
 - c) Idealmente exteriorizar a través del músculo recto del abdomen.
 - d) Dilatar el músculo únicamente lo necesario.¹⁷
4. Aún no existe consenso en definir cuál es la mejor técnica quirúrgica para reparar las hernias estomales,²⁵ razón por la que sugerimos un esquema que orienta al cirujano para tomar la mejor decisión de acuerdo con las características de cada paciente en particular.

Por lo que con base en nuestra corta experiencia consideramos pertinente sugerir que las técnicas de Leslie y los lineamientos sugeridos por cirujanos expertos citados por Kasperk, son buenas alternativas quirúrgicas siempre y cuando se cumpla con los requisitos elementales de manejo tanto para las hernias incisionales como para la ubicación de los estomas permanentes. El seguimiento a largo plazo realmente definirá si la técnica evita la recidiva y las complicaciones a corto, mediano y largo plazos.

REFERENCIAS

1. Leslie D. The parastomal hernia. *Surg Clin North Am* 1984; 64(2): 407-15.
2. Makela JT, Turku PH, Laitinen ST. Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. *Ann Chir Gynaecol* 1997; 86(4): 305-10.
3. Londono-Schimmer EE, Leong AP, Phillips RK. Life table analysis of stomal complications following colostomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(9): 916-20.
4. Kohler L. Para-stomal hernia: technique and results. *Zentralbl Chir* 1997; 122(10): 889-92.
5. Martínez S., et al. Derivaciones urinarias con conducto intestinal. *Rev Chil Cir* 1987; 39(1): 19-22.
6. Condon R. Hernia incisional. Nyhus LM, Condon RE, editors. Philadelphia, PA, USA. J.B. Lippincott Company; 1995.
7. Cuthbertson AM, Collins JP. Strangulated para-ileostomy hernia. *Aust NZ Surg* 1977; 47: 86.
8. Daniell SJ. Strangulated small bowel hernia within a prolapsed colostomy stoma. *J R Soc Med* 1981; 74: 687.
9. Thorlakson RH. Technique of repair of herniation associated with colonic stomas. *Surg Gynecol Obstet* 1965; 120: 347.
10. Helal M, Austin P, Spyropoulos E, Pow-Sang J, Persky L, Lockhart J. Evaluation and management of parastomal hernia in association with continent urinary diversion. *J Urol* 1997; 157(5): 1630-2.
11. Helal M, et al. Evaluation and management of parastomal hernia in association with continent urinary diversion. *J Urol* 1997; 157(5): 1630-2.
12. Williams JG, Etherington R, Hayward MW, Hughes LE. Paraileostomy hernia: a clinical and radiological study. *Br J Surg* 1990; 77(12): 133-1357.
13. Etherington RJ, Williams JG, Hayward MW, Hughes LE. Demonstration of paraileostomy herniation using computed tomography. *Clin Radiol* 1990; 41(5): 333-6.
14. Pierre J, Jacques J, Pessaux P, Hadchity Y. Surgical treatment of postoperative incisional hernias by intraperitoneal insertion of dacron mesh and aponeurotic graft. *Arch Surg* 1999; 134: 1260-2.
15. Leong AP, Londono-Schimmer EE, Phillips RK. Life table analysis of stomal complications following ileostomy. *Br J Surg* 1994; 81(50): 727-9.
16. Byers JM, Steinberg JB, Postier RG. Repair of parastomal hernias using polypropilene mesh. *Arch Surg* 1992; 127(10): 1247.
17. Kasperk R, Klinge U, Schumpelick V. The repair of large parastomal hernias using a midline approach and a prosthetic mesh in the sublay position. *Am J Surg* 2000; 179(3): 186-8.
18. Tekkis PP, Kocher HM, Payne JG. Parastomal hernia repair: modified Thorlakson technique, reinforced by polypropilene mesh. *Dis Colon Rectum* 1999; 42(11): 1505-8.
19. Cirocchi R, Covarelli P, Gulla N, Servili S, et al. Treatment of parastomal colostomy hernia. *Minerva Chir* 1999; 54(11): 749-54.
20. Sugarbaker PH. Prosthetic mesh repair of large hernias of the site of colonic stomas. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 150: 576-8.
21. Porcheron J, Payan B, Balique. Mesh repair of paracolostomal hernia by laparoscopy. *Surg Endosc* 1998; 12: 1281.
22. Morris-Stiff G, Hughes LE. The continuing challenge of parastomal hernia: failure of a novel polypropylene mesh repair. *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81(2): 140-1.
23. Kuijpers JH. Stomas and stoma surgery. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001; 145(24): 1144-8.
24. Aldridge AJ, Simson JN. Erosion and perforation of colon by synthetic mesh in a recurrent paracolostomy hernia. *Hernia* 2001; 5(2): 110-2.