

Hernia Para-urostomal

Definición: es una hernia incisional que se desarrolla en la vecindad de una urostomía con formación de un bóveda periestomal, provocada por el paso de las asas a través del orificio aponeurótico. Se observa como una prominencia alrededor del estoma.

Prof. Dr. Alfredo Moreno Egea

Experto en Hernias, Pared Abdominal y Laparoscopia

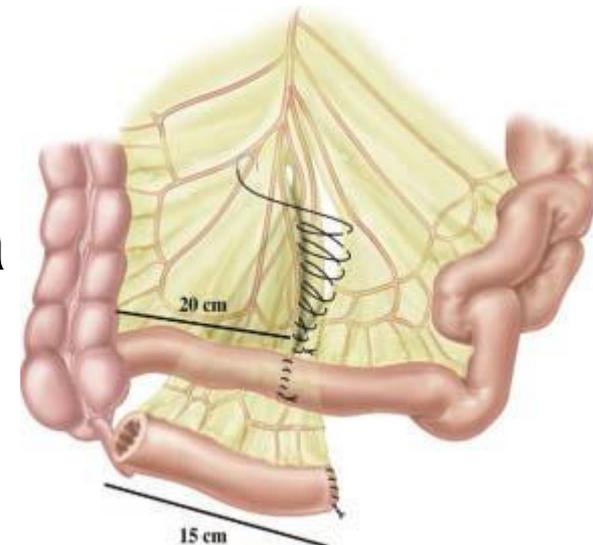
FACTORES DE RIESGO

- Del propio paciente:
 1. Perímetro abdominal $>100\text{cm}$
 2. Edad >60 años.
 3. Enfermedad de Crohn
- De la intervención:

Estoma conducto ileal tipo Bricker
- Del postoperatorio:
 1. Infección de la herida quirúrgica
 2. Largo tiempo de supervivencia

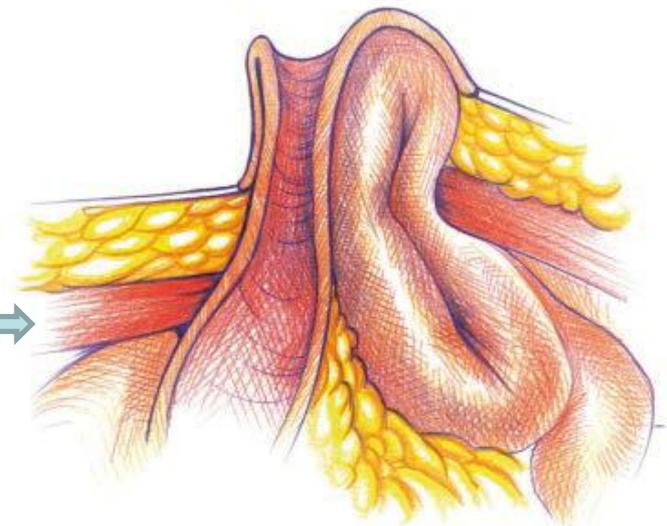
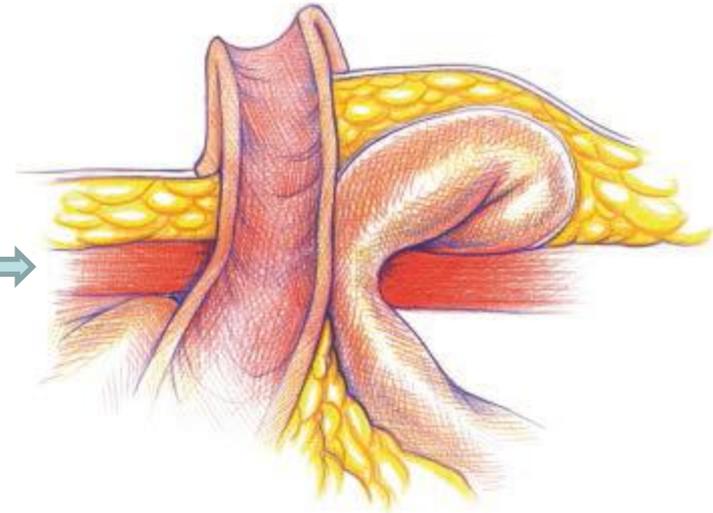


Eugene M. Bricker



Tipos según localización

- Subcutáneo:
 - El saco queda subcutáneo →
- Intersticial:
 - El saco queda en el musculo
- Periostomal:
 - Saco circunferencial al estoma
- Intraostomal:
 - El saco penetra la ostomía →



Indicaciones absolutas para cirugía

- ✓ Incarceración
- ✓ Estrangulación
- ✓ Obstrucción
- ✓ Fistulización
- ✓ Perforación
- ✓ Isquemia del estoma

Indicaciones relativas

- Historia de incarceration
- Síntomas indicativos de obstrucción
- Dificultad en mantener el dispositivo colector
- Incapacidad para ver y tratar el estoma
- Dificultad para la irrigación del colon
- Dolor relacionado con la hernia
- Ulceración de la piel circundante
- Cosméticamente inaceptable
- Cuello estrecho de la hernia que dificulta su reducción
- Otras complicaciones concomitantes que indican la revisión, como estenosis o prolapso

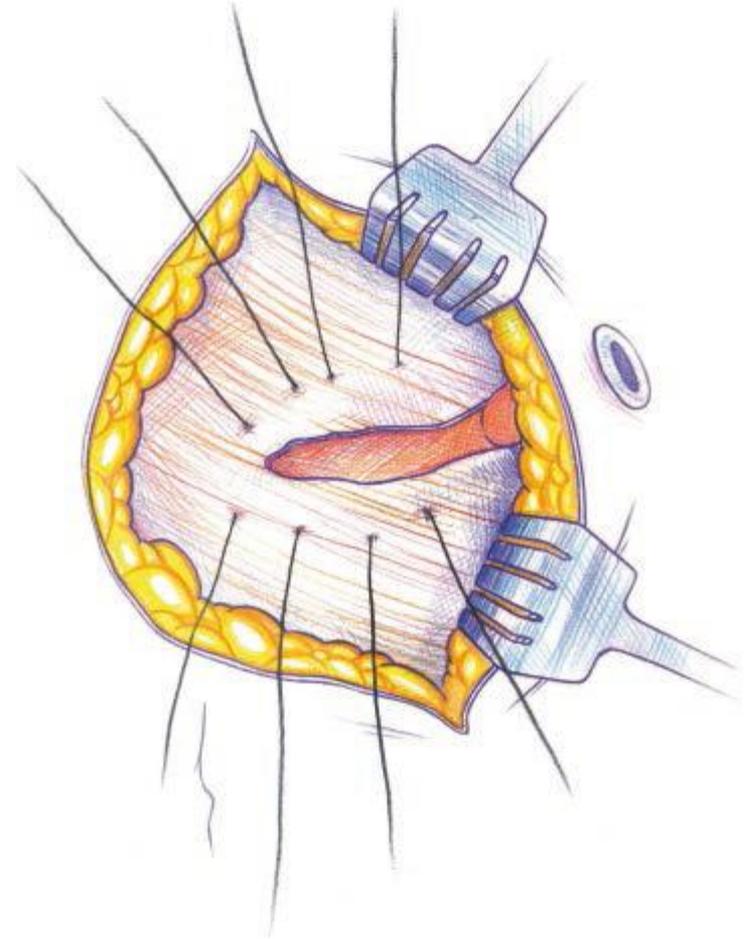
Posibilidades de tratamiento

1. Reparación local tisular.
2. Recolocación del estoma.
3. Reparación con malla.
4. Reparación laparoscópica

REPARACIÓN LOCAL TISULAR

- Thorlakson, 1965
- Técnica:
 - Incisión alrededor del estoma a unos 5 cm.
 - Disección del saco
 - Sutura de los bordes del orificio a puntos sueltos irreabsorbibles

- **Recidiva: 46- 100%**
 - No evita la tensión
 - NO SE RECOMIENDA

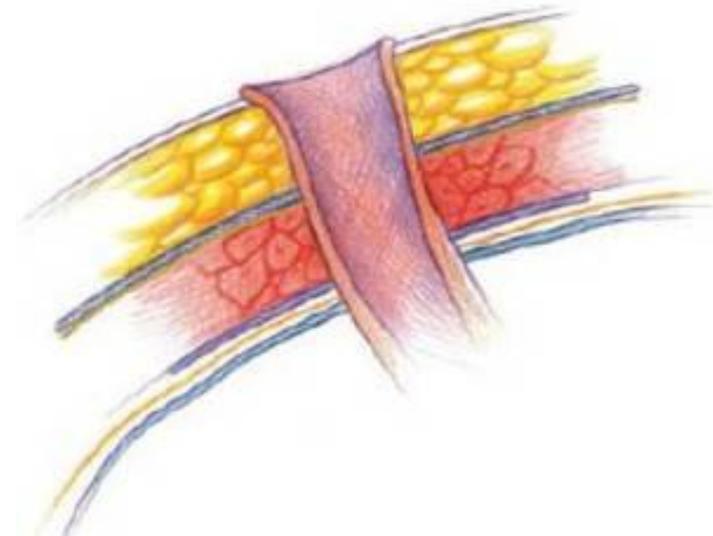


RECOLOCACIÓN DEL ESTOMA

- Técnica:
 - Se desmonta el estoma por laparotomía
 - Cerrar la eventración y crear un nuevo estoma
- Riesgo de nueva eventración
- Complicaciones de la re-laparotomía
 - **Recurrencia 24-86%**
 - Es mayor si se coloca en el mismo lado
 - El sitio primario se debe tratar como una hernia incisional con malla

REPARACIÓN ABIERTA CON PRÓTESIS

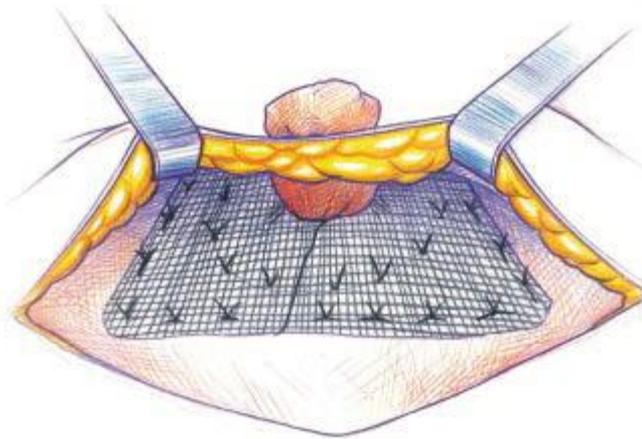
- No hay tensión
- Similares principios que en cualquier eventración con corrección con malla
- Contacto directo de la malla con el intestino
- Los bordes de la malla deben estar al menos a 5cm del borde



SUPRAAPONEURÓTICA (ONLAY)



- Incisión circular, semicircular (270°).
- A 10cm del estoma.
- Dejar 2-3 mm entre el borde de la prótesis y el estoma.



Técnica de **Leslie, 1981**

SUBAPONEURÓTICA (SUBLAY)

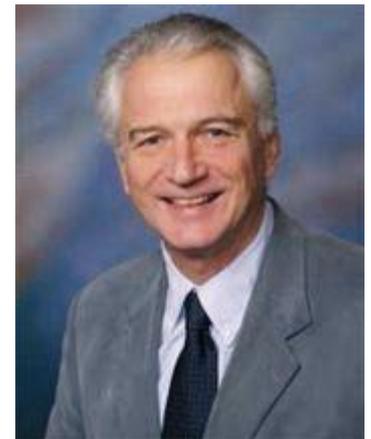


- Desinserción del estoma
 - Sutura del plano posterior, dejando un espacio de 2-3 cm para el estoma.
 - Prótesis entre músculo y plano aponeurótico posterior
 - Se fija al plano posterior
 - El plano anterior se cierra
 - El estoma se vuelve a fijar a la piel
-
- Recurrencia: 7% (la más fiable)

INTRAPERITONEAL: Caso 1

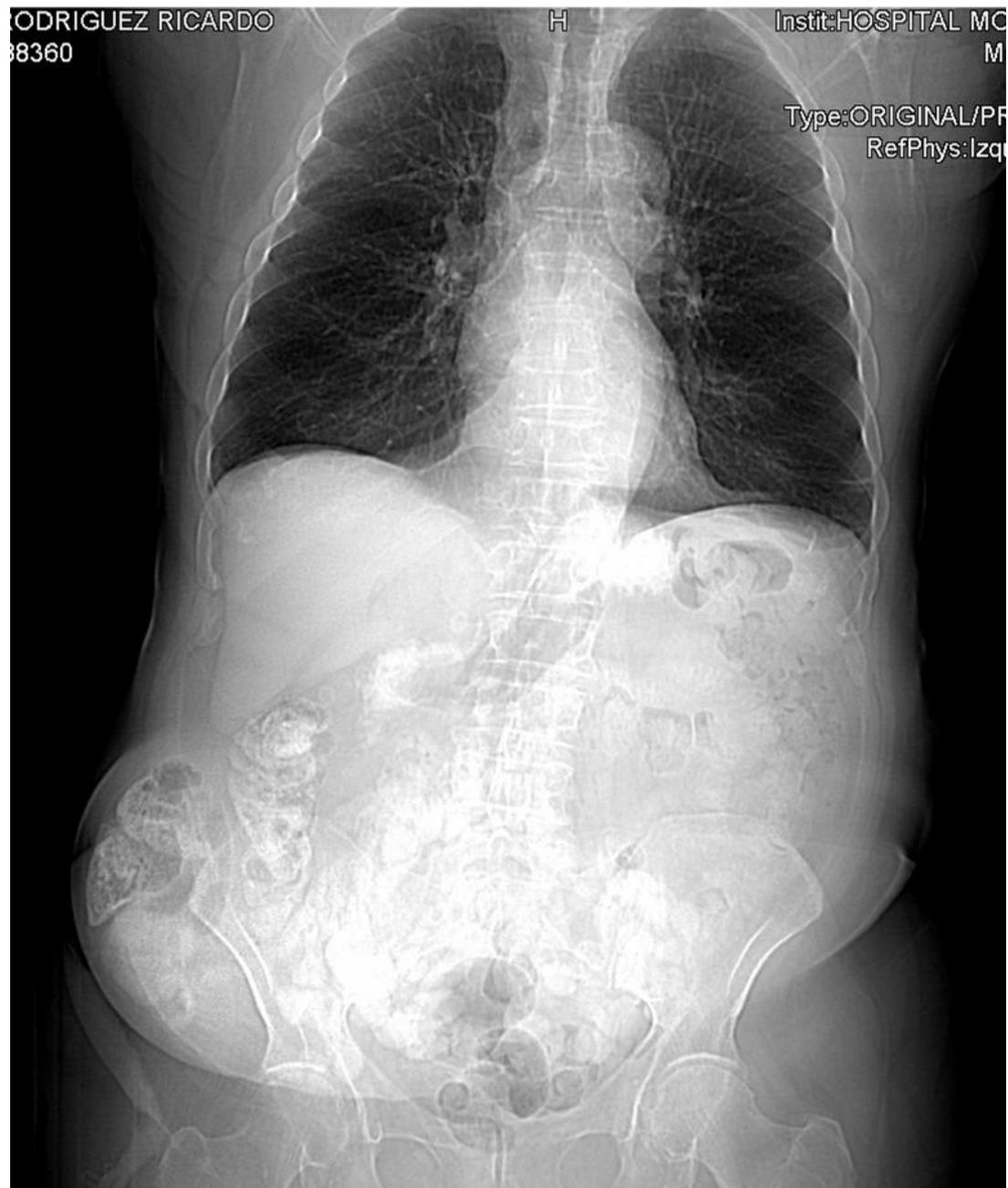


- ✓ Por vía convencional o laparoscópica.
- ✓ Finalidad: evitar el acceso local al estoma.
- ✓ Disminuye el riesgo séptico al tratar el estoma por vía interna.
- ✓ Mayor riesgo de eventración por la nueva laparotomía
- ✓ Recurrencia: 11%
- ✓ Técnica de Keyhole o de Sugarbaker



Paul H. Sugarbaker

Caso 1





Tomografía

Reconstrucción multiplanar de hernia paraestomal

- **Localización:** eventración estomal derecha
- **Contenido:** asas de íleon distal, ciego y tercio proximal de colon ascendente, sin dilatación ni signos de compromiso del saco herniario.
- **Tamaño del saco:** saco herniario de 17 x 13cm de diámetro (craneocaudal por transversal)
- **Tamaño del defecto:** defecto de pared abdominal anterolateral derecha en la línea semilunar, de 12.8 x 8.6cm (craneocaudal anteroposterior).
- **Línea media:** En la línea media no se observan hernias.

3D 1 Distance: 13.86 cm
3D 1 Min/Max: -244 /485

3D 1

Spin:
Tilt:

RefPhys: lzquie

Spin:
Tilt:

3D 1 Distance: 17.34 cm
3D 1 Min/Max: -933 /581

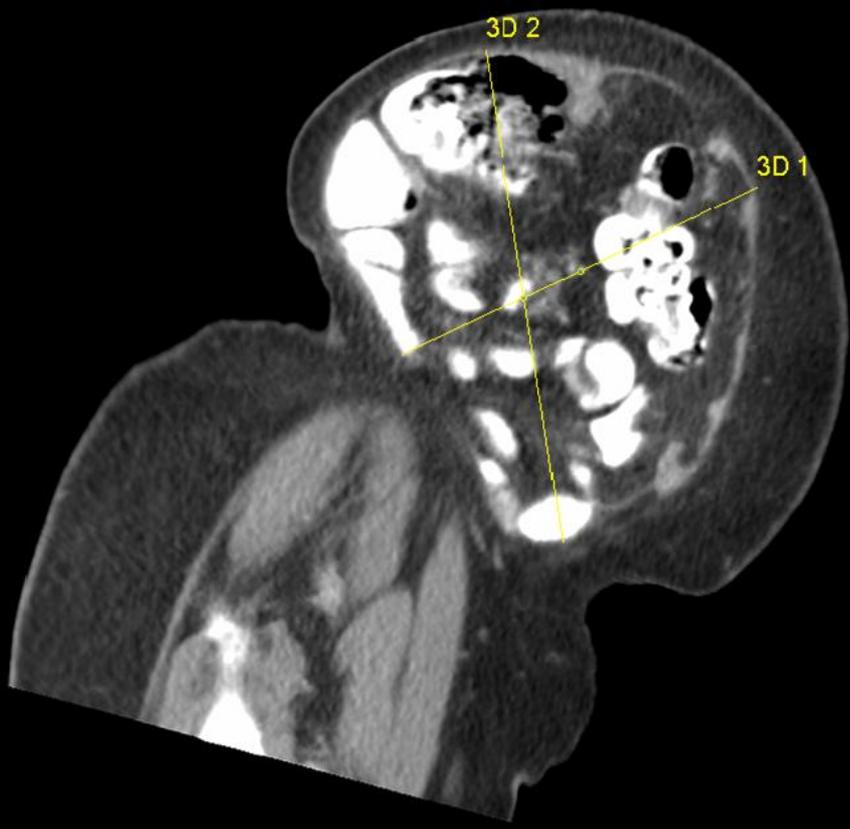
A



3D 2 Distance: 16.68 cm
3D 2 Min/Max: -286 /743

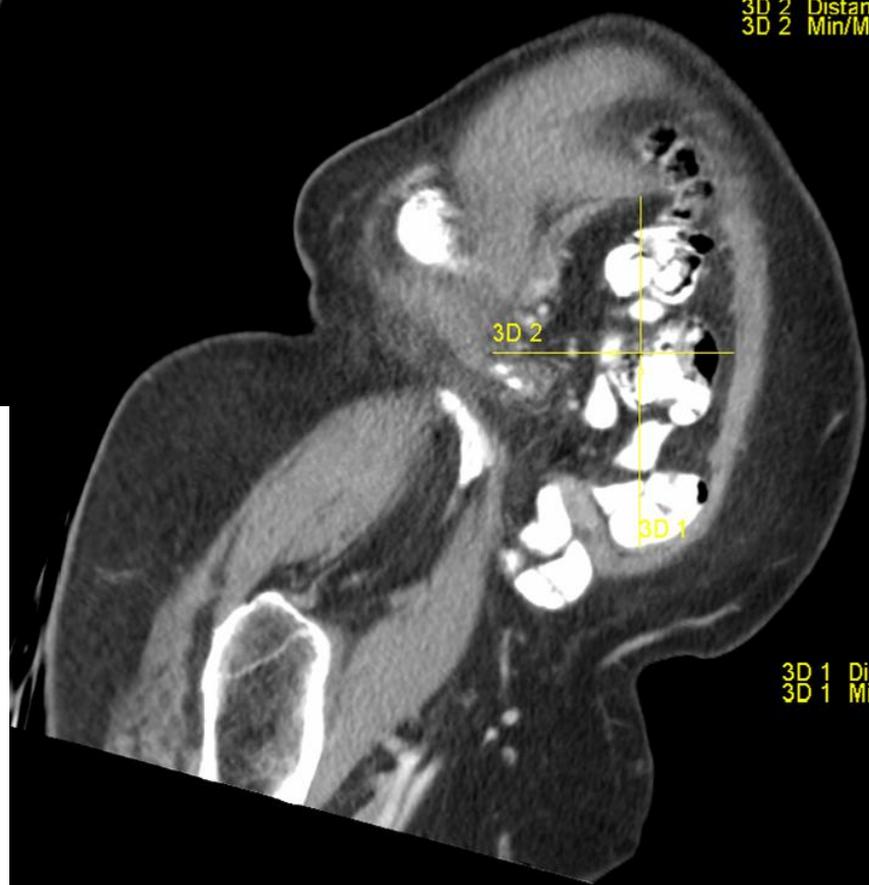
3D 1 Distance: 12.98 cm
3D 1 Min/Max: -83 /644

Spin: 49
Tilt: -17



3D 2 Distance: 8.64 cm
3D 2 Min/Max: -883 /369

Spin: 49
Tilt: -17



3D 1 Distance: 12.83 cm
3D 1 Min/Max: -91 /644





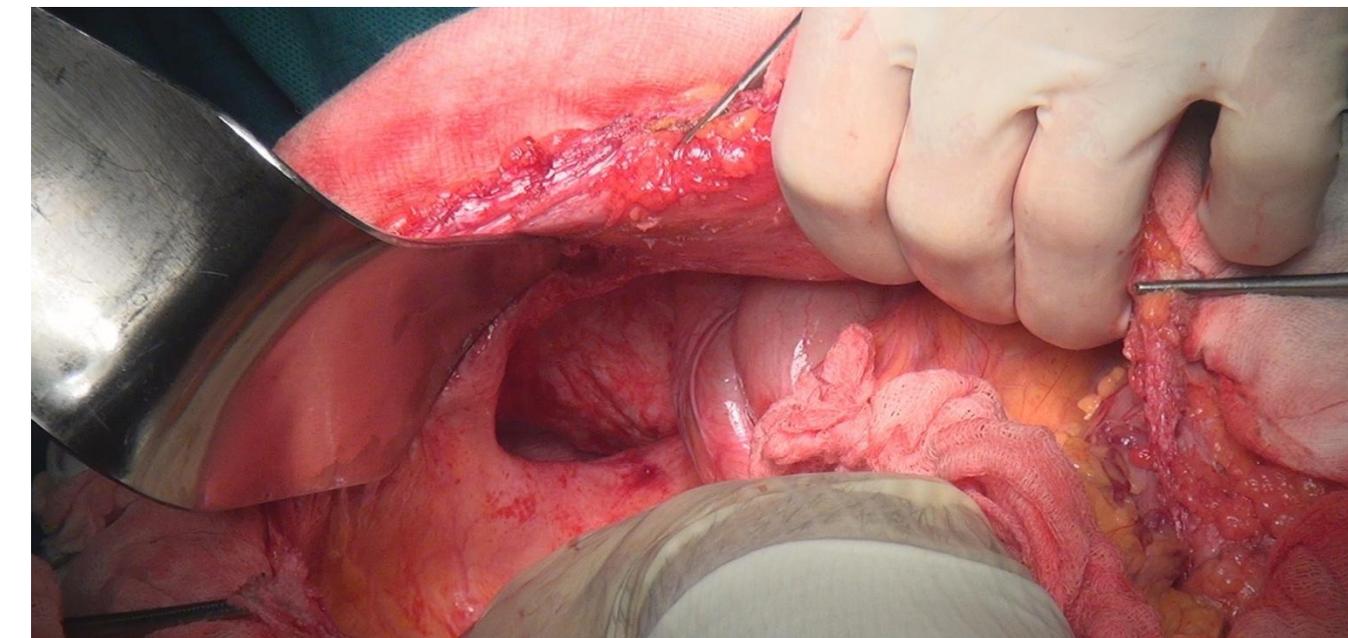
Cambios postcistectomía radical previa con los uréteres abocados a un asa de Bricker en fosa iliaca derecha.

Hernia paraestomal con contenido de colon ascendente y asa de íleon sin datos de compromiso del saco herniario.

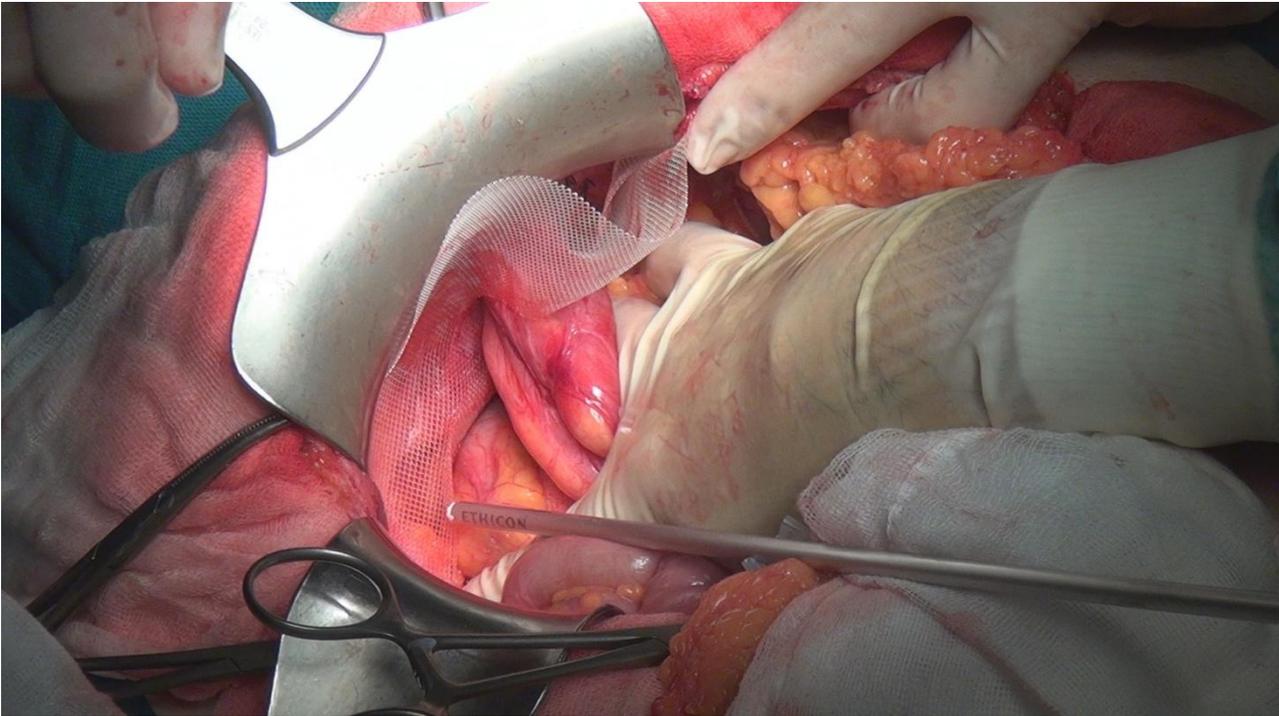
Sin datos de recidiva ni metástasis intra-abdominales.

Hemangioma hepático.





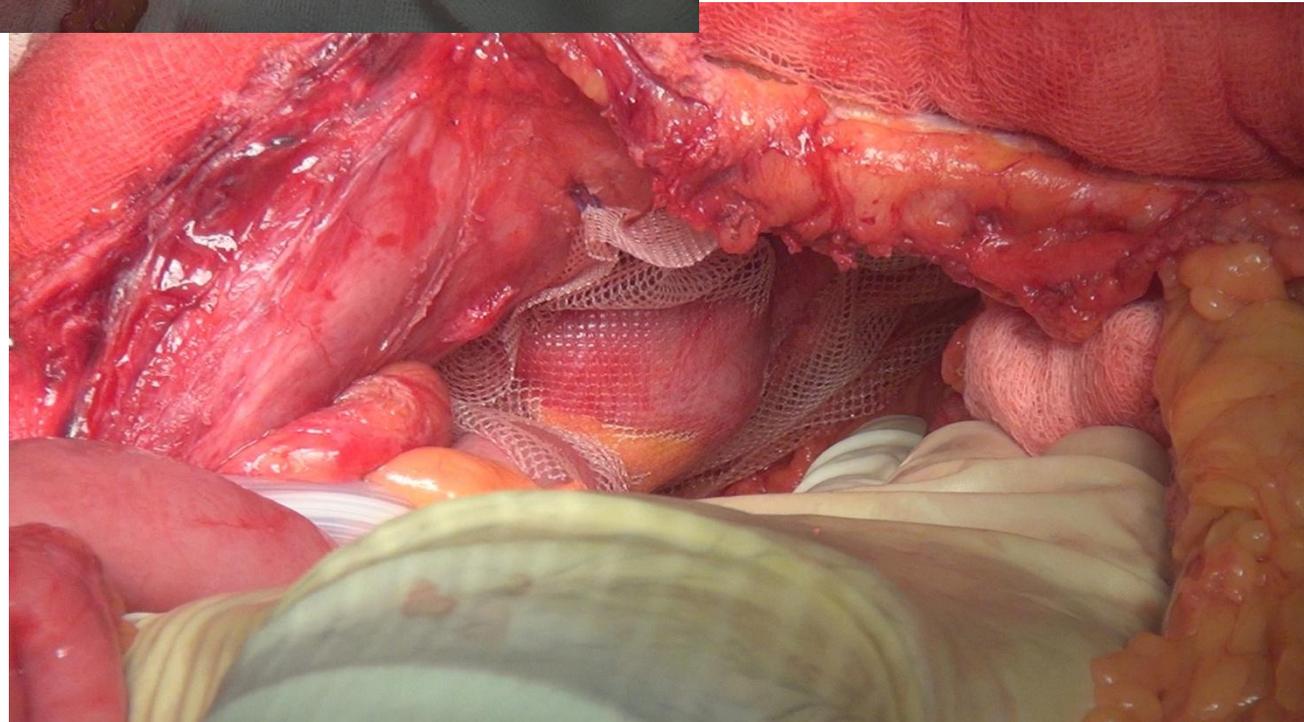
Cierre del defecto mediante sutura a puntos sueltos, ajustando el estoma en la mitad de la reparación



1ª malla a lo Keyhole
Siempre con malla de
PP-Titanio para ajustar
el defecto y evitar las
zonas débiles

2ª malla a lo Sugarbaker

*Técnica de
Berger o de
sándwich*

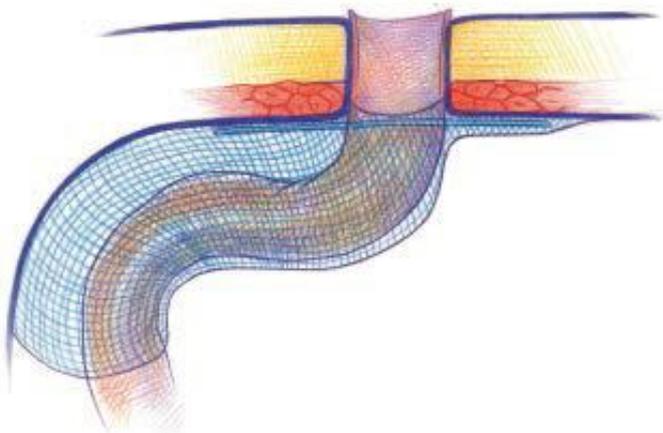
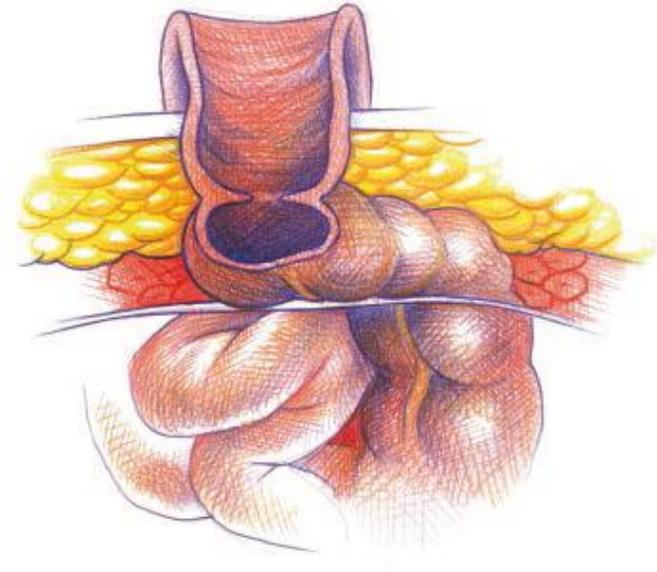


REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA (Caso 2)

- 1998: Porcheron, primera descripción
- Técnica:
 - Liberar adherencias.
 - Reducir el saco.
 - Suturar o no el orificio herniario.
 - Colocar la malla...

Tres modalidades diferentes:

- Tipo Keyhole (malla fenestrada)
- Tipo Sugarbaker (tuneliza el asa)
- Tipo Berger, 2007 (ambas juntas)
- Tipo Moreno-Egea, 2013 (reparación de la hemipared lateral completa a bordes óseos)

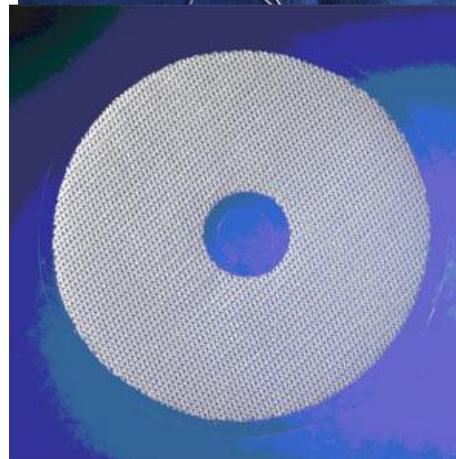
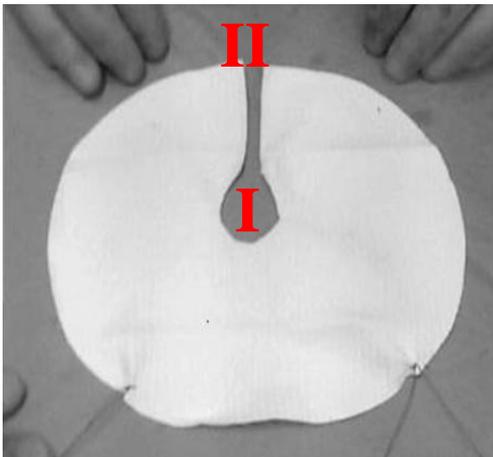
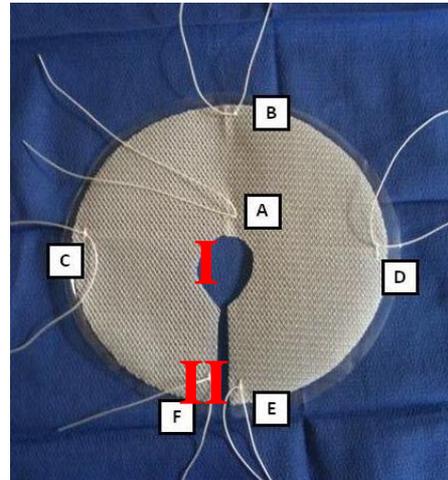


- Complicaciones:
 - Recurrencia 10%.
 - Índice de conversión 15%.
 - Lesión intestinal.
 - Infección de malla.

Problemas del Keyhole:

1. Zona débil de fenestración (II)
2. Agujero preformado no ajustable (I)
3. Malla no adecuada (PTFE: laminar) (III)

Ejemplos de mala técnica

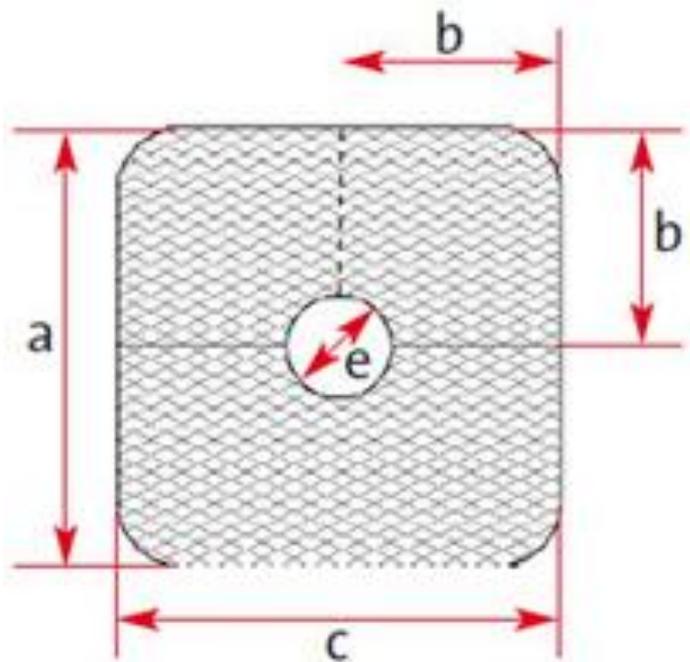


Gore

Covidien

Bard

Malla de PP-Titanio. Evita los tres problemas por su diseño y posibilidad de colocación adaptada al defecto estomal



Tamaño (mm)

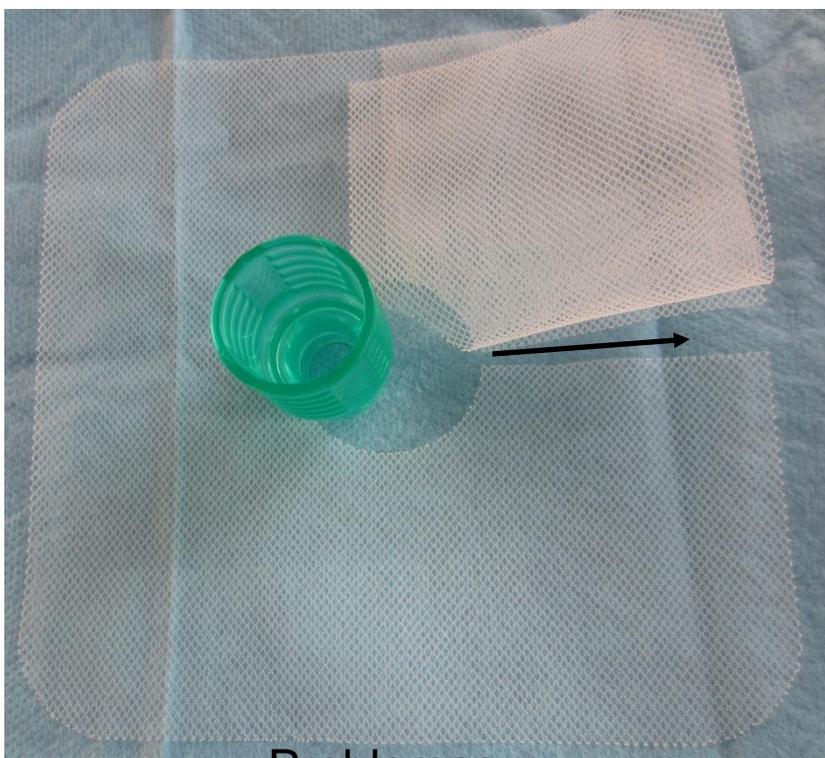
a	b	c	d	e
140	70	140	70	35
140	70	200	100	



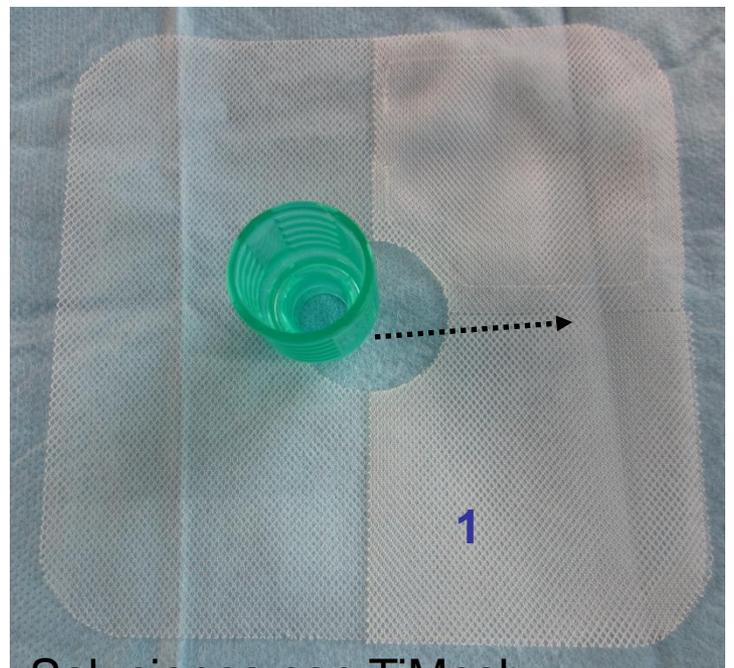
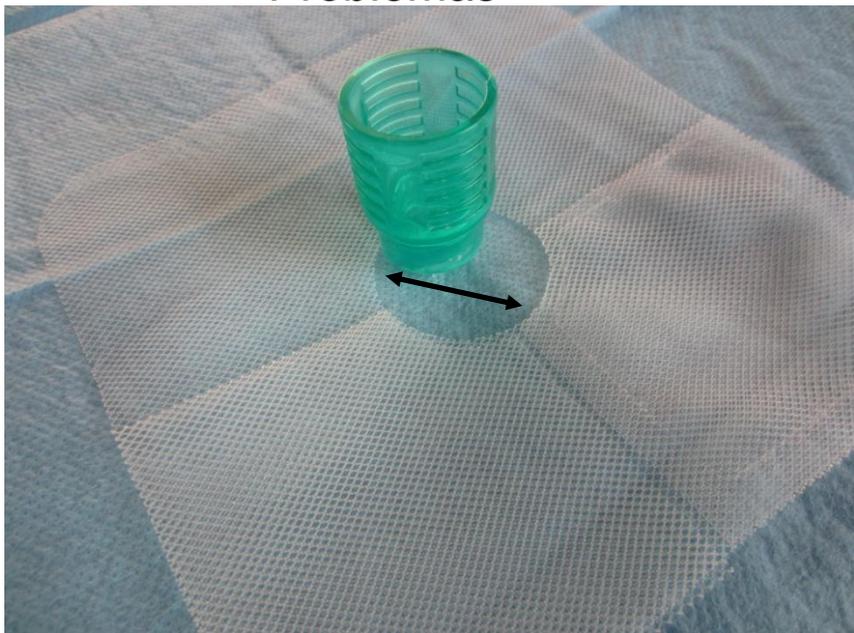
1. La solapa cubre la fenestración



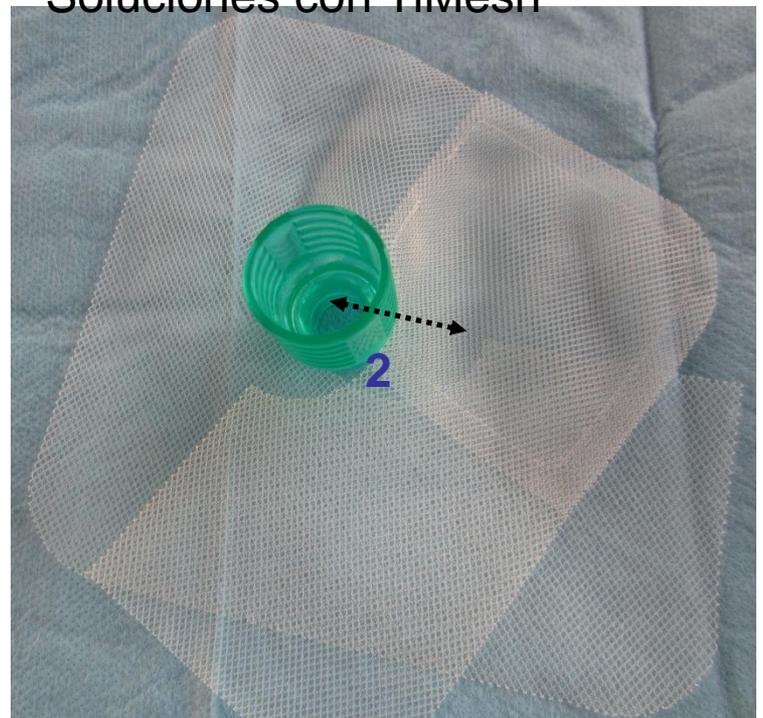
2. El giro de la solapa adapta la malla al estoma



Problemas



Soluciones con TiMesh



Caso 2

- Varón de 63 años
- Exfumador de más de 40c/día.
- Marzo 2007: carcinoma urotelial de vejiga (T2) y CIS en uretra prostática.
- Cistoprostatectomía radical + linfadenectomía ilioobturatriz + uretrectomía 5-6 cm
- AP:
 - Carcinoma transicional de vejiga GIII, T2N1
 - CIS en uretra proximal.
 - AdenoCa de próstata Gleason 4, T2N0
 - CIS en uréter terminal derecho

- QT: Carboplatino + gencitabina (4 ciclos entre junio-agosto 2007)
- Controles periódicos sin recaída de la enfermedad.
- 6 años después de la intervención...

Caso 2: TAC

Herniación paraestomal a expensas de asas de intestino delgado ileal y mesenterio, que salen por el estoma justo por encima del nivel del asa de Bricker.

Tamaño: 1. defecto: agujero parietal de 39mm.

2. saco: la bolsa de herniación de intestino delgado alcanza hasta 12 cm de longitud, el colon no está afectado.

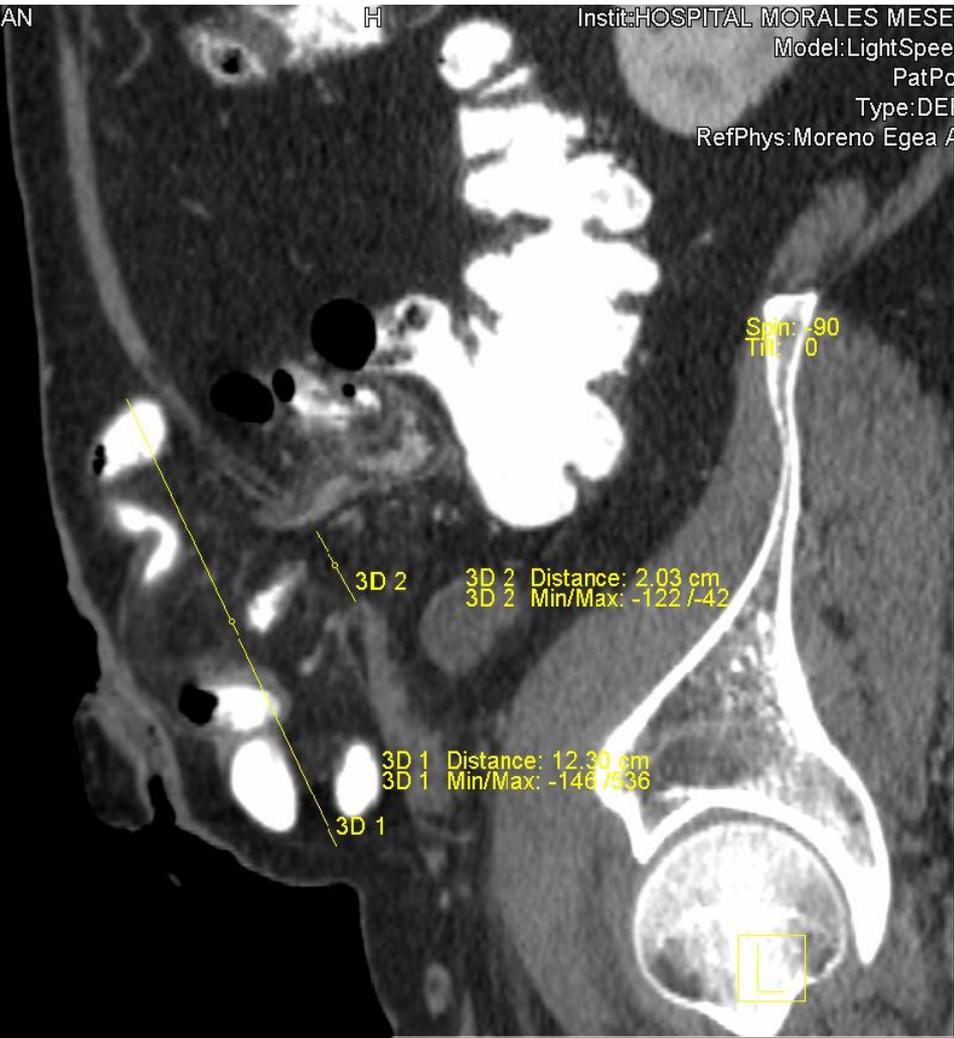
Name:HERNANDEZ GARCIA JUAN
ID:CARM258297763096
DOB:05/01/1948
AcqDt:07/12/2012
AcqTm:9:49:34
ImNo:1
SL:
StID:38961

Instit:HOSPITAL MORALES MESEGUER
Model:LightSpeed VCT
PatPos:FFS
Type:DERIVED
RefPhys:Moreno Egea Alfredo

x 0.987

A

mAs:
GT:0.000
ST:1.250
AcqNo:1



Spin: -90
Tilt: 0

3D 2 Distance: 2.03 cm
3D 2 Min/Max: -122 / -42

3D 1 Distance: 12.30 cm
3D 1 Min/Max: -146 / 536

W 550
C 100

Name:HERNANDEZ GARCIA JUAN
ID:CARM258297763096
DOB:05/01/1948
AcqDt:07/12/2012
AcqTm:9:49:34
ImNo:2
SL:
StID:38961

Instit:HOSPITAL MORALES MESEGUER
Model:LightSpeed VCT
PatPos:FFS
Type:DERIVED
RefPhys:Moreno Egea Alfredo

x 0.987

Spin: 0
Tilt: 0

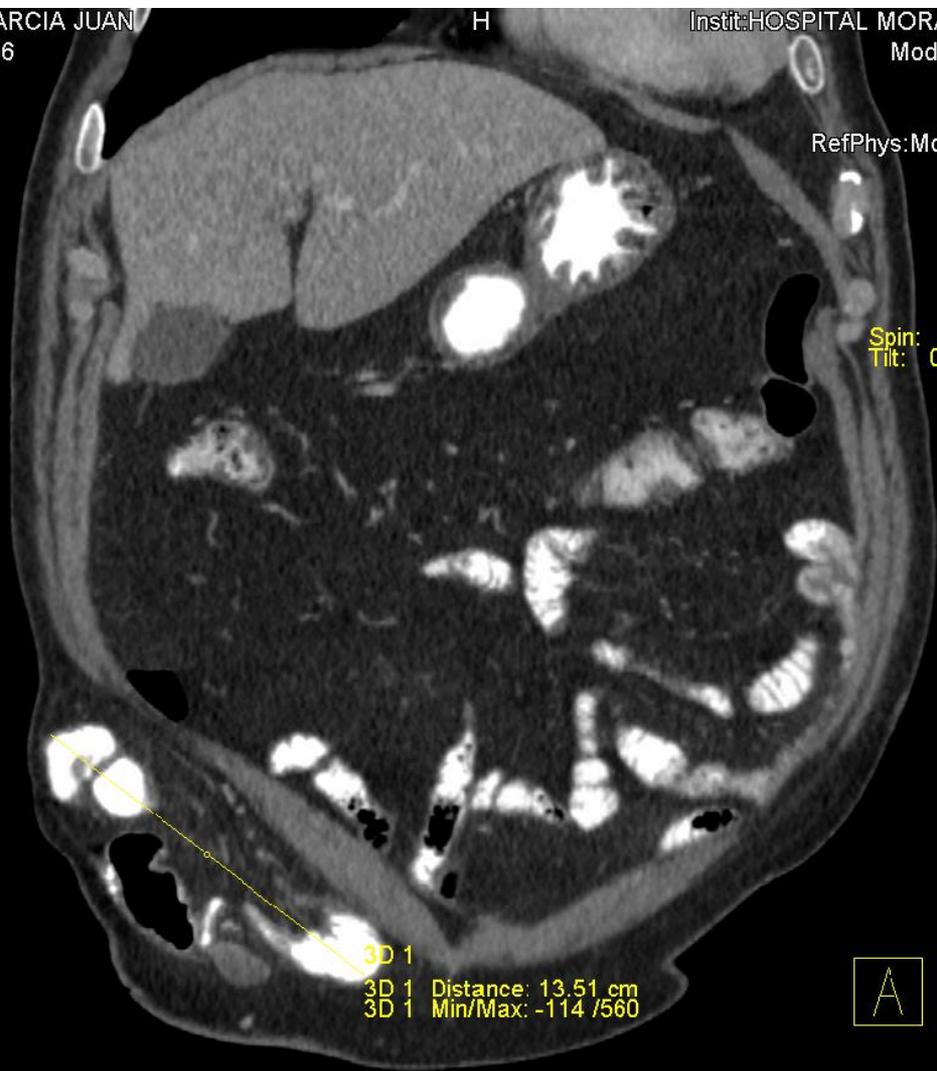
R

3D 1
3D 1 Distance: 13.51 cm
3D 1 Min/Max: -114 /560

A

mAs:
GT:0.000
ST:1.250
AcqNo:1

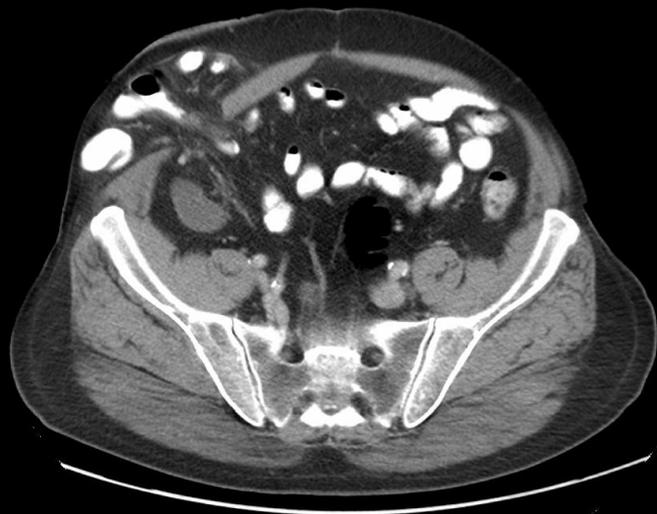
W 550
C 100



Name:HERNANDEZ GARCIA JUAN
ID: CARM258297763096
DOB: 05/01/1948
AcqDt: 07/12/2012
AcqTm: 9:49:34
ImNo: 59
SL: -254.500
StID: 38961

A

Instit: HOSPITAL MORALES MESEGUER
Model: LightSpeed VCT
PatPos: FFS
Type: ORIGINAL/PRIMARY/AXIAL
RefPhys: Moreno Egea Alfredo



mAs: 37
GT: 0.000
ST: 5.000
AcqNo: 1

Name:HERNANDEZ GARCIA JUAN
ID: CARM258297763096
DOB: 05/01/1948
AcqDt: 07/12/2012
AcqTm: 9:49:34
ImNo: 62
SL: -269.500
StID: 38961

A

Instit: HOSPITAL MORALES MESEGUER
Model: LightSpeed VCT
PatPos: FFS
Type: ORIGINAL/PRIMARY/AXIAL
RefPhys: Moreno Egea Alfredo



mAs: 37
GT: 0.000

Name:HERNANDEZ GARCIA JUAN
ID: CARM258297763096
DOB: 05/01/1948
AcqDt: 07/12/2012
AcqTm: 9:49:34
ImNo: 65
SL: -284.500
StID: 38961

W 400
A

Instit: HOSPITAL MORALES MESEGUER
Model: LightSpeed VCT
PatPos: FFS
Type: ORIGINAL/PRIMARY/AXIAL
RefPhys: Moreno Egea Alfredo

W 400
C 40



x 1.865

mAs: 36
GT: 0.000
ST: 5.000
AcqNo: 1

W 400
C 40

Hernia Paraurostomal (TAC)

Tamaño <4cm

Laparoscopia

Plastia peritoneal
+ Keyhole (**con
PP-Titanio**)

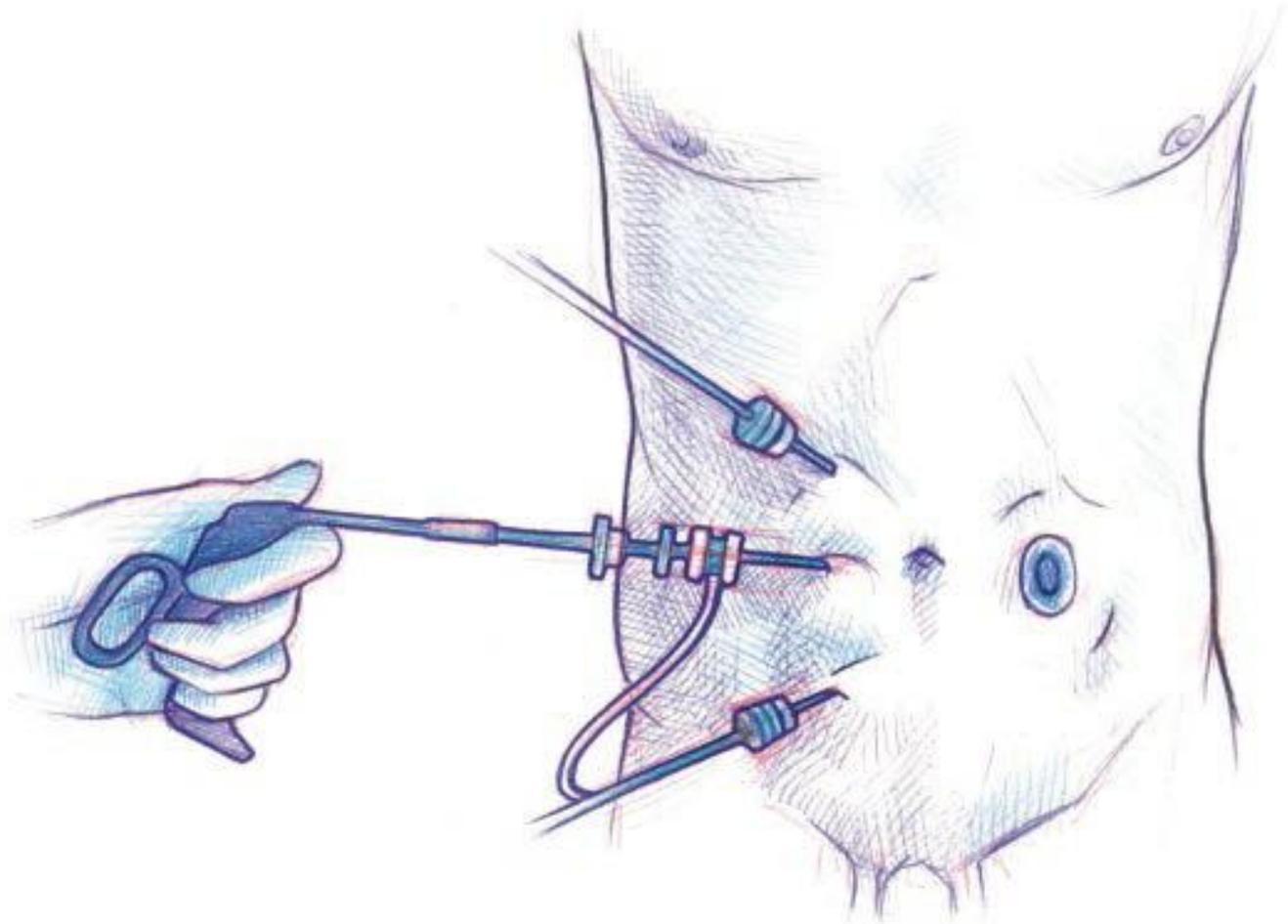
Tamaño >4cm

Laparotomía

Cierre del defecto
+ Keyhole
+ Sugarbaker

>4cm + Atrofia
muscular
Moreno-Egea

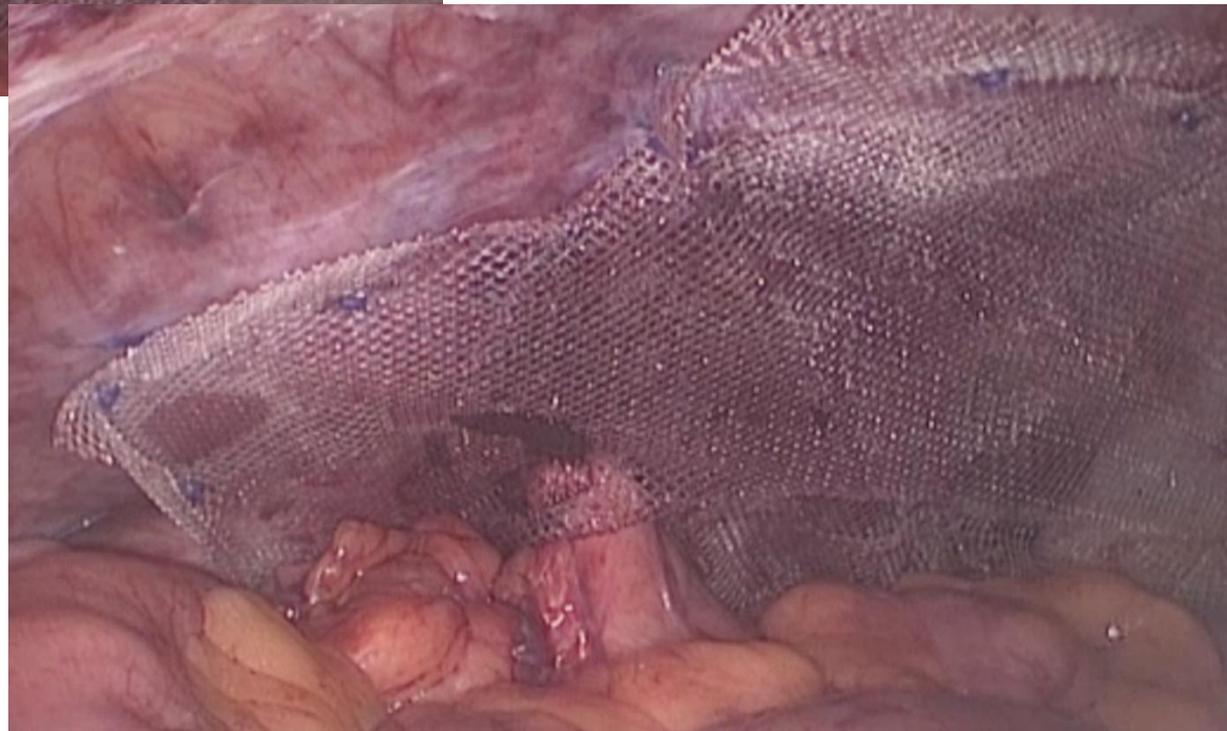




Posición de los trocares

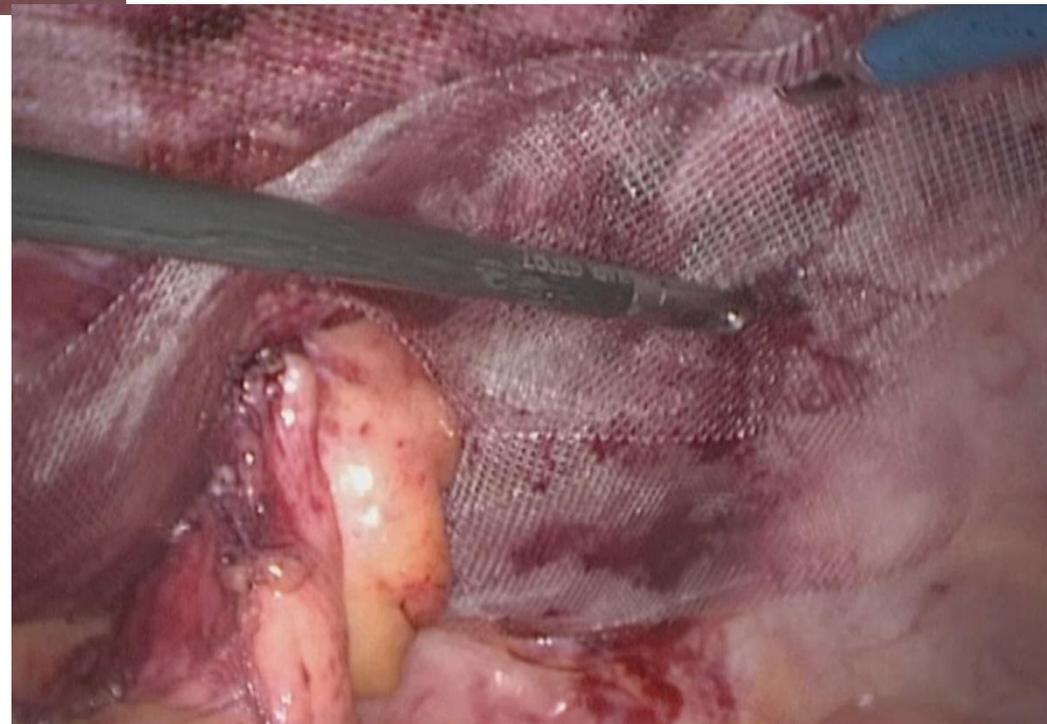


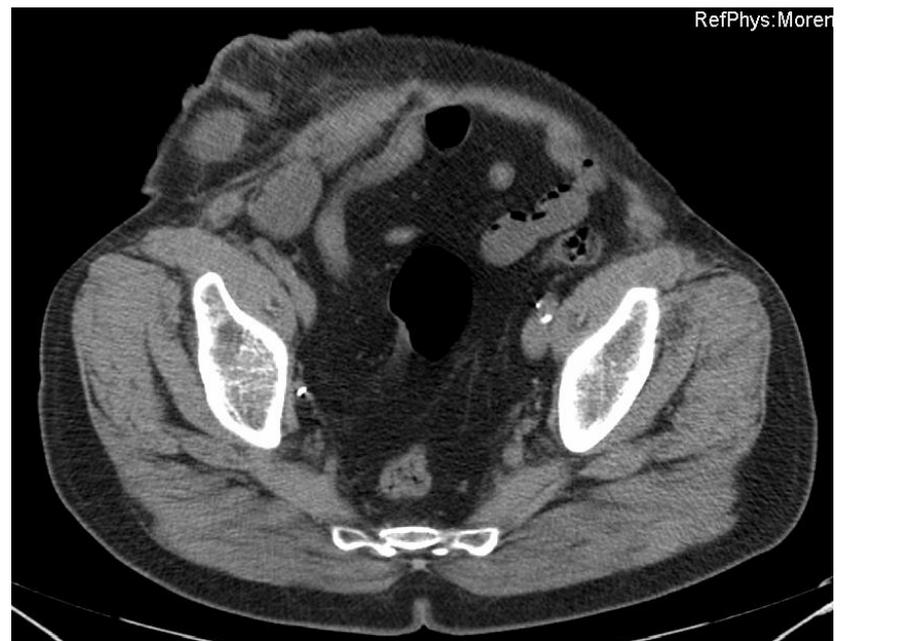
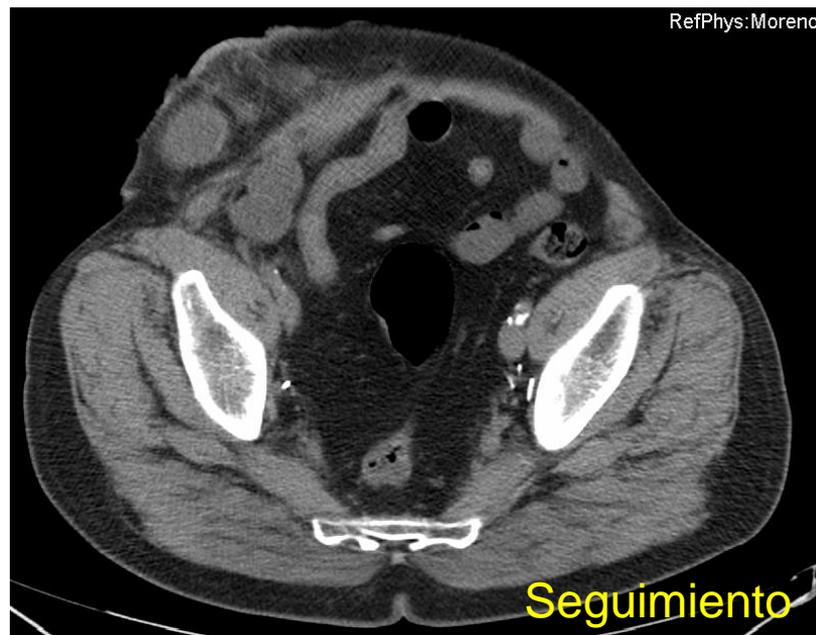
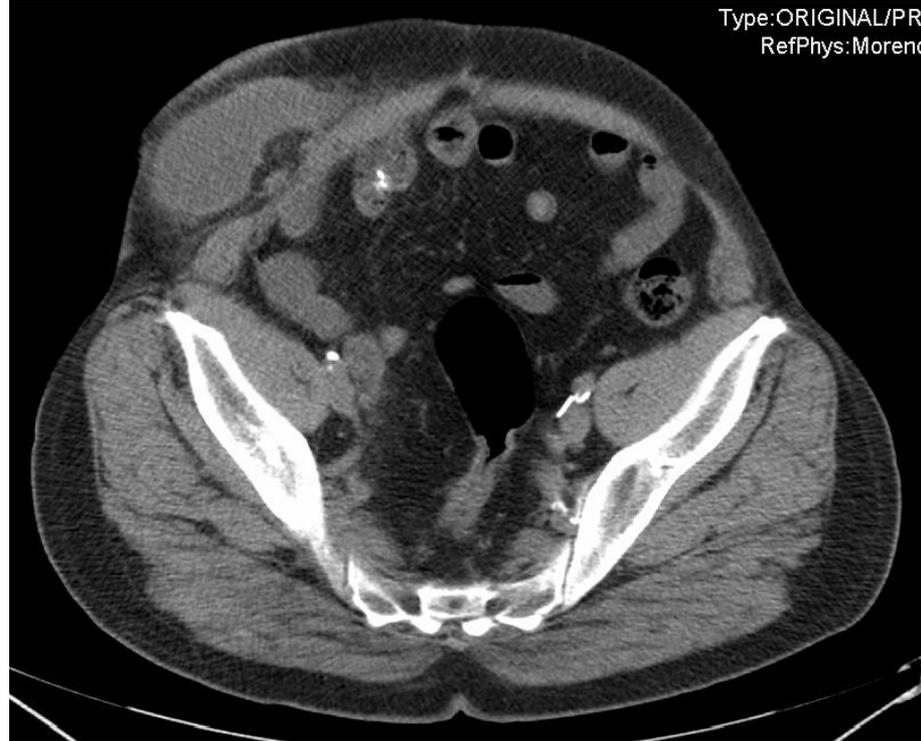
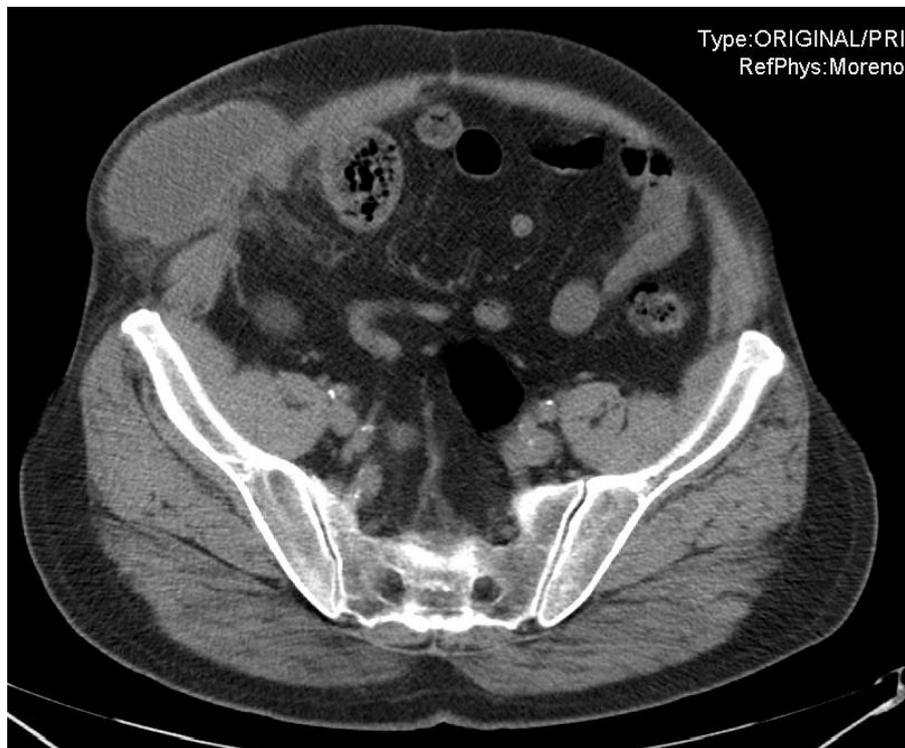
Fijación inicial de la malla
Timesh con pistola de
grapas reabsorbibles

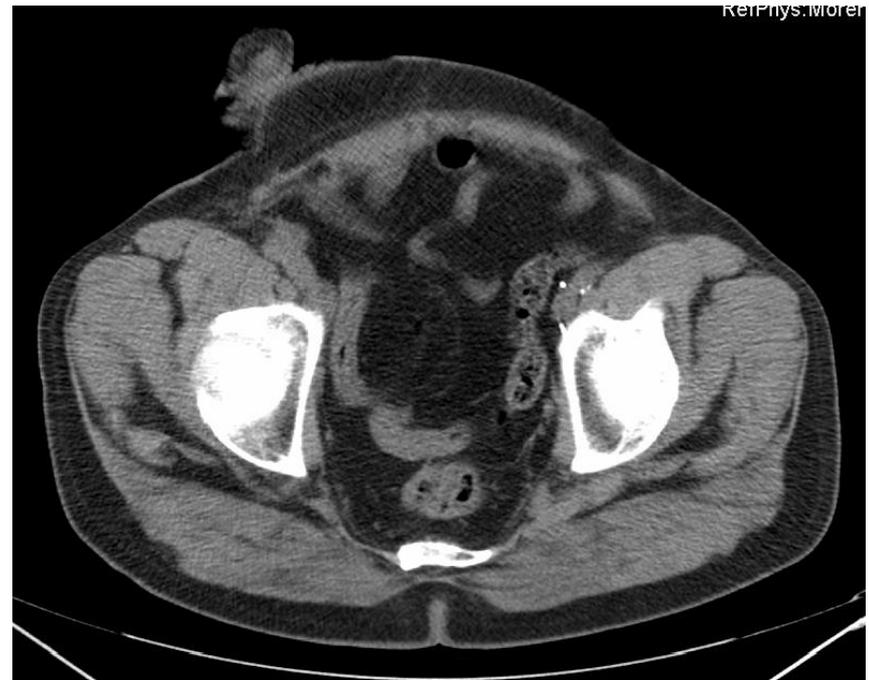




Fijación final de la malla
alrededor del estoma con
cianoacrilato (*Ifabond*)







En el espesor de la grasa subcutánea adyacente al estoma se observa una colección de 8,6 x 4 cm., bien delimitada, compatible con seroma o hematoma.

No se observa recidiva de hernia para estomal.



www.clinicahernia.com

www.alfredomorenoegea.es



Haceros socios de la SOHAH...