



## P-350 - ABLACIÓN ENDOLUMINAL GUIADA POR ULTRASONIDO DE FÍSTULAS ANORRECTALES COMPLEJAS CON LÁSER DE DIODO DE 980 MM

Emparan García de Salazar, Carlos<sup>1</sup>; Martínez Magaña, Alicia<sup>2</sup>; Mazo Casaus, Sara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Viamed. Los Manzanos, Lardero; <sup>2</sup>Innovasurgery, Lardero.

### Resumen

**Introducción:** Las fístulas anorrectales complejas son un problema quirúrgico de elevada complejidad. Las recurrencias múltiples, debido a la falta de cierre de la fístula cuando el tracto no está claramente definido, hace que el tratamiento de las fístulas complejas no disponga de soluciones técnicamente asequibles. La introducción del cierre por láser de fístula guiada por ultrasonido es un nuevo procedimiento de preservación de esfínteres para el tratamiento de fístulas anales. El cierre primario del tracto fistuloso se logra utilizando energía láser emitida por una fibra radial conectada a un láser de diodo de 980 nm. La energía provoca la contracción del tejido alrededor de la fibra radial con el fin de cerrar el tracto fistuloso en todo su trayecto. Este estudio piloto fue diseñado para investigar la seguridad y eficacia de esta nueva técnica en el tratamiento de la fístula anal.

**Métodos:** Se incluyeron en el ensayo 37 pacientes con fístulas rectales complejas (definidas como recurrentes, que implicaban diferentes órganos, o secundarias a enfermedad de Crohn). Se realizó una ecografía endorrectal de la fístula para evaluar la longitud, el diámetro y la anatomía estructural de las fístulas. Bajo anestesia loco-regional en un ambiente ambulatorio se canuló la fístula con una fibra láser (diámetro de 400 o 600 nm). Guiada por ecografía, la punta de la sonda láser fue guiada a 1 cm de la abertura de la fístula y se realizó ablación endoluminal del tracto con una potencia de 5-7 vatios, introduciendo una cantidad total de energía de 12 Julios/cm/seg hasta que el tracto queda completamente colapsado bajo control ecográfico.

**Resultados:** 24 pacientes tuvieron un seguimiento de 12 meses mientras que 13 pacientes tuvieron un seguimiento de 24 meses. 1 paciente (2,7%) presentó recurrencia local (presumiblemente debido a estar entre los primeros diez pacientes tratados y en la curva de aprendizaje), un paciente con enfermedad de Crohn presentó otra fístula, que anatómicamente no estaba relacionada con la fístula tratada previamente. Todos los pacientes fueron dados de alta 6 horas después de la cirugía y no se requirieron curas tópicas, ni analgésicos durante la primera semana de postoperatorio. El regreso al trabajo fue en todos los pacientes 72 horas después de la cirugía.

**Conclusiones:** La ablación endoluminal de fístulas rectales complejas con guía ecográfica es un procedimiento ambulatorio factible y seguro con excelentes resultados en cuanto a morbilidad, recidivas y satisfacción del paciente.