

Eventración perineal y paracolostómica luego de cirugía de Miles: abordaje quirúrgico secuencial



<https://youtu.be/qFKvauYJgDg>

Tomás Ferrer Quiroga, Nadia M. Miranda, Salvador Aguel Sábato,
Juan A. Perriello, Agustín A. Alesandrini
Hospital Privado de La Comunidad, Mar Del Plata, Pcia. de Buenos Aires, Argentina

Para citar:

Ferrer Quiroga T, Miranda NM, Aguel Sábato S, et al. Eventración perineal y paracolostómica luego de cirugía de Miles: abordaje quirúrgico secuencial. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(1)

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista.

Recibido: 19-12-2025

Aceptado: 14-01-2026

Palabras clave: operación de Miles, amputación abdominoperineal, eventración perineal, eventración paracolostómica

Keywords: Abdominoperineal excision, Abdominoperineal resection, Perineal hernia, Parastomal hernia

INTRODUCCIÓN

La amputación abdominoperineal (AAP) o cirugía de Miles es el tratamiento de elección para el cáncer de ano que no responde o recidiva luego de la terapia quimiorradiante o el cáncer del recto inferior que no es candidato a tratamientos conservadores. Si bien la cirugía es de intención curativa, se asocia a una morbilidad significativa. Las eventraciones son complicaciones muy frecuentes de la cirugía abdominal, pero las de localización perineal y paracolostómica posteriores a un procedimiento de Miles son particularmente complejas y desafiantes.

La eventración perineal es una complicación infrecuente pero probablemente subdiagnosticada, con una incidencia que varía ampliamente entre el 0,6 y el 26% según las series,¹. Ocurre con mayor frecuencia en pacientes con resección extra-elevador y que reciben tratamiento neoadyuvante. Los factores de riesgo incluyen el sexo femenino (por la conformación de la pelvis ósea), la obesidad, el tabaquismo, la infección del sitio quirúrgico y la histerectomía previa. Clínicamente, puede manifestarse desde una asimetría perineal asintomática hasta dolor crónico, ulceración de la piel, obstrucción intestinal o, como en este caso, una limitación severa para la deambulación y la posición sedente.²

No existe un consenso sobre la técnica de reparación ideal para la eventración perineal. Las opciones incluyen el abordaje abdominal (abierto o laparoscópico), perineal o combinado.^{3,4} El abordaje laparoscópico ofrece las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva y una excelente visualización de la pelvis profunda, pero puede ser insuficiente para asegurar el cierre distal en grandes defectos, donde el abordaje perineal permite un anclaje más sólido y la reconstrucción muscular.

Por otro lado, la eventración paracolostómica es la complicación más frecuente de los ostomas definitivos, con tasas que pueden superar el 50% a largo plazo.⁵ Su reparación es igualmente compleja debido a las altas tasas de recidiva y el riesgo de contaminación.

Presentamos un caso de alta complejidad técnica en una paciente con hernia perineal y hernia paracolostómica posteriores a una operación de Miles, resueltas mediante una estrategia secuencial en dos tiempos quirúrgicos. En el primer tiempo se realizó la reparación de la hernia perineal mediante un abordaje combinado laparoscópico y perineal, y en un segundo tiempo la reparación de la hernia paracolostómica.

© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.
Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Agustín A. Alesandrini:
agustinalesandrini91@gmail.com

DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 69 años de edad con antecedentes de obesidad, miomectomía laparoscópica, apendicectomía laparoscópica y cáncer de ano, por el cual se sometió a una cirugía de Miles.

Al mes de la cirugía oncológica, la paciente consultó por signos de sepsis perineal (fetidez, supuración, fiebre). Se diagnosticó una colección perineal que drenó espontáneamente. La exploración digital confirmó indemidad de la pared vaginal posterior. El cuadro se resolvió con tratamiento médico, pero el defecto cicatrizal predispuso a la debilidad del piso pélvico.

A los 5 años postoperatorios, en una tomografía computarizada de control, se evidenció una eventración paracolostómica con contenido de colon transverso y epiplón, asintomática en ese momento (Fig. 1). Además, se observó una eventración perineal gigante, sintomática, asociada a bulto visible, malestar e imposibilidad para la deambulaci3n (Fig. 2).

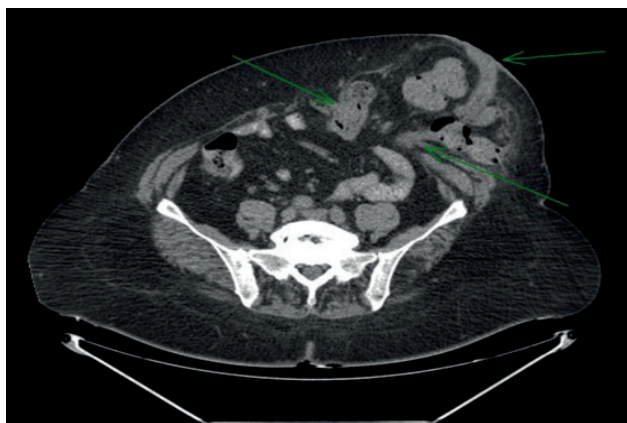


Figura 1. Corte axial de tomografía computada de abdomen donde se evidencia una eventraci3n paracolost3mica.

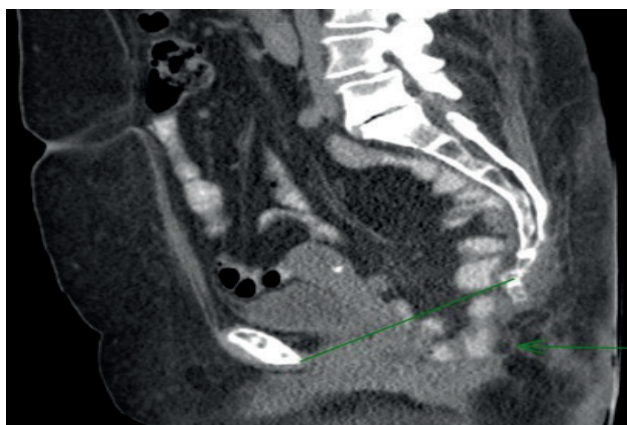


Figura 2. Corte sagital de tomografía computarizada de abdomen en la cual se evidencia eventraci3n perineal.

Se decidió la resoluci3n quirúrgica prioritaria de la eventraci3n perineal debido a la incapacidad funcional. Dados los antecedentes de la paciente y el tamaíno de los defectos, se planific3 una estrategia secuencial de reparaci3n con doble malla en dos tiempos quirúrgicos independientes, comenzando con la reparaci3n de la eventraci3n perineal y posteriormente la eventraci3n paracolost3mica. En la primera cirugía, se planific3 un abordaje combinado de doble malla abdominal y perineal. En el tiempo abdominal laparosc3pico se realiz3 liberaci3n de adherencias. Posteriormente, se redujo el contenido intestinal del saco eventr3geno y se coloc3 una malla separadora de tejidos de 20 x 30 cm, fijada al ligamento de Cooper y al promontorio, reforzada con un surget de sutura irreabsorbible, cerrando el orificio de la pelvis menor. Por vía perineal y con la paciente en posici3n de navaja sevillana, se resec3 la cicatriz perineal y se coloc3 una segunda malla por encima del sacro y los planos musculares y luego se confeccion3 un colgajo de avance con ambos glúteos. La paciente tuvo un postoperatorio sin intercorriencias.

Al aío de esta cirugía (6 aíos post-Miles), se program3 la correcci3n de la eventraci3n paracolost3mica que se había tornado sintomática. Por vía laparosc3pica luego de la reducci3n del contenido del saco herniario (colon y epipl3n), se cerr3 el defecto de la pared con puntos percutáneos con aguja de Reverdin con sutura irreabsorbible, para luego colocar una malla de 30 x 20 separadora de tejido intraperitoneal fijada mediante tackers (Fig. 3).



Figura 3. Visi3n laparosc3pica de cierre del defecto paracolost3mico con puntos percutáneos previo a colocaci3n de malla (A) y luego de la colocaci3n de la misma (B).

La paciente fue dada de alta al tercer día. Luego de 7 años de seguimiento, se encuentra asintomática y sin recidiva clínica ni radiológica de ninguna de las eventraciones.

DISCUSIÓN

El manejo de las eventraciones tardías post-Miles representa un desafío técnico-quirúrgico. En este caso, la paciente presentaba la tríada de obesidad, gran defecto pélvico y eventración paracolostómica, factores que confieren un altísimo riesgo de fracaso de la reparación.

El uso de un abordaje laparoscópico inicial permite una disección segura de las adherencias intestinales profundas que son de difícil acceso desde el periné, reduciendo el riesgo de enterotomía.² Sin embargo, la fijación distal de la malla en la pelvis profunda es técnicamente demandante por vía laparoscópica. En este caso, la adición del tiempo perineal permitió asegurar el cierre distal y reconstruir el soporte muscular, algo fundamental en pacientes obesos donde la presión intraabdominal es elevada. El uso de doble malla provee un refuerzo mecánico superior, reportado en la literatura como una técnica con menores tasas de recidiva comparada con el cierre simple o malla única.³

La reparación de la eventración paracolostómica se llevó a cabo utilizando una técnica similar al principio de Sugarbaker,⁶ buscando disminuir la tasa de recidiva de la hernia paracolostómica.⁵

CONCLUSIÓN

Este caso subraya la necesidad de un enfoque quirúrgico agresivo y multifactorial en eventraciones post-Miles com-

plejas. La técnica de doble malla para la eventración perineal y el manejo planificado de la eventración paracolostómica resultaron en una solución duradera y una significativa mejora en la calidad de vida de la paciente.

Contribuciones: Recopilación y organización de datos clínicos, investigación, redacción de borrador original y edición material audiovisual: TF y SA; Revisión del manuscrito y del material audiovisual: NM y JP; Redacción y edición final, supervisión: AA.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Ferrer Quiroga TF: <https://orcid.org/0009-0004-9361-6492>

Miranda NM: <https://orcid.org/0009-0002-6109-6731>

Aguel Sábado S: <https://orcid.org/0009-0009-1890-3500>

Perriello JA: <https://orcid.org/0000-0002-2739-7242>

Alesandrini AA: <https://orcid.org/0000-0002-9821-8360>

REFERENCIAS

1. Balla A, Batista Rodríguez G, Buonomo N, et al. Perineal hernia repair after abdominoperineal excision or extralevator abdominoperineal excision: a systematic review of the literature. *Tech Coloproctol*. 2017;21(5):329-336.
2. Abbas Y, Garner J. Laparoscopic and perineal approaches to perineal hernia repair. *Colorectal Dis*. 2014;16(5):362-369.
3. Martijnse IS, Holman FA, Nieuwenhuijzen GA, et al. Perineal hernia repair after abdominoperineal resection: a comparative study of 2 techniques. *Dis Colon Rectum*. 2012;55(5):540-545.
4. Messaoudi N, Vanlander A, De Bruyne R, et al. Laparoscopic perineal hernia repair with a biological mesh: a video vignette. *Colorectal Dis*. 2016;18(6):628-629.
5. Carne PW, Robertson GM, Frizelle FA. Parastomal hernia: prevention and treatment. *ANZ J Surg*. 2003;73(12):984-990.
6. Sugarbaker PH. Peritoneal approach to prosthetic repair of paraostomy hernias. *Ann Surg*. 1985;201(3):344-346.