



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-321 - ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN: ¿ES SEGURO EL CIERRE PRECOZ? ANÁLISIS DE RESULTADOS

Echazarreta Gallego, Estíbaliz; Córdoba Díaz de Laspra, Elena; Calvo-Catalá, Beatriz; Gascón Domínguez, María de los Ángeles; Fernández Pera, Diego; Pola Bandrés, Guillermo; Millán Gallizo, Guillermo; Elía Guedea, Manuela

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La fuga anastomótica se considera una de las complicaciones más importantes tras cirugía colorrectal. Se ha demostrado que la realización de un estoma de protección puede reducir la morbi-mortalidad asociada a una anastomosis de riesgo. Sin embargo la confección de una ileostomía y su posterior cierre puede llevar asociado un elevado número de complicaciones, hasta el 70% según las series. El propósito de nuestro estudio es evaluar la morbimortalidad asociada con la creación y cierre de la ileostomía de protección en los pacientes sometidos a anastomosis de riesgo

Métodos: Se analizaron de manera prospectiva 73 pacientes sometidos a cierre de ileostomía en nuestro Servicio entre enero de 2013 y marzo de 2015. Se incluyeron en el análisis variables demográficas, clínicas y relacionadas con la técnica quirúrgica.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 61,77 años ($\pm 13,49$), 24 (32,9%) fueron mujeres. El tiempo medio hasta el cierre fue de 36,73 semanas ($\pm 34,25$). La tasa de pacientes con complicaciones tras el cierre fue del 34,2% ($n = 25$). Entre estas complicaciones la más frecuente fue la obstrucción/íleo 11 (15,1%), seguida de la infección de herida quirúrgica 8 (11%). Seis (8,2%) pacientes requirieron una reintervención (fuga anastomótica, absceso intraabdominal, obstrucción intestinal, infección de herida). La mortalidad fue 0%. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la aparición de complicaciones en relación con el sexo, edad ni comorbilidades asociadas. El tipo de anastomosis llevado a cabo tampoco presentó relación estadísticamente significativa con la aparición de dehiscencia anastomótica o íleo postoperatorio. Del total de 8 infecciones de herida quirúrgica registradas, 2 correspondieron al grupo de cierre circunferencial (2,7%) y seis (8,2%) al lineal. En lo referente al momento del cierre de la ileostomía, llama la atención que no hemos encontrado ninguna complicación en el grupo de cierre de ileostomía en las primeras 12 semanas, lo que supone la existencia de una relación estadísticamente significativa (ES) $p < 0,009$ entre las semanas transcurridas hasta el cierre y la aparición de complicaciones. El análisis de la estancia media entre estos dos grupos también fue ES; en el grupo de cierre antes de las 12 semanas, 6,36 días ($\pm 2,157$), frente al grupo de cierre tardío en el que la estancia media fue de 11,74 ($\pm 15,742$).

Conclusiones: Analizando nuestros resultados y al igual que se recoge en la literatura concluimos que la realización de una ileostomía es un procedimiento sencillo no exento de complicaciones. A la

vista de nuestros resultados recomendamos un cierre lo más precoz posible dentro de las 12 primeras semanas, tras la comprobación de la anastomosis primaria.