

TRIPLE COMPLICACIÓN DE HERNIA PARAILEOSTOMÍA: INCARCERACIÓN, OBSTRUCCIÓN Y PERFORACIÓN INTESTINALES.

TRIPLE COMPLICATION OF PARA-ILEOSTOMY HERNIA: INCARCERATION, INTESTINAL OBSTRUCTION AND PERFORATION.

J.P. Roldán-Aviña, E. Palacios-García, S. Merlo-Molina, M. Raya-Rojas, J.A. del Pozo-Pérez

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

Resumen

Las complicaciones agudas de las hernias paraileostomía son muy raras, y suelen aparecer en los primeros años tras la cirugía. Los cuadros obstructivos suelen manejarse con descompresión intestinal tras la reducción de la hernia para evitar una cirugía de urgencias, que estará indicada ante el fracaso del tratamiento conservador o la existencia de otras complicaciones como el estrangulamiento herniario o la perforación intestinal. Presentamos el caso de un paciente sometido un año antes a una panproctocolectomía con ileostomía terminal que presentó cuadro de abdomen agudo por obstrucción y perforación intestinales por incarceración de hernia paraileostomía.

Palabras clave: ileostomía, hernia paraileostomía, complicaciones, obstrucción intestinal, perforación intestinal.

Abstract

Acute complications of para-ileostomy hernias are rare, and usually appear in the first years after surgery. The small bowel obstruction is usually handled with intestinal decompression after reducing the hernia to avoid emergency surgery, which will be indicated at the failure of conservative treatment or the existence of other complications such as hernia strangulation or intestinal perforation. We report the case of a patient who underwent one year before a panproctocolectomy with terminal ileostomy that presented acute abdomen due to para-ileostomy hernia incarceration with intestinal obstruction and perforation.

Keywords: ileostomy, para-ileostomy hernia, complications, small bowel obstruction, intestinal perforation.

Introducción

En la década de los 50, Brooke, Thurnbull o Goligher, padres de la moderna cirugía colorrectal, describieron los pasos para evitar las importantes complicaciones que hasta entonces presentaban la ileostomías¹. Las hernias paraestomales son el problema más frecuente tras la creación de una ileostomía².

FECHA ENVÍO: 02/11/2016

FECHA ACEPTACIÓN: 04/11/2016

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán Aviña

Hospital de Alta Resolución de Écija

C/ Dr. Sánchez Malo, s/n. 41400 Écija (Sevilla).

jproldan@aecirujanos.es

Presentamos un caso extremo en el que una complicación que no suele ser grave como es una hernia de la ileostomía, condicionó la aparición primero de un cuadro obstructivo y posteriormente de una perforación intestinal que precisaron de cirugía urgente para su resolución.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 63 años, al que se le realizó un año antes una panproctocolectomía con ileostomía terminal por cánceres sincrónicos de colon ascendente y recto (quimioterapia neoadyuvante, seguida de quimio y radioterapia postoperatorias), que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso y generalizado de inicio súbito, sin fiebre, náuseas ni vómitos. A la exploración el abdomen presenta importante dolor con defensa en hemiabdomen derecho. La bolsa de ileostomía está vacía y se aprecia hernia paraileostomía no reductible. En el extremo distal de la laparotomía previa existe una pequeña herniación no complicada. En la radiografía simple de abdomen (Figura 1A) se aprecia un patrón obstructivo de intestino delgado. En la radiografía de tórax no se aprecian imágenes de neumoperitoneo.

Inicialmente el estado del paciente mejora al salir una pequeña cantidad de gases y heces líquidas por la ileostomía (Figura 1B), pero mientras se está realizando TAC de abdomen sufre un empeoramiento del dolor que precisa de opiáceos para su control. El TAC es informado como obstrucción de intestino delgado con signos de compromiso vascular y cambios de calibre en dos niveles, uno en la zona de la ileostomía donde se aprecia una hernia paraestomal (Figura 2) y otro en la región periumbilical donde existe una pequeña hernia. Los cambios se asocian a líquido peritoneal y burbujas de aéreas extraluminales a nivel perihepático (Figura 3A) y en región periumbilical (Figura 3B).

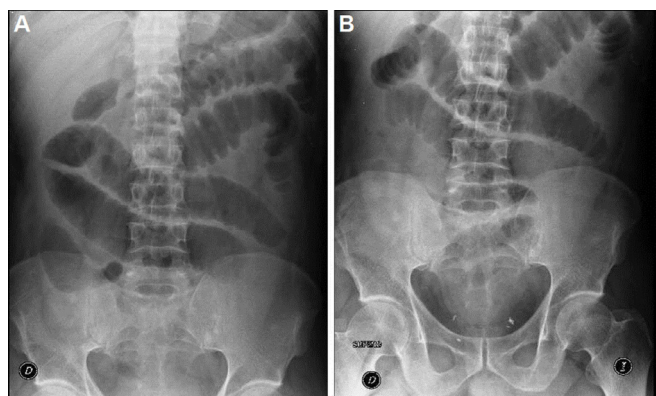


Figura 1

Rx simple de abdomen: A) A la llegada a urgencias. B) Tras evacuación espontánea por la ileostomía.

Se indica laparotomía urgente que confirma los hallazgos radiológicos de obstrucción y perforación intestinal. Tras revisar todas las asas desde el ángulo de Treitz hasta la ileostomía se encuentra una mínima perforación en la unión del asa de la ileostomía al peritoneo parietal probablemente secundaria a isquemia local por una acodadura producida por el cuadro obstructivo generado a su vez por el episodio de incarceration herniaria.



Figura 2

TAC de abdomen: hernia paraileostomía incarcerationada.

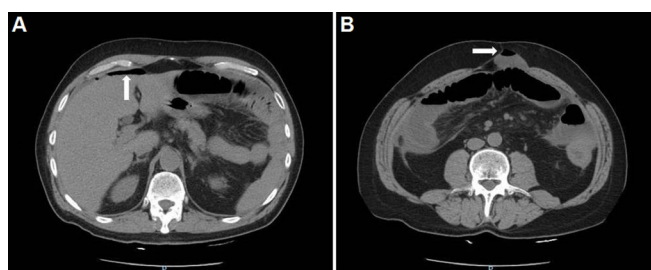


Figura 3

TAC de abdomen: A) Neumoperitoneo perihepático. B) Hernia periumbilical y neumoperitoneo.

Ante el importante grado de contaminación se decide realizar la resección del segmento de intestino delgado perforado, y creación de una nueva ileostomía en el mismo lugar cerrando el defecto aponeurótico que dio origen a la hernia sin colocar malla. Se realizó lavado de la cavidad abdominal, y se colocaron dos drenajes de Penrose (parietocólico derecho y fondo de saco de Douglas).

El postoperatorio inicial en la UCI precisó de soporte con fármacos vasoactivos por cuadro de shock séptico, no presentando posteriormente complicaciones ni en la planta ni tras el alta. A los 3 años de la intervención el paciente permanece asintomático y sin signos de recidiva de la hernia paraileostomía.

Discusión

Entre las complicaciones tardías que pueden aparecer en una ileostomía nos encontramos entre otras con problemas cutáneos, retracción, estenosis, obstrucción intestinal, prolapso y hernia paraileostomía entre otras³.

Las hernias paraileostomía suelen aparecer en los primeros años tras la realización de la ileostomía, cursando la mayor parte de las veces de forma asintomática o con molestias locales⁴, con una incidencia que varía entre el 1,85-28,3% para las ileostomías terminales y entre el 0-6,2% para las ileostomías en asa^{2,4,6}. La obstrucción intestinal puede aparecer tanto por la propia hernia como en nuestro caso, pero sobre todo por cuadros

adherenciales frecuentemente asociados a la cirugía lo que puede conducir a retrasar el diagnóstico definitivo lo que se asocia a una mortalidad de hasta el 20%⁶. Aunque no existen series grandes, la obstrucción intestinal se presenta hasta en un 40% de los pacientes tengan o no hernia paraileostomía³, no existiendo cifras respecto a la perforación intestinal que en ocasiones se asocia a impactación de heces duras o de cuerpos extraños como stent migrados⁷ o balón intragástrico⁸. La TAC de abdomen puede ser muy útil para el diagnóstico de la localización y causa de la obstrucción en casos pocos claros con mala evolución⁹.

La tercera parte de los pacientes con hernia paraileostomía requerirá tratamiento quirúrgico por aumento progresivo del tamaño de la hernia, por alteraciones a nivel cutáneo o por complicaciones asociadas como dolor crónico o episodios de suboclusión intestinal⁴, cifras significativamente inferiores a la presentadas en pacientes con hernias paracolostomía³⁰.

El manejo inicial de los cuadros obstructivos suele ser conservador con descompresión intestinal¹, verificando mediante controles radiológicos la evolución ya que no se puede obviar la posibilidad de que la obstrucción sea debida a adherencias postoperatorias como se ha indicado anteriormente¹¹. De éste grupo de pacientes aproximadamente la mitad será intervenida de urgencias¹² por encarceración obstrucción o estrangulamiento de la hernia³⁶.

Respecto a las técnicas quirúrgicas la más simple es la reparación local, como en nuestro caso, pero se asocia a un índice de recidiva del 46-100%^{35,43}. La recolocación del estoma asociada a la colocación de una malla mejora los resultados con un índice medio de recidivas entre el 36-58%^{13,53}.

Teniendo en cuenta la incidencia de complicaciones, su potencial gravedad, así como el elevado índice de recidiva tras el tratamiento quirúrgico parece que la mejor manera de tratar la hernia paraileostomía sería la prevención de la misma y en ese sentido existen dos posibilidades. La primera sería el uso profiláctico de mallas durante la creación del estoma siendo el material recomendado el polipropileno macroporoso de bajo peso molecular^{10,14}. La otra posibilidad sería la utilización de la técnica del posicionamiento lateral al músculo recto del abdomen de la ileostomía¹².

Bibliografía

1. Cuthbertson AM, Collins JP. Strangulated para-ileostomy hernia. *Aust Nz J Surg* 1997; 47: 86-87.
2. Pilgrim CH, McIntyre R, Bailey M. Prospective audit of parastomal hernia: prevalence and associated comorbidities. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 71-76.
3. Delrio P, Conzo G. Complications of ileostomy. *Semin Colon Rectal Surg* 2008; 19: 140-145.
4. De Miguel M, Jiménez F, Parajó A. Módulo 3: Complicaciones de los estomas. In: Actualización de las bases en coloproctología, ABACO 4. Asociación Española de Coloproctología. Madrid. 2013: 21-41.
5. Carne DW, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia. *Br J Surg* 2003; 90: 784-793.
6. Kim JT, Kumar RR. Reoperation for stoma-related complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2006; 19: 207-212.
7. Leey JM. Intestinal perforation in a paraestomal hernia by a migrated plastic biliary stent. *Surg Endosc* 2002; 16: 1636-1637.
8. Limani P, Steinemann DC, Clavien PA, Hahnloser D. Parastomal hernia incarceration due to migrated intragastric balloon. *Hernia* 2013; 17: 133-136.
9. Lou JY, Wu YL, Wu D. Incarcerated internal hernia within a huge irreducible parastomal hernia with intestinal obstruction: a rare case report of "hernia within hernia". *J Korean Surg Soc* 2012; 83: 179-182.
10. O'Neill CH, Borrazo EC, Hyman NH. Parastomal hernia repair. *J Gastrointest Surg*; 2015. 19: 766-769.
11. Husain SG, Cataldo TE. Late stomal complications. *Clin Colon Rectal Surg* 2008; 21: 31-40.
12. Harb WJ. Parastomal Hernia: Surgical Management. *Semin Colon Rectal Surg* 2012; 23: 20-25.
13. Bafford AC, Irani JL. Management and complications of stomas. *Surg Clin N Am* 2013; 93: 145-166.
14. Jänes A, Cengiz Y, Israelsson LA. Preventing parastomal hernia with a prosthetic mesh: a 5-year follow-up of a randomized study. *World J Surg* 2009; 33: 118-121.