



VALORACIÓN CRÍTICA DE LA EVIDENCIA.

La colocación profiláctica de una malla en el momento de crear un estoma reduce la aparición de hernias paraestomales.

Juan Ignacio Martín Sánchez. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
José Manuel Ramírez Rodríguez. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina de Zaragoza-

ARTÍCULO ORIGINAL

Cross AJ, Buchwald PL, Frizelle FA, Eglinton TW. Meta-analysis of prophylactic mesh to prevent parastomal hernia. Br J Surg. 2017;104(3):179-86.

Objetivo:

Determinar la eficacia de la colocación profiláctica de una malla en el momento de la creación de un estoma primario para prevenir la aparición de la hernia paraestomal. Identificar la tasa de hernias paraestomales reparadas y las complicaciones relacionadas con las mallas.

Diseño:

Revisión sistemática de ensayos clínicos controlados y aleatorizados con metaanálisis. Búsquedas en Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline, Embase, CINAHL, Clinicaltrials.gov, WHO International Clinical Trials Registry. Sin restricciones de idioma o fecha de publicación. Se realiza búsqueda inversa a partir de estudios recuperados. Evalúan calidad de los estudios incluidos. Seguimiento de los estudios: entre 12 meses y 5 años.

Emplazamiento:

Múltiples centros hospitalarios de Holanda, EEUU, Reino Unido, Suecia, Noruega, España, Rumanía y Finlandia.

Población de estudio:

10 estudios, con 649 pacientes (a 324 se les coloca malla con la creación del estoma). Tamaño muestral de estudios comprendidos entre 20 pacientes (10 por brazo) y 150 pacientes (75 en cada brazo). Promedio del Índice de Masa Corporal entre 24,6 a 27,5 Kgr/m². Mayoritariamente varones, con cirugía electiva por cáncer.

Intervención:

Colocación de malla en el momento de la creación del estoma. Grupo control: pacientes a los que se crea estoma sin malla. En 5 estudios la colocación de la malla es retromuscular, en 3 intraperitoneal y en 2 preperitoneal.



Medición del resultado:

Variable principal: Aparición de hernias paraestomales.

Variables secundarias: Infecciones paraestomales, necrosis estomales, estenosis estomal y tasa de hernias paraestomales reparadas.

Estudios de calidad moderada a alta.

Resultados principales:

Aparición de hernias paraestomales: OR: 0,24 (IC95%: 0,12 a 0,50). 10 estudios con 53 eventos en grupo malla y 119 en grupo control. Heterogeneidad moderada $I^2=59\%$.

Mediante una suma de casos incidentes de los distintos estudios (entre 2 y 10), no encuentran diferencias estadísticamente significativas en la aparición de infecciones paraestomales ni en necrosis y estenosis estomales. Con el mismo método estiman una tasa de hernias paraestomales reparadas del 2,5% tras colocación de malla y del 8,9% sin la colocación de malla siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Lo que ofrece una reducción absoluta del riesgo (*datos recalculados*) de reparación de hernia paraestomal del 6,3% (IC95%: 1,7% a 11,3%) y un NNT de 16 (IC95%: 9 a 59)

Conclusión:

El uso profiláctico de mallas con la realización de estomas primarios en pacientes con cirugía electiva, reduce la posterior aparición de hernia paraestomal. La baja tasa de complicaciones relacionadas con la colocación de mallas, sustenta la utilización rutinaria de estas a la hora de crear un estoma primario.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la ausencia de conflictos de interés.

Fuente de financiación:

No descrito.

COMENTARIO CRÍTICO

Justificación:

La hernia paraestomal es una de las complicaciones colorrectales más frecuentes en pacientes intervenidos por cáncer o enfermedad inflamatoria intestinal, tras la creación de un estoma¹. Su prevalencia varía entre un 5% y 52% y se incrementa largo del tiempo^{1,2}. Muchas de las hernias paraestomales permanecen asintomáticas, pero hay pacientes con dolor, problemas con el aparato estomal, irritación de piel y malestar en el sitio del estoma¹, con fuga de material fecal y problemas estéticos².

Validez o rigor científico:



Revisión a partir de estudios de múltiples localizaciones que emplean distintos criterios para la identificación de la hernia paraestomal (clínico, por TAC, clínico confirmado por TAC, o clínico confirmado por ecografía), que puede extrapolarse a nuestro entorno sanitario. Existe riesgo de sesgo de publicación.

Importancia clínica:

A pesar de la alta incidencia de aparición de hernias paraestomales (hasta el 50%)^{1,2}, debe tenerse en cuenta aquellas que son asintomáticas para el paciente¹ y la evolución de las mismas a través del tiempo.

El registro de revisiones sistemáticas en PROSPERO² y su consulta haría más eficiente la investigación quirúrgica, evitando que en un breve periodo de tiempo se publiquen varias sobre un mismo aspecto¹⁻⁵.

Aplicabilidad en la práctica clínica:

La colocación de mallas reduce la aparición de hernias paraestomales sin que, se incrementen las complicaciones asociadas a su empleo, por lo que parece razonable el uso de mallas con carácter profiláctico.

Es pertinente hacer una reflexión desde la práctica clínica a este respecto. Asumamos que la curva de aprendizaje se ha visto completada por el profesional sanitario y de las potenciales complicaciones asociadas al uso de la malla profiláctica. Su colocación incrementa el tiempo quirúrgico y el coste del procedimiento (sería de interés contar con un modelo económico en nuestro entorno que incluya costes de complicaciones, entre ellas la hernia paraestomal). Hay que tener en cuenta la heterogeneidad clínica entre participantes en los estudios, algunas no modificables como la edad y coexistencia de diabetes, enfermedad maligna de base, otras modificables como el estado nutricional, anemia, control de la glucemia y otras propias de la técnica quirúrgica, ubicación de la malla y exteriorización del estoma. También hay que preguntarse por la repercusión en calidad de vida y riesgos a los que se ve expuesta la persona que desarrolla una hernia paraestomal, siendo la mayoría de las mismas asintomáticas de manejo conservador⁴.

Por tanto, existen subgrupos de pacientes que pueden beneficiarse realmente del empleo de mallas con carácter profiláctico y que su identificación constituye una línea de investigación futura.

Análisis de la declaración de intereses de los autores del estudio original:

No hay referencia alguna a la fuente de financiación.

Conflicto de intereses de los autores del comentario:

Los autores del comentario declaran la no existencia de conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA



Archivos de Coloproctología, 2019; 2(2):51-54

DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201923798

1. Zhu J, Pu Y, Yang X, Zhang D, Zhao K, Peng W, et al. Prophylactic Mesh Application during Colostomy to Prevent Parastomal Hernia: A Meta-Analysis. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016(2016):1694265.
2. Lopez-Cano M, Brandsma HT, Bury K, Hansson B, Kyle-Leinhase I, Alamino JG, et al. Prophylactic mesh to prevent parastomal hernia after end colostomy: a meta-analysis and trial sequential analysis. *Hernia*. 2017;21(2):177-89.
3. Chapman SJ, Wood B, Drake TM, Young N, Jayne DG. Systematic Review and Meta-analysis of Prophylactic Mesh During Primary Stoma Formation to Prevent Parastomal Hernia. *Dis Colon Rectum*. 2017;60(1):107-15.
4. Cross AJ, Buchwald PL, Frizelle FA, Eglinton TW. Meta-analysis of prophylactic mesh to prevent parastomal hernia. *Br J Surg*. 2017;104(3):179-86.
5. Patel SV, Zhang L, Chadi SA, Wexner SD. Prophylactic mesh to prevent parastomal hernia: a meta-analysis of randomized controlled studies. *Tech Coloproctol*. 2017;21(1):5-13.