

CAPITULO III-311 ANEXO

Complicaciones de las colostomías
Enciclopedia Cirugía Digestiva
F. Galindo y colab.

ANEXO 1

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE EVENTRACIONES PARAOSTÓMICAS

MARIO SALOMON *

Jefe de Servicio de Coloproctología,
Profesor adjunto de Cirugía Pontificia Universidad Católica de Bs.As

MATÍAS MORRA *

Jefe de residentes de cirugía general

* Hospital Británico, Buenos Aires.

Existen cuatro técnicas para la reparación laparoscópicas de las eventraciones paraostómicas. En todas se utilizan mallas dispuestas en el plano intraperitoneal.

- Relocalización y eventroplastia laparoscópica clásica.
- Técnica de Sugarbaker.
- Técnica de keyhole.
- Técnica combinada (Keyhole + Sugarbaker).

POSICIÓN DEL PACIENTE Y EQUIPO QUIRÚRGICO:

El paciente se ubicará en la posición de decúbito dorsal y de Lloyd Davis modificada. El equipo quirúrgico se dispone al lado opuesto a la eventración y la torre de laparoscopia enfrentando al cirujano. (Fig. 1)

SALOMON M, MORA M: Tratamiento laparoscópicos de eventraciones paraostómicas. Enciclopedia Cirugía Digestiva. F. Galindo y colab. www.sacd.org.ar 2014; cap. III-311 Anexo, pág. 1-4.

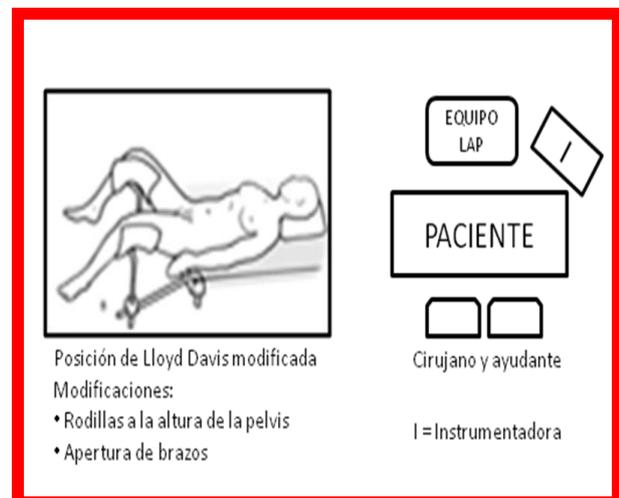


Figura Nro. 1
Posición del paciente y del equipo quirúrgico.

POSICIÓN DE LOS TROCARES:

El objetivo es lograr una buena triangulación para lo cual generalmente, se coloca un trocar de 10 mm a nivel del flanco

opuesto a la eventración por técnica abierta y se realiza una insuflación de CO₂ hasta alcanzar una presión de 12 mmHg. Se colocan trócares accesorios según la anatomía intraabdominal, frecuentemente uno en fosa ilíaca y otro en hipocondrio opuestos a la ostomía. (Fig. 2).

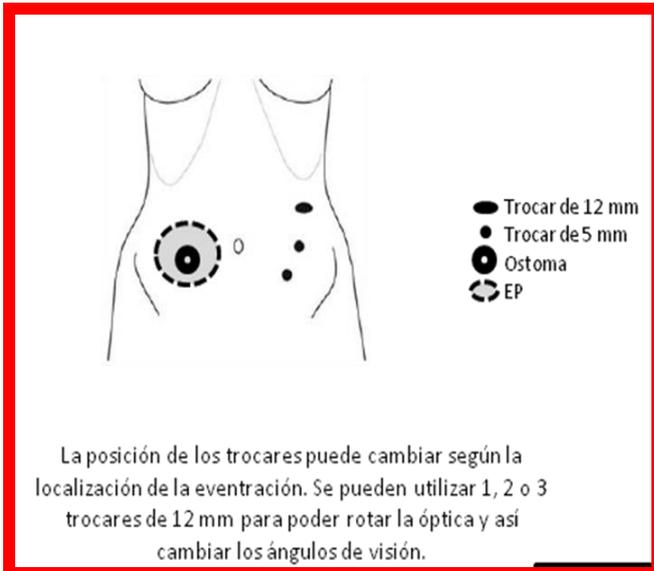


Figura Nro. 2
Localización de los trócares.

PASOS QUIRÚRGICOS:

Enterolisis y liberación de adherencias.
Reducción del contenido eventrógeno.
Evaluación del anillo (Fig. 3).



Figura Nro. 3
Anillo para colostomico y contenido.
Eventroplastia:

Técnica de Sugarbaker:

Consiste en revestir el defecto eventrógeno con una malla intraperitoneal cubriendo a su vez el asa intestinal ostomizada en el sector proximal a la ostomía. Para esto se realiza la lateralización del asa, con posterior fijación de la misma a la pared o no. Se prosigue con la medición correcta del defecto y preparación de la malla con 2 o 3 puntos cardinales para ayudar a su presentación intraabdominal. Comienza la fijación con los puntos cardinales transparietales y luego con agrafes, es preferible la colocación de los mismos de distal a proximal (al operador) para lograr una mejor exposición, es de suma importancia conseguir que la malla quede sin pliegues y bien extendida, procurando que el asa de intestino involucrado no quede angulada ni demasiado comprimida por la misma. (Fig. 4).

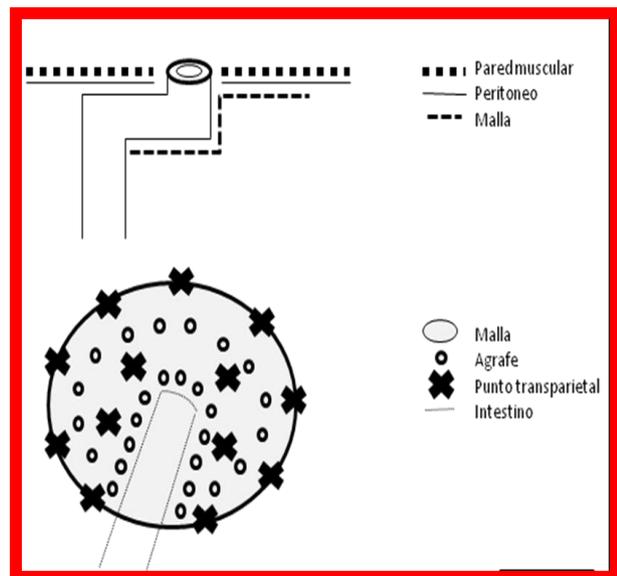


Figura Nro. 4
Técnica de Sugarbaker.

Técnica Keyhole:

En esta técnica se coloca una malla previamente confeccionada en forma de herradura, de modo que una vez colocada, el asa de intestino discorra hacia el ostoma por un orificio central. Para esto se requiere la correcta liberación del asa y del orificio eventrógeno. La preparación de la malla es

similar a la técnica de Sugarbaker. Se presenta la misma dentro del abdomen de modo que el sector abierto de la herradura quede orientada hacia el cirujano y de ser posible contraria al defecto eventrógeno. Se comienza la fijación con agrafes de distal a proximal, entrecruzando el sector abierto de la herradura de modo que el asa quede rodeada por la malla, evitando que no quede comprimida ni holgada, con un orificio de unos 2 cm de diámetro aproximadamente (Fig. 5).

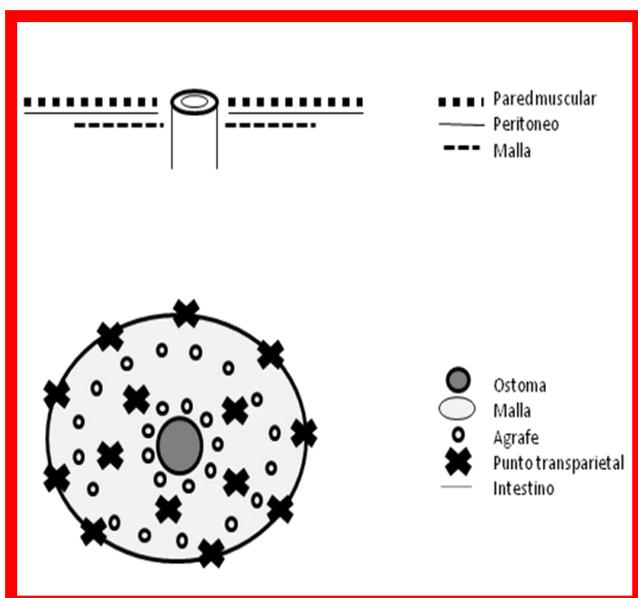


Figura Nro. 5
Técnica de Sugarbaker

Posteriormente se realiza un punto intracorpóreo para fijar la malla al asa intestinal en la unión de ambas. El aspecto final de esta técnica se observa en la Fig. 6.

Técnica combinada:

Esta técnica consiste simplemente en la colocación de dos mallas. Se coloca una primera malla con técnica de Keyhole y posteriormente se lateraliza el asa y se realiza una plástica a lo Sugarbaker. Esta técnica presentaría buenos resultados respecto al índice de recidivas, sin embargo posee ciertas desventajas como la necesidad de dos mallas de colocación



Figura Nro. 6
Aspecto final con Técnica Keyhole.

Intraperitoneal y requerir de múltiples fijaciones, las cuales generan más dolor postoperatorio.

En líneas generales e independientemente de la técnica empleada se recomienda que el tamaño de la malla debe ser el necesario como para exceder el defecto en 5 cm por lo menos y colocar no menos de 1 agrafe cada 2 cm y un punto transparietal cada 5 cm. ⁽²⁾

Resultados:

Si bien ambas técnicas ofrecen resultados satisfactorios, existe evidencia de que la técnica de Sugarbaker presenta menor índice de recidivas con respecto a la técnica Keyhole (11,6% vs 20,8%) sin haber diferencias significativas en cuanto a morbilidad ⁽⁵⁾. Por otra parte la técnica de Sugarbaker sería técnicamente más sencilla y rápida de realizar. Por estas razones en nuestro centro, preferimos la técnica de Sugarbaker siempre y cuando sea posible de realizar.

Materiales protésicos:

Existen ciertos prejuicios respecto al uso de mallas en contacto con vísceras, los cuales incluyen adherencias, mayor riesgo de infección, erosión o perforación de viscera y estenosis del ostoma, sin embargo los mismos fueron descartados por la literatura actual ⁽²⁾.

No hay acuerdo en cual es el tipo ideal de malla a utilizar, aunque se prefiere el uso de mallas compuestas con protección

para las vísceras. Existen mallas prefabricadas de poliéster que poseen un film hidrofílico absorbible de colágeno porcino, polietilenglicol y glicerol aptas para el uso intraperitoneal ⁽³⁾. En algunos centros también utilizan mallas de politetrafluoroetileno (PTFE), fluoruro de polivinilideno (PVDF) o polipropileno recubierto con poliglactina. ⁽⁴⁾ (Véase sobre mallas el cap I-115, Anexo 1)

Profilaxis de eventraciones:

Existen varios reportes que indican la conveniencia de colocar una malla durante la cirugía de confección de la ostomía ya que disminuye el riesgo de eventraciones sin aumentar el número de complicaciones, y en caso de desarrollarse, la mayoría de las eventraciones son asintomáticas, pequeñas y no requieren corrección quirúrgica ^(4,6).

Bibliografía:

1. **GARCÍA-VALLEJO L., CONCHEIRO P., MENA E., BALTAR J., BAAMONDE I., FOLGAR L.**, Parastomal hernia repair: laparoscopic ventral hernia meshplasty with stoma relocation. The current state and a clinical case presentation. *Hernia* 2011; 15:85-91.
2. **HANSSON B., SLATER N.J., SCHOUTEN VAN DER VELDEN A., GROENEWOUD H.M, BUYNE O.R., DE HINGH I.H., BLEICHRODT R.P.** Surgical Techniques for Parastomal Hernia Repair. A Systematic Review of the Literature. *Ann Surg.* 2012; 255,685-695.
3. **HAUTERS P., CARDIN J.L., LEPERE M., VALVERDE A., COSSA J.P., AUVRAY S** Prevention of parastomal hernia by intraperitoneal onlay mesh reinforcement at the time of stoma formation. *Hernia* 2012; 16:655-660.
4. **JÄNES A., CENGIZ Y., ISRAELSSON L.A.** Preventing Parastomal Hernia with a Prosthetic Mesh: A 5-Year Follow-up of a Randomized Study. *World J Surg* 2009; 33:118–121.
5. **CLEMORE E.C., HAROLD K.L., EFRON J.E., LAXA B.U., YOUNGFADOK T.M., HEPPELL J.P.** Parastomal Hernia: Short-Term Outcome After Laparoscopic and Conventional Repairs. *Surg Innov.* 2007; 14-3:199-204.
6. **WIJEYKOON S.P., GURUSAMY K., ELGENDY K., CHAN C.L.** Prevention of Parastomal Herniation with Biologic/Composite Prosthetic Mesh: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Coll Surg* 2010; 211:637–645.