

Boletín informativo

Tratar hernias periestomales: el punto de vista quirúrgico

Coloplast®
Professional

Este artículo se basa en la presentación del Dr. Peter-Martin Krarup (Dinamarca) que se llevó a cabo en **Coloplast Ostomy Days de 2018**.

Siendo especialista colorrectal en el Hospital Universitario de Zealand (Roskilde, Dinamarca), Peter-Martin muestra un gran interés en el efecto de las complicaciones quirúrgicas, incluye la fuga anastomótica y la hernia periestomal. Es un miembro activo del comité directivo del Danish Colorectal Cancer Group y antiguo especialista en el Copenhagen Ostomy Database.

En este artículo, mostramos una visión general de las alternativas quirúrgicas para el tratamiento de hernias periestomales, y exploramos el papel que puede llegar a desempeñar el personal de enfermería en relación con la ayuda a los pacientes para tomar decisiones con cierto conocimiento.

¿Qué es una hernia periestomal?

Una hernia periestomal es un fallo o defecto de la pared abdominal que provoca la protrusión, tanto del estoma como de la piel periestomal dando lugar a un abultamiento. Mientras que aún hay muchos elementos que se desconocen sobre las hernias periestomales, muchos cirujanos comparten la opinión del Dr. John Cedric Goligher, quien en 1984 afirmó que «cierto grado de hernia periestomal que se forma en la zona de la colostomía es tan común que debe considerarse como inevitable¹».

Ciertos estudios han demostrado que la incidencia general de las hernias periestomales en pacientes con ostomía aumenta con el tiempo, llega al 30% después de casi un año, al 40% tras dos años y, al menos al 50% pasados los tres años². Los pacientes con una colostomía son más propensos a desarrollar una hernia periestomal que aquellos con ileostomías; los pacientes con una ostomía terminal tienen más probabilidades de desarrollar una hernia periestomal que aquellos con una ileostomía de asa.

¿Sintomático o asintomático?

Si la aparición de una hernia periestomal es relativamente común entre las personas que viven con una ostomía, surge la cuestión de si es realmente un problema. Si se considera un problema, ¿necesita de intervención quirúrgica?

Técnica	Procedimiento	Beneficios	Desventajas
Reubicación	Desplazar el estoma a otro lado.	Técnica sencilla. Se recomienda solo en caso de que el estoma no esté al alcance de la vista del paciente.	Riesgo de hernia periestomal en el otro lado y un 50% de posibilidades de que se desarrolle una hernia incisional donde se encontraba el estoma anteriormente.
Reparar la sutura local	Hacer una incisión alrededor del estoma, extraer la hernia y reducir su contenido.	Procedimiento sencillo.	Alta probabilidad de reaparición (entre 50% y 10%).
Recubrir localmente con una malla quirúrgica	Procedimiento similar a la reparación de la sutura local, se diferencia por la inserción de una malla quirúrgica.	Disminución del dolor con una incisión; reducción de la probabilidad de reaparición (comparándolo con la reparación de la sutura local).	Se debe decidir qué tipo de malla quirúrgica utilizar (biológica o sintética); complicaciones relacionadas con la malla.
Técnica de Keyhole intraperitoneal no invasiva	Localizar la incisión alrededor del estoma, colocar una malla en el interior para reforzar la zona y cerrarla.	Procedimiento sencillo.	Las probabilidades de infección de la malla sintética son bajas.
Técnica de Sugarbaker intraperitoneal	Cerrar el espacio lateral; lateralizar el intestino y poner una capa para que cubra al mismo y a la pared abdominal.	Procedimiento actual de referencia.	Disminuye la probabilidad de reaparición y el riesgo de infección es bajo (alrededor del 2 %).

Un antiguo dogma entre cirujanos asegura que la mayoría de las hernias periestomales son mínimamente sintomáticas. Sin embargo, según la perspectiva del paciente, como ha sido revelado en varios estudios, dificulta esa noción. En un estudio francés de 2011³, solo el 24% de los participantes eran asintomáticos y un 30% precisaban de cirugía para poder realizar actividades rutinarias.

En un estudio danés de 2015 se descubrió que casi el 60% de pacientes con colostomías, presentaban una hernia periestomal. Estos pacientes habían mostrado síntomas significativos tales como fugas, dolores alrededor de la zona del estoma y olores desagradables. Por consiguiente, la información actual indica que los pacientes con hernias periestomales son sintomáticos. ¿Qué se puede hacer para tratar estos síntomas?

Cirugía vs observación cautelosa

Existen dos opciones de tratamiento disponibles para las hernias periestomales: una observación cautelosa o la quirúrgica.

La observación cautelosa

Es la propuesta más común, pero los resultados de esta opción son desconocidos. No hay forma de saber si la hernia periestomal aumentará de tamaño con el tiempo o si una intervención quirúrgica supondrá una complicación. No hay datos suficientes para determinar cuándo se debe hacer la intervención durante el período de observación.

El Dr. Krarup destaca: «Recomendaría empezar a recopilar datos sistemáticamente. Debemos hacer un esfuerzo colectivo para optimizar las medidas no quirúrgicas para estos pacientes».

La opción quirúrgica

Desde un punto de vista quirúrgico, solo hay dos indicadores para realizar la cirugía: evidencia de isquemia intestinal o una obstrucción sin otra alternativa que la intervención quirúrgica. Otros indicadores incluyen fugas o problemas estéticos, que se consideran relativos. En el momento de decidir si operar o no una condición médica benigna, se debe dejar claro al paciente sobre las consecuencias. Deben considerar la posibilidad de dolores tras la intervención, ciertas complicaciones con la malla y la alteración de las funciones del estoma. La cirugía también puede afectar a sus dispositivos ya que puede que tengan que cambiarlos tras la operación. Existe también falta de pruebas, considerando los efectos a largo plazo de la cirugía; aún no está esclarecido si la operación proporcionará un alivio de los síntomas o una mejora de la calidad de vida. Cualquier persona planteándose la cirugía debe tener en cuenta todas estas implicaciones antes de tomar una decisión.

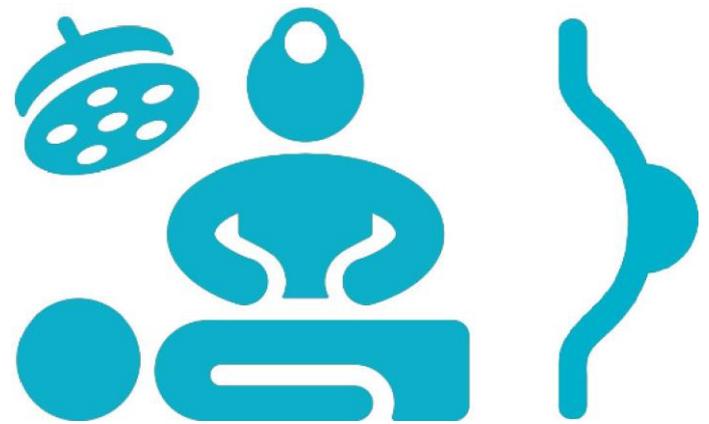
¿Cómo optimizar la salud de los pacientes antes de la cirugía?

- Realizar un TAC para identificar el tipo de hernia antes de la cirugía.
- Controlar anemia, diabetes y malnutrición.
- Hacer que el paciente deje de fumar al menos tres meses antes de la intervención.
- Animar al paciente a perder peso. El objetivo es IMC < 35.
- Aumentar la actividad física.
- Tener en cuenta los antecedentes médicos del paciente.

El papel del personal de enfermería

Todas estas conversaciones previas a la intervención son relevantes para las expectativas de los pacientes, el personal de enfermería desempeña un papel muy importante al ofrecer la información que necesitan para escoger el tratamiento más adecuado para su condición.

El Dr. Krarup anima al personal de enfermería a asistir al quirófano y obtener conocimiento de primera mano sobre cómo se llevan a cabo estas intervenciones y así poder explicar las distintas opciones de tratamiento a los pacientes. Así mismo, destaca la importancia de mejorar la salud del paciente antes de la cirugía. Al ayudar a los pacientes a evaluar su peso, su condición física en general y estando atentos a comorbilidades médicas y quirúrgicas, el personal de enfermería puede asegurarse de que son tratados de la mejor forma posible antes de la cirugía.



Es importante tanto para el personal de enfermería como para los especialistas tener en cuenta que cuando un paciente va a la clínica con una hernia periestomal, ha recorrido un camino muy largo y duro. El Dr. Krarup cuenta la posible experiencia de los pacientes.

«Han pasado de ser personas sanas a tener un diagnóstico de cáncer. Después, han pasado por una intervención quirúrgica compleja y han tenido que reajustar su vida alrededor de una ostomía. Han sufrido complicaciones que dan lugar a una hernia periestomal, lo que disminuye su calidad de vida. Los antecedentes médicos de los pacientes se deben tener en cuenta al aconsejarles y planear un tratamiento».

Referencias

1. Goligher JC, Duthie HL, Nixon HH
2. Antoniou et al.
3. Hernia 2018, 22:183-198Ripoche et al J Visc Surg 2011
4. Feddern et al Colorectal Dis 2015