



Eventración paraestomal la vesícula biliar: revisión del diagnóstico y de su tratamiento

Parastomal herniation of the gallbladder: a review of diagnosis and management

10.20960/rhh.00556

06/24/2024

Eventración paraestomal la vesícula biliar: revisión del diagnóstico y de su tratamiento

Parastomal herniation of the gallbladder: a review of diagnosis and management

Iván Díaz Cuadrado, Juan Carlos Baanante Cerdeña, Eulalia Ballester Vázquez, Claudia Beatriz Mitru

Unidad de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Mútua Terrassa. Terrassa. Barcelona (España)

Autor para correspondencia: Iván Díaz Cuadrado. Unidad de Pared Abdominal. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Mútua Terrassa. Plaça Dr. Robert, 5. 08221 Terrassa. Barcelona (España)

Correo electrónico: idiiaz@mutuaterrassa.cat

Recibido: 14-05-2023

Aceptado: 17-08-2023

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber usado inteligencia artificial (IA) ni ninguna herramienta que use IA para la redacción del artículo.

Consideraciones éticas: Este trabajo ha seguido las pautas de calidad y de confidencialidad según los protocolos del Hospital Universitari MútuaTerrassa y de la Ley de Protección de Datos.

Consentimiento informado: El consentimiento informado fue obtenido y firmado por la participante incluida en este trabajo.

RESUMEN

Introducción y objetivos: Con el siguiente trabajo queremos ayudar a comprender el manejo de una alteración muy poco frecuente, las hernias paraestomales que involucran al colon y a la vesícula biliar, con el objetivo de prevenir complicaciones y reducir la morbilidad en nuestros pacientes.

Caso clínico: Presentamos un caso clínico de un paciente recibido en urgencias con un cuadro oclusivo secundario a una hernia paraestomal que contiene a la vesícula biliar. Realizamos una revisión de la literatura sobre su diagnóstico y su tratamiento.

Discusión: Tras las pruebas de imagen, y dado que el colon y la vesícula no presentaban complicaciones asociadas, se realizó una reducción manual sin incidencias, evitando la cirugía urgente y el posible aumento de las morbilidades.

Es importante sospechar la presencia de otras estructuras en una hernia paraestomal, lo que resalta la importancia de un adecuado estudio preoperatorio, con pruebas de imagen si es preciso, para seleccionar la mejor estrategia para el paciente y evitar complicaciones derivadas del tratamiento.

Palabras clave: Hernia paraestomal, vesícula biliar, hernia incisional, colon encarcerado.

ABSTRACT

Introduction: With this study, we aim to help understand the management of a very rare condition, parastomal hernia involving the colon and gallbladder, with the objective of preventing complications and reducing morbidity in our patients.

Case report: We present a clinical case of a patient admitted to the emergency department with an obstructive condition secondary to a parastomal hernia containing the gallbladder. We conducted a literatura review on its diagnosis and treatment.

Discussion: Following imaging test and in the absence of associated complications, a manual reduction was performed successfully,

avoiding the need for emergency surgery and the increase in morbidity.

It is important to suspect the presence of other structures in a parastomal hernia, highlighting the importance of a proper preoperative study, including imaging tests if necessary, to select the best strategy for the patient and avoid complications associated with the treatment.

Keywords: Parastomal hernia, gallbladder, incisional hernia, incarcerated colon.

INTRODUCCIÓN

La presencia de la vesícula biliar en una hernia paraestomal es una entidad muy poco frecuente, con solo unos pocos casos descritos en la literatura¹. Parece haber una mayor incidencia en mujeres de edad avanzada² y el manejo depende del estado de la vesícula biliar y de las comorbilidades del paciente. En los casos en los que la vesícula presente una perforación o hallazgos consistentes con colecistitis aguda, el tratamiento quirúrgico es la opción de elección. Sin embargo, para pacientes con alto riesgo quirúrgico o que no deseen someterse a cirugía, y que no presenten signos de complicación, puede considerarse un tratamiento conservador³.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, arteriopatía periférica y adenocarcinoma de recto. La paciente se sometió a una resección anterior baja de recto en el año 1991 y completó el tratamiento con radioterapia. De forma secundaria, presentó un síndrome de resección anterior baja de recto con importante incontinencia fecal, por lo que se decidió implantar un neuroestimulador de raíces sacras (*tined lead* S3 izquierdo) en octubre del 2008 con buena respuesta. En diciembre del 2010

consultó en urgencias por la reaparición de la urgencia defecatoria y por la emisión de heces por la vagina.

Se realizó una endoscopia digestiva baja que informó de un área a 7-10 cm del margen anal, endurecida y muy ulcerada, que coincidía con la anastomosis rectocólica. Se toman biopsias, que son negativas para malignidad, y tras una exploración bajo anestesia se orienta como una proctitis actínica y una fístula rectovaginal con un orificio de 2 cm, por lo que se decidió realizar una colostomía terminal de colon trasverso en el flanco derecho.

La paciente consultó en noviembre del 2022 a urgencias por la presencia de dolor abdominal y vómitos, por lo que se realizó una tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste endovenoso para descartar un cuadro de oclusión intestinal. La exploración reveló múltiples defectos en la pared abdominal anterior, incluyendo un defecto umbilical que contenía el colon y una hernia paraestomal en el flanco derecho de 42 mm, que contenía al colon y la parte de la vesícula biliar (Fig. 1).

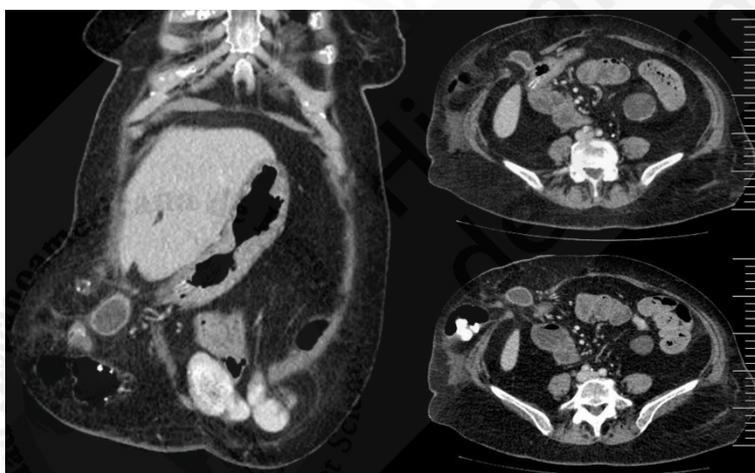


Figura 1. Hernia paraestomal que contiene parte de la vesícula biliar y el colon. A. Vista coronal. B. Vista axial.

Este hallazgo es muy poco frecuente y los factores de riesgo asociados incluyen el género femenino, la edad avanzada, la

disminución de la elasticidad del tejido conectivo, el mesenterio biliar alargado y la atrofia hepática^{2,4}.

En nuestro caso, la tomografía computarizada no reveló complicaciones, como perforación o inflamación de la vesícula, por lo que no fue necesario un tratamiento quirúrgico urgente. La vesícula biliar y el colon pudieron reducirse manualmente con éxito. Una vez resuelto el cuadro oclusivo se consideró la reparación de la pared abdominal, sin embargo, debido a las morbilidades y al deseo de la paciente, se decidió no realizar la cirugía y mantener una vigilancia activa. Tras seis meses de seguimiento la paciente no ha presentado complicaciones.

Las hernias paraestomales son un hallazgo muy frecuente, con una prevalencia de entre el 56 y el 78 % en los pacientes ostomizados^{2,5}. Lo más frecuente es que la hernia contenga al epiplón, al colon o al intestino delgado. Sin embargo, la presencia de la vesícula biliar es muy poco habitual y su diagnóstico y planificación quirúrgica se basan en las pruebas de imagen. La tomografía computarizada se considera la prueba de referencia⁴. En los casos en los que se sospeche alteraciones en la vía biliar, la colangiorresonancia magnética puede ser de utilidad⁶.

En nuestra paciente, la presencia de la vesícula biliar en la hernia paraestomal fue un hallazgo incidental⁷, y dado que no había signos de inflamación ni de complicación, se decidió un manejo conservador. Para pacientes con colecistitis aguda no complicada puede considerarse la terapia con antibióticos si la cirugía no es posible³, siempre y cuando la hernia no esté complicada. Por otra parte, si el tratamiento médico no es suficiente, la colecistectomía será necesaria y, si es factible y la infección está controlada, puede considerarse la reparación de la pared abdominal en el mismo tiempo quirúrgico^{1,8}.

Existe controversia acerca del momento óptimo de la reparación. Algunos autores defienden su reparación en la cirugía primaria, mientras que otros la recomiendan en un segundo tiempo para no añadir morbilidad. Otro punto de debate es si utilizar malla para su

reparación si no existe contaminación, ya que las hernias parastomales tienen una alta tasa de recurrencia. Las mallas de polipropileno son las más utilizadas, sin que haya un consenso sobre qué técnica es la idónea. Cabe destacar que los estudios no muestran diferencias significativas en las tasas de recurrencia entre las reparaciones con malla y sin malla, por lo que la decisión final depende del cirujano, de los protocolos del centro y de las condiciones del paciente. Asimismo, vale la pena mencionar que las tasas de recurrencia son mayores si el paciente ya ha tenido algún episodio previo de hernia paraestomal⁹. Finalmente, puede considerarse el cambio de ubicación del estoma para resolver la hernia y reducir el riesgo de recurrencias en un futuro.

En nuestra experiencia, y tras haber revisado la bibliografía disponible sobre este tema, consideramos el manejo conservador como la mejor opción para nuestra paciente. Dado que la vesícula biliar no presentaba signos de complicación como perforación o colecistitis y que la paciente tenía una alta comorbilidad asociada, se decidió una reducción manual y el control evolutivo. Consideramos que en los casos en que los pacientes no presenten signos de complicación, clínicos o radiológicos, y el riesgo quirúrgico sea asumible, la cirugía debería considerarse como tratamiento definitivo, aunque, en nuestro caso, no se optó por la cirugía debido al alto riesgo quirúrgico y al deseo expreso de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seang S, Hort A, Gosal PKS, Richardson M. A Case of Perforated Cholecystitis into a Parastomal Hernia. *Case Rep Surg.* 2022;2022:2058051. DOI: 10.1155/2022/2058051
2. Moeckli B, Limani P, Clavien PA, Vonlanthen R. Parastomal gallbladder herniation: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2020;73:338-41. DOI: 10.1016/j.ijscr.2020.07.002

3. Bakshi C, Ruff S, Caliendo F, Agnew J. Acute cholecystitis in a parastomal hernia causing a small bowel obstruction. *J Surg Case Rep.* 2017;2017(12):rjx235. DOI: 10.1093/jscr/rjx235
4. Frankl J, Michailidou M, Maegawa F. Parastomal gallbladder hernia in a septic patient. *Radiol Case Rep.* 2017;12(3):508-10. DOI: 10.1016/j.radcr.2017.05.009
5. Odensten C, Strigård K, Rutegård J, Dahlberg M, Ståhle U, Gunnarsson U, et al. Use of Prophylactic Mesh When Creating a Colostomy Does Not Prevent Parastomal Hernia. *Ann Surg* 2019;269(3):427-31. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002542
6. Rogers P, Lai A, Salama P. Gallbladder complicating a parastomal hernia. *J Surg Case Rep.* 2019;2019(4):rjz107. DOI: 10.1093/jscr/rjz107
7. Smarda M, Manes K, Fagkrezos D, Argiropoulos D, Laios K, Triantopoulou C, et al. Parastomal Gallbladder Herniation as an Incidental Preoperative Computed Tomography Finding. *Case Rep Radiol.* 2021;2021:8864347. DOI: 10.1155/2021/8864347
8. To H, Brough S, Pande G. Case report and operative management of gallbladder herniation. *BMC Surg.* 2015;15:72. DOI: 10.1186/s12893-015-0056-7
9. Harries RL, Daniels IR, Smart NJ. Outcomes of surgically managed recurrent parastomal hernia: the Sisyphean challenge of the hernia world. *Hernia* 2021;25:133-40. DOI: 10.1007/s10029-020-02161-2