

EUROPEAN HERNIA SOCIETY



DIRECTRICES SOBRE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE HERNIAS PARASTOMALES

2019



CONTENIDO

	PÁGINA
Recomendación para la práctica clínica	3
Métodos	4
Recomendaciones	4
Incidencia	5
Clasificación	5
Diagnóstico	6
Conducta expectante ante pacientes con una hernia paraestomal no encarcelada	6
Técnicas específicas a la hora de ostomizar	7
Malla profiláctica	8
Sin reparación con malla	9
Reparación laparoscópica	9
Técnicas abiertas	10
Técnicas laparoscópicas	10
Tipos de malla	11

PÁGINA

RECOMENDACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Implementación por parte de la European Hernia Society (EHS).

A partir de una revisión sistemática y exhaustiva de la bibliografía.

Considera el balance entre las ventajas y el riesgo de la prevención y los métodos actualmente disponibles para el diagnóstico, el tratamiento y el control de las hernias paraestomales.



USARIOS:

Profesionales sanitarios (cirujanos, médicos de atención primaria, personal de enfermería estomaterapéutica y fisioterapeutas) y autoridades responsables de formular políticas dentro de la región de Europa.

GRUPO DE TRABAJO:

Cirujanos y metodólogos procedentes de 14 países europeos y el grupo de desarrollo de directrices de la EHS.

PACIENTES:

Personas con una ostomía temporal o permanente, o a los que se les ha programado una.

Simons MP, Smietanski M, Bonjer HJ, Bittner R, Miserez M, Aufenacker TJ, Fitzgibbons RJ, Chowbey PK, Tran HM, Sani R, Berrevoet F, Bingener J, Bisgaard T, Bury K, Campanelli G, Chen DC, Conze J, Cuccurullo D, de Beaux AC, Eker HH, Fortelny RH, Gillion JF, van den Heuvel BJ, Hope WW, Jorgensen LN, Klinge U, Köckerling F, Kukleta JF, Konate I, Liem AL, Lomanto D, Loos MJA, Lopez-Cano M, Misra MC, Montgomery A, Morales-Conde S, Muysoms FE, Niebuhr H, Nordin P, Pawlak M, van Ramshorst GH, Reinold WMJ, Sanders DL, Schouten N, Smedberg S, Simmermacher RKJ, Tumtavitikul S, van Veenendaal N, Weyhe D, Wijsmuller AR.

MÉTODOS

- Primer nivel: revisión sistemática de la literatura llevada a cabo en febrero de 2016 con la inclusión de las bases de datos de MEDLINE (a través de PubMed), CINAHL (a través de OpenAthens) y CENTRAL (a través de Wiley Online Library), y sin restricciones ni de fecha ni de idioma. Se buscó literatura gris a través de OpenGrey (Exalead)
- Escrutinio de segundo nivel: la calidad de las evidencias clínicas se evaluó siguiendo las listas de verificación de la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) y se puntuó conforme al método GRADE
- Reunión de consenso celebrada en abril de 2016 en Bruselas
- Revisión y evaluación científicas externas a cargo de dos revisores en agosto de 2016, conforme al instrumento AGREE II

RECOMENDACIONES

ALTA: si las ventajas compensan (o no) los riesgos y los costes.

BAJA: las ventajas, los riesgos y los costes presentan un equilibrio pero con incerteza acerca de la magnitud del mismo.

NINGUNA: no se pudo hallar ninguna evidencia clínica, por lo que no se puede hacer ninguna recomendación al respecto.

INCIDENCIA

Incidenca general estimada de las hernias paraestomales:

- 30 % al cabo de 12 meses,
- 40 % al cabo de 2 años,
- 50 % con un seguimiento más prolongado

La colostomía terminal se asoció a una mayor incidencia de las hernias paraestomales, en comparación con la colostomía en asa y la ileostomía en asa.

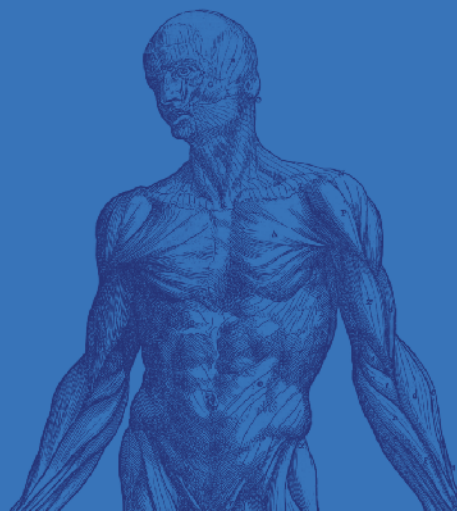
CLASIFICACIÓN

- 5 clasificaciones existentes de las hernias paraestomales
- No se ha validado ninguna
- Evidencias clínicas insuficientes como para favorecer una clasificación u otra

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA
------------------------------------	----------	------	----------	------

RECOMENDACIONES

BAJA: Se recomienda emplear la de la European Hernia Society para uniformizar el registro.



DIAGNÓSTICO

No existe ningún método de referencia para detectar las hernias paraestomales. El diagnóstico resulta complejo, ya que no se puede reproducir de un observador a otro.

- Exploración clínica
 - Sensibilidad = 66-100 %
 - Valor predictivo negativo = 75-100 %
- La exploración por TAC puede provocar diagnósticos de falsos positivos
- No está clara la pertinencia clínica de la ecografía

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA
------------------------------------	----------	------	----------	------

RECOMENDACIONES

BAJA: Es preciso efectuar la exploración clínica en posición supina o en bipedestación mediante la maniobra de Valsalva para realizar el diagnóstico.

En los casos inciertos, se puede emplear la exploración por TAC o ecografía.

El diagnóstico diferencial entre la hernia paraestomal y el prolapso del estoma pueden obligar a utilizar técnicas de captación de imágenes por TAC.

CONDUCTA EXPECTANTE ANTE PACIENTES CON UNA HERNIA PARAESTOMAL NO ENCARCELADA

No hay evidencias clínicas de las ventajas de la conducta expectante frente a la cirugía.

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA
------------------------------------	----------	------	----------	------

RECOMENDACIONES

NINGUNA: PERO, a la hora de tomar decisiones clínicas, el cirujano debe considerar lo siguiente:

- los riesgos asociados a la conducta expectante (p. ej., la estrangulación o el aumento de tamaño de la hernia), que pueden incrementar la dificultad y los riesgos de la cirugía posterior;
- el aumento de la incidencia de las complicaciones perioperatorias tras la cirugía de urgencia
- Influencia en los parámetros de calidad de vida

TÉCNICAS ESPECÍFICAS A LA HORA DE OSTOMIZAR

Declaración 1: No hay suficientes evidencias clínicas del riesgo relativo de desarrollar una hernia paraestomal tras una ostomía por vía extraperitoneal O BIEN transperitoneal.

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA
------------------------------------	----------	------	----------	------

RECOMENDACIONES

NINGUNA

Declaración 2: No hay suficientes evidencias clínicas del riesgo relativo de desarrollar una hernia paraestomal tras una ostomía en una ubicación pararectal lateral O BIEN en una ubicación transrectal.

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA
------------------------------------	----------	------	----------	------

RECOMENDACIONES

NINGUNA

Declaración 3: No hay suficientes evidencias clínicas del tamaño ideal de la abertura fascial a la hora de confeccionar el estoma.

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA
------------------------------------	----------	------	----------	------

RECOMENDACIONES

BAJA: Recomendamos que el tamaño de la abertura fascial sea el mínimo posible para que el intestino pueda atravesar la pared abdominal sin sufrir isquemia.

MALLA PROFILÁCTICA

Evidencias clínicas de calidad respaldan el uso de una malla profiláctica para reducir la incidencia del desarrollo de una hernia paraestomal durante la realización de una colostomía terminal permanente programada.

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA ✓
------------------------------------	----------	------	----------	--------

RECOMENDACIONES

ALTA: Se recomienda utilizar una malla sintética profiláctica no absorbible a la hora de efectuar una colostomía terminal permanente programada para reducir la incidencia de formación de una hernia paraestomal.

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA ✓	MODERADA	ALTA
------------------------------------	----------	--------	----------	------

RECOMENDACIONES

NO hay ninguna recomendación con respecto al uso de una malla profiláctica en el caso de ileostomías o de estomas del conducto ileal (Bricker).

NO hay recomendaciones con respecto al uso ni de mallas sintéticas absorbibles ni biológicas.



SIN REPARACIÓN CON MALLA

- No existe ninguna evidencia clínica de gran calidad sobre el riesgo relativo de recidiva tras la reparación de una hernia paraestomal mediante una malla, la reubicación del estoma o la reparación por sutura
- Existen evidencias clínicas que apuntan a un mayor riesgo de recidiva tras una reparación únicamente por sutura
- No hay suficientes evidencias clínicas sobre el riesgo relativo de aparición de morbilidad tras reparar una hernia paraestomal con una malla, tras reubicar el estoma o tras reparar la hernia por sutura
- Existen evidencias clínicas que apuntan a una baja tasa de complicaciones infecciosas en el caso de la reparación de una hernia paraestomal con una malla sintética

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA	BAJA ✓	MODERADA	ALTA
------------------------------------	----------	--------	----------	------

RECOMENDACIONES

ALTA: Se recomienda no realizar una reparación solo mediante sutura en el caso de las intervenciones quirúrgicas programadas de las hernias paraestomales debido al elevado riesgo de recidiva.

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA

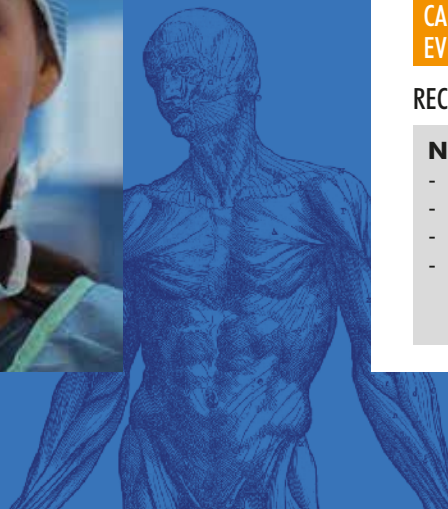
- No hay suficientes evidencias clínicas del riesgo de recidiva tras una reparación laparoscópica frente a la reparación abierta con una malla de una hernia paraestomal
- No hay suficientes evidencias clínicas del riesgo de aparición de morbilidad tras una reparación laparoscópica frente a la reparación abierta con una malla de una hernia paraestomal

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS	MUY BAJA ✓	BAJA	MODERADA	ALTA
------------------------------------	------------	------	----------	------

RECOMENDACIONES

NINGUNA: PERO la decisión clínica debería depender de lo siguiente:

- los recursos locales;
- las preferencias del paciente;
- la experiencia quirúrgica;
- la situación particular del paciente (es decir, las comorbilidades, las intervenciones quirúrgicas anteriores, las adherencias intraperitoneales y el tamaño de la hernia)



TÉCNICAS ABIERTAS

- No hay suficientes evidencias clínicas de la técnica óptima para la reparación abierta de una hernia paraestomal en lo referente a la aparición de morbilidad o a la recidiva

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS

MUY BAJA

BAJA

MODERADA

ALTA



RECOMENDACIONES

NINGUNA

TÉCNICAS LAPAROSCÓPICAS

- Las evidencias clínicas actuales favorecen el uso preferente de una malla sin ningún orificio con respecto a una malla con una pequeña incisión ("keyhole") para la reparación laparoscópica de una hernia paraestomal, en términos de recidiva
- No hay suficientes evidencias clínicas de la técnica laparoscópica más segura para reparar una hernia paraestomal en lo referente a la aparición de morbilidad

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS

MUY BAJA

BAJA

MODERADA

ALTA



RECOMENDACIONES

BAJA: En el caso de la reparación laparoscópica de una hernia paraestomal, se recomienda preferentemente emplear una malla sin ningún orificio con respecto a una malla con una pequeña incisión. ("Keyhole").

TIPOS DE MALLA

- No hay suficientes evidencias clínicas de la malla más eficaz para reparar una hernia paraestomal en lo referente a la recidiva o a la aparición de morbilidad
- No hay ninguna evidencia clínica que respalde la superioridad de las mallas biológicas con respecto a las sintéticas en lo referente a la recidiva o a la aparición de morbilidad

CALIDAD DE LAS EVIDENCIAS CLÍNICAS

MUY BAJA

BAJA

MODERADA

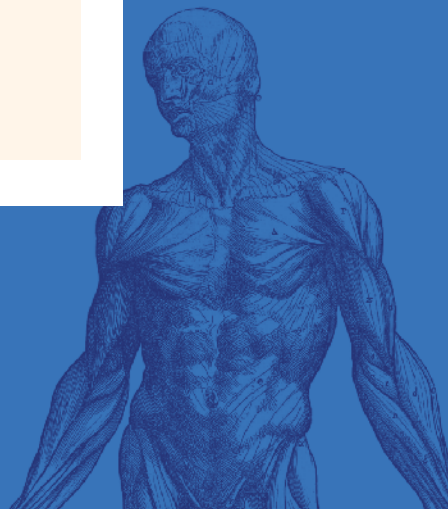
ALTA



RECOMENDACIONES

NINGUNA

Está previsto que se evalúe el impacto de estas directrices sobre la práctica clínica mediante una encuesta por Internet que deberán cumplimentar miembros de la EHS, al cabo de 2 años desde la publicación de este documento. Si se produce un cumplimiento parcial o total de estas directrices por parte de al menos un 70 % de los encuestados, se considerará un indicio de una implantación adecuada. Se invitará a los encuestados a enviar comentarios y sugerencias para la modificación prevista de estas directrices. Los resultados de esta encuesta se publicarán a disposición de todo el mundo. Se considera que un intervalo de 2 años resulta adecuado para reiterar la evaluación con el fin de supervisar el grado de implantación.



EUROPEAN HERNIA SOCIETY
CALLE CASTELLÓ 128
28006 MADRID - SPAIN

T: +34 913 836 000 -EXT 133
EMAIL: SECRETARIATEHS(AT)PACIFICO-MEETINGS.COM

Fotografía: Adobe Stock

PRODUCIDO EN ASOCIACIÓN CON

Medtronic