



Caso clínico

Reparación laparoscópica de hernia paraestomal con técnica de Sugarbaker

Laparoscopic parastomal hernia repair with the Sugarbaker technique



Andrés Aldape Mora, David Ramírez Reyes, Gerardo Sánchez Miranda, Alain Anahí Salazar Almanza, Enrique Moncada Mapelli

Departamento de Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Aguascalientes (México)

Recibido: 12-11-2020
Aceptado: 22-11-2020

Palabras clave:
Hernia paraestomal, técnica de Sugarbaker, abordaje laparoscópico.

Keywords:
Parastomal hernia, Sugarbaker technique, laparoscopic approach.

Resumen

Introducción: La hernia paraestomal se define como un defecto a nivel de la pared abdominal relacionado con la presencia de una enterostomía. Es una complicación común en la formación de estomas. La técnica de reparación laparoscópica de Sugarbaker consiste en el refuerzo de la pared posterior con una malla plana que cabalga sobre el asa intestinal del estoma a modo de puente, tunelizando una porción.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 42 años de edad con una hernia paraestomal de 10 × 10 cm y hernia umbilical no complicada. Se lleva a cabo la reparación de la pared abdominal con colocación de malla de doble componente mediante abordaje laparoscópico con técnica de Sugarbaker.

Conclusión: el abordaje laparoscópico para la hernia paraestomal con la técnica de Sugarbaker es seguro y con resultados favorables a corto plazo.

Abstract

Background: Parastomal hernia is defined as a defect at the level of the abdominal wall related to the presence of an enterostomy. It is a common complication in stoma formation. Sugarbaker's laparoscopic repair technique consists of reinforcing the posterior wall with a flat mesh that rides over the intestinal loop of the stoma as a bridge, tunneling a portion of it.

Case report: We present the case of a 42-year-old patient with the presence of a 10 × 10 cm parastomal hernia and an uncomplicated umbilical hernia, undergoing repair of the abdominal wall with placement of a double-component mesh using a laparoscopic approach with the Sugarbaker technique.

Conclusion: The laparoscopic approach for parastomal hernia repair using the Sugarbaker technique is safe and associated with favorable short-term outcomes.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de interés.

*Autor para correspondencia: Andrés Aldape Mora. Departamento de Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Av. Ferrocarril, s/n. 20259 Alameda, Aguascalientes (México)
Correo electrónico: drandalmo@gmail.com

Aldape Mora A, Ramírez Reyes D, Sánchez Miranda G, Salazar Almanza AA, Moncada Mapelli E. Reparación laparoscópica de hernia paraestomal con técnica de Sugarbaker. Rev Hispanoam Hernia. 2023;11(2):92-95

INTRODUCCIÓN

La hernia paraestomal (HP) se define como un defecto de la pared abdominal relacionado con la presencia de una enterostomía^{1,2}. Es una complicación común en la formación de estomas, con una incidencia variable: desde el 3 % al 39 % asociada a colostomías³. El abordaje quirúrgico para la reparación de la HP continúa siendo un tema controvertido por las múltiples técnicas descritas. Dentro de los abordajes abiertos se encuentran la reparación simple, las plastias prefascial, retromuscular e intraperitoneal, así como la trasposición del estoma con cierre primario del defecto. Los abordajes laparoscópicos incluyen la técnica de *keyhole*, Sugarbaker y sándwich. La reparación laparoscópica de la HP es la preferida por muchos cirujanos debido a su baja tasa de infección (0.7 %)⁷, la detección concomitante de otros defectos herniarios con posibilidad de llevar a cabo reparación en el mismo tiempo quirúrgico⁸ y el menor dolor posoperatorio. La técnica laparoscópica de Sugarbaker ha demostrado tener la mayor efectividad y la mayor reducción en la tasa de recurrencia en estos casos⁵ y está recomendada por la Sociedad Internacional de Endohernia⁶.

La técnica de Sugarbaker consiste en el refuerzo de la pared abdominal posterior con una malla plana de doble componente que cabalga sobre el asa intestinal del estoma a modo de puente, tunelizando una porción. Se describen los siguientes pasos dentro de la técnica⁹:

1. Paciente en posición supina con ambos brazos colocados al costado del cuerpo. El cirujano y el primer ayudante se sitúan en el lado contralateral del estoma.
2. La aplicación de neumoperitoneo se deja a criterio del cirujano.
3. Se introduce un trocar de 10 mm para la cámara, en un punto medio para la triangulación de los puertos de trabajo.
4. Se introducen dos trocres de trabajo de 5 mm con triangulación hacia el estoma.
5. Se realiza adherenciólisis y, posteriormente, se disecciona completamente el asa intestinal del estoma hasta permitir su tunelización de 4 a 5 cm y la colocación de al menos 4 cm de malla alrededor del defecto herniario.
6. Fijación de la malla en disposición doble radiada o de doble corona¹⁰.
7. El cierre del defecto con sutura monofilamento de lenta absorción se deja a criterio del cirujano.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente de 42 años de edad, con antecedente de laparotomía exploradora con resección intestinal y confección de colostomía terminal debido a que presenta cuadro de peritonitis fecal generalizada secundaria a perforación de tumor dependiente de colon a 5 cm del margen anal correspondiente a un adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado.

Se sigue el caso en nuestra institución. Al cuarto mes posoperatorio se refiere un aumento del volumen paraestomal al realizar maniobras de Valsalva asociado a dolor intermitente. En la exploración física se aprecia defecto de la pared abdominal, con hernia paraestomal no dolorosa a la palpación, de aproximadamente 7 cm de diámetro, reducible.

Se solicita tomografía computarizada con contraste oral e intravenoso (fig. 1) en la que se observa defecto de la pared abdominal de 10 × 10 cm a nivel de colostomía terminal.

Se decide llevar a cabo reparación de la hernia mediante abordaje laparoscópico utilizando técnica de Sugarbaker.

Descripción de la técnica quirúrgica

Se realiza anestesia general equilibrada por parte del servicio de anestesiología.

1. Se coloca al paciente en decúbito dorsal, con ambos brazos al costado del cuerpo.
2. Se realiza neumoperitoneo con técnica de Veress-Palmer a 12 mmHg.
3. Se introduce trocar de visión de 10 mm en hipocondrio derecho.
4. Se introducen 2 trocres de trabajo de 5 mm en el flanco derecho y se completa la triangulación del objetivo.
5. Se observa hernia umbilical sin contenido y hernia paraestomal con contenido de epiplón (fig. 2).
6. Se realiza adherenciólisis mediante tracción y diatermia y se reduce por completo el contenido de la hernia.
7. Se introduce malla de doble componente de 15 × 20 cm, que se extiende por completo, tunelizando el asa intestinal y abarcando los bordes a 5 cm del defecto herniario.
8. Se comienza la fijación de la malla a la pared abdominal con puntos cardinales de monofilamento no absorbible mediante *endoclose*.
9. Se termina la fijación de la malla a la pared abdominal con colocación de *tackers* en disposición doble radiada (fig. 3).

El paciente evoluciona satisfactoriamente, por lo que se le da de alta en su primer día posoperatorio. Se realiza revisión a los 10 días y se observan resultados favorables.

DISCUSIÓN

La HP es una complicación común que necesita tratamiento quirúrgico entre el 30 y el 70 % de los casos², que puede llevarse a cabo mediante abordaje laparoscópico en una forma segura, sencilla y con resultados favorables a corto plazo^{4,5}. La tasa de conversión a cirugía abierta es baja: ha sido reportada en 3.6 % en una revisión realizada por Hansson y cols.¹¹. En este caso, se eligió utilizar el abordaje laparoscópico con técnica de Sugarbaker, ya que es la técnica que muestra mejores resultados posquirúrgicos.

El planeamiento prequirúrgico mediante tomografía computarizada es un paso indispensable en este tipo de pacientes, ya que permite crear una imagen mental sobre las condiciones que se encontrarán en el momento de la cirugía.

La mayor dificultad dentro de este abordaje está relacionada con la técnica de fijación de la malla. Ya sea con sutura o con *tackers*, el objetivo siempre será mantener una adecuada y homogénea distribución de su superficie, sin espacios entre esta y la pared abdominal, llevando a cabo una tunelización del asa que permita el paso adecuado del material intestinal y que tenga una angulación que no obstruya su paso.

Actualmente no existe un consenso sobre la técnica ideal de fijación de la malla. En algunas series⁸ se utiliza la técnica de doble corona o doble radiada, con bajas tasas de complicación y recurrencia, por lo que se tomó la decisión de utilizar esta técnica en nuestro abordaje quirúrgico.

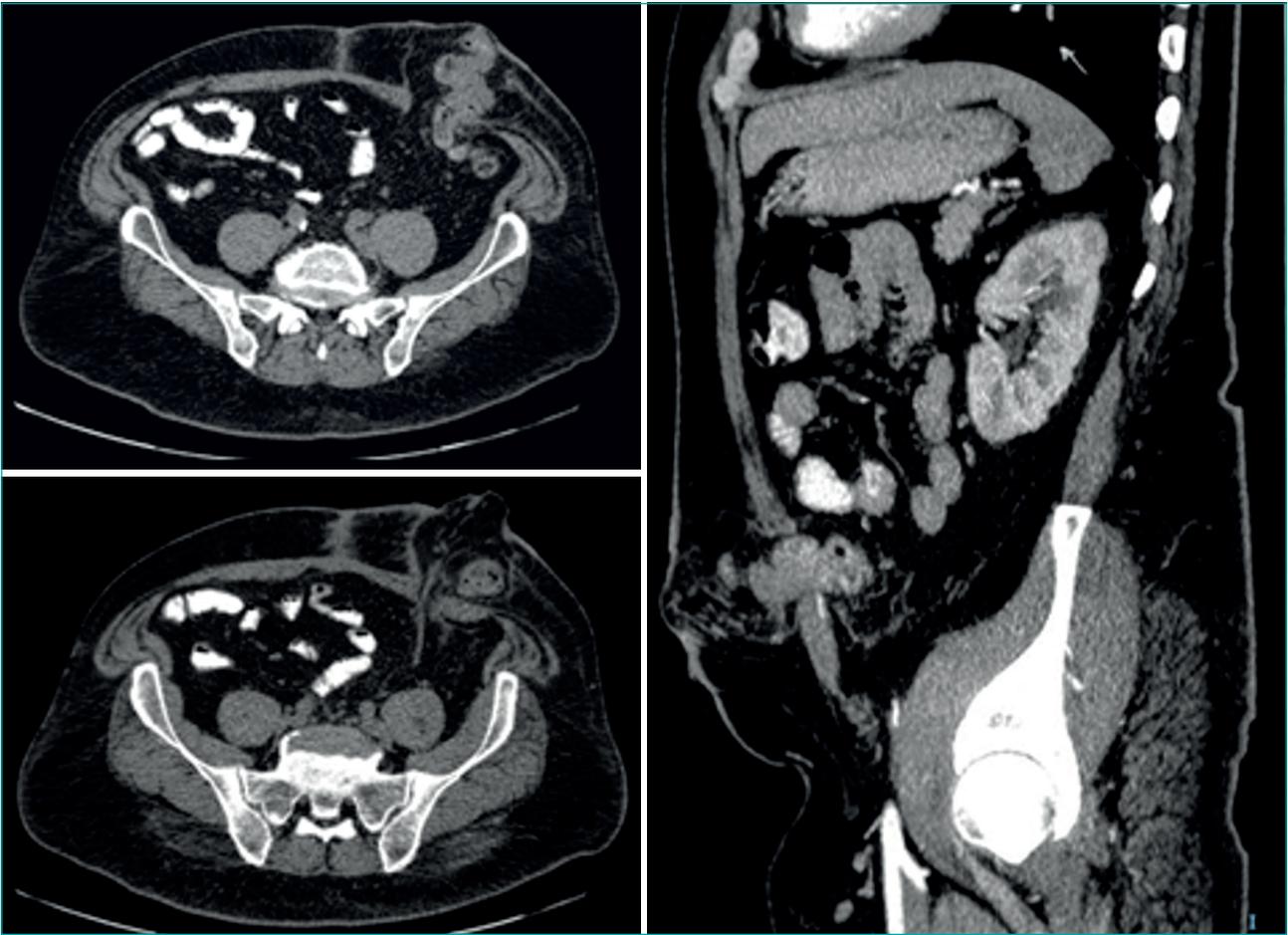


Figura 1. Imagen de TAC (corte coronal) de volumetría en paciente con eventración compleja (diámetros transversal y anteroposterior).

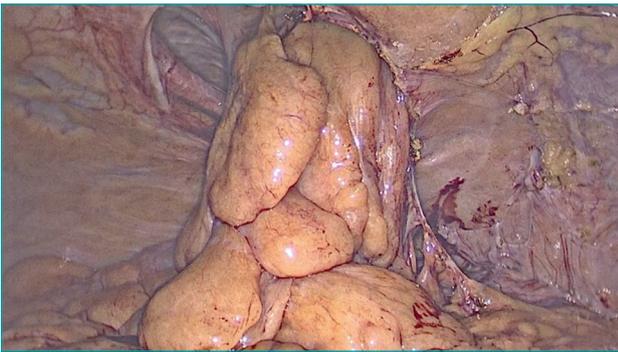


Figura 2. Hernia paraesotomal con contenido de epiplón.

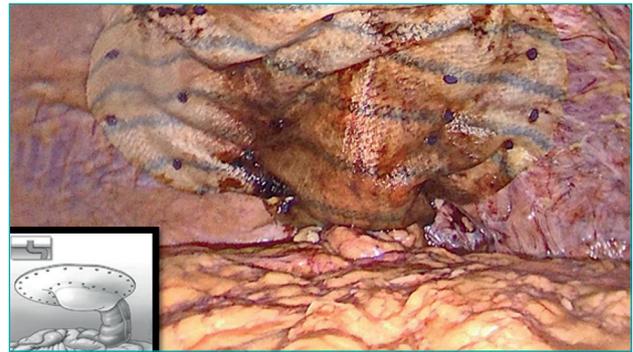


Figura 3. Reparación con técnica de Sugarbaker. Fijación de la malla con tackers en disposición radial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pearl RK. Parastomal hernias. *World J Surg.* 1989;13:569-72. DOI: 10.1007/BF01658872
2. Huang DY, Pan L, Chen QL, Cai XY, Fang J. Modified laparoscopic Sugarbaker repair of parastomal hernia with a three-point anchoring technique. *World J Clin Cases.* 2018;6(14):759-66. DOI: 10.12998/wjcc.v6.i14.759
3. Carne PWG, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomalhernia. *Br J Surg.* 2003;90:784-93. DOI: 10.1002/bjs.4220
4. Suárez Grau JM, Gómez Menchero J, Gila Bohórquez A, Bellido Luque JA. Tratamiento hernia paraesotomal laparoscópico: Sugarbaker. *Cir Andal.* 2018;29(2):228-30.
5. DeAsis FJ, Lapin B, Gitelis ME, Ujiki MB. Current state of laparoscopic parastomal hernia repair: A meta-analysis. *World J Gastroenterol.* 2015;21:8670-7. DOI: 10.3748/wjg.v21.i28.8670

6. Bittner R, Bingener-Casey J, Dietz U, Fabian M, Ferzli G, Fortelny R, et al. Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society [IEHS])-Part III. *Surg Endosc*. 2014;28:380-404. DOI: 10.1007/s00464-013-3172-4
7. Heniford BT, Park A, Ramshaw B, Voeller G. Laparoscopic repair of ventral hernias. Nine years' experience with 850 consecutive hernias. *Ann Surg*. 2003;238(3):391-400.
8. Morales Conde S, Hansson B, Valdes J. The laparoscopic modified Sugarbaker technique is safe and has a low recurrence rate: a multicenter cohort study. *Surg Endosc*. 2013;27:494-500. DOI: 10.1007/s00464-012-2464-4
9. Muysoms FE. Laparoscopic repair of parastomal hernias with a modified Sugarbaker technique. *Acta Chir Belg*. 2007;107:476-80. DOI: 10.1080/00015458.2007.11680104
10. Morales-Conde S, Cadet H, Cano A, Bustos M, Martín J, Morales-Méndez S. Laparoscopic ventral hernia repair without sutures-double crown technique: our experience after 140 cases with a mean follow-up of 40 months. *Int Surg*. 2005;90:S56-S62.
11. Hansson BM, Slater NJ, Schouten van der Velden AP, Groenewoud HM, Buys OR, de Hingh IH, et al. Surgical techniques for parastomal hernia repair: a systematic review of the literature. *Ann Surg*. 2012;255(4):685-95. DOI: 10.1097/SLA.0b013e31824b44b1