



O-158 - CIERRE DE LA ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN: IMPACTO DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PREVIO, CIERRE TEMPRANO Y ESTIMULACIÓN PREOPERATORIA

Norte García, Andrea; Martínez Sánchez, María Carmen; Pasalodos Barceló, Ana; Tort Estruch, Ivette; Sánchez López, Anna; Hernández Casanovas, María Pilar; Bollo Rodríguez, Jesús; Targarona Soler, Eduardo María

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

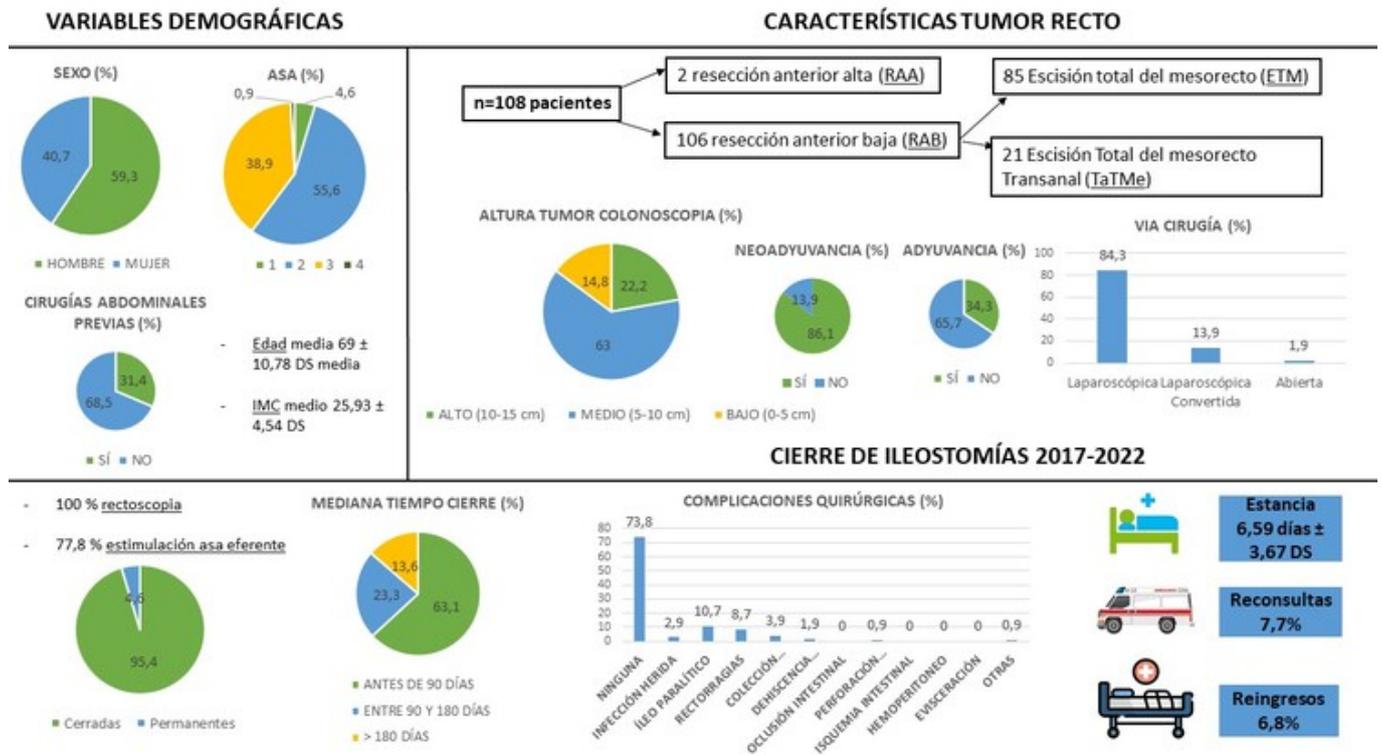
Resumen

Objetivos: Evaluar la morbilidad y mortalidad del cierre de ileostomía de protección tras la cirugía de cáncer de recto. Implantación de protocolo de cierre temprano (antes de 3 meses) y estimulación del asa eferente.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de base de datos prospectiva. Cohorte de pacientes intervenidos de cierre de ileostomía de protección entre los años 2017-2022 por patología maligna de recto. Las variables principales son: morbilidad (Clavien-Dindo), reconsultas a Urgencias y reingresos. Las variables secundarias son: tasa de ileostomía permanente, tiempo medio al cierre y motivos de demora, número de tandas de estimulación, realización de rectoscopia preoperatoria y colocación de malla profiláctica. Se recogen también datos demográficos, comorbilidades y características de la cirugía de recto previa.

Resultados: Entre los años 2017 y 2022 se intervienen 108 pacientes de cirugía de cáncer de recto con realización de ileostomía de protección, 64 hombres (59,3%) y 44 mujeres (40,7%) con una media de edad de 69 años \pm 10,79 DE. El 86,1% de los pacientes recibieron terapia neoadyuvante. Localizado por colonoscopia, el 22,2% son tumores altos (10-15 cm), el 63% medios (5-10 cm), y el 16% bajos (0- 5 cm). La mayoría se operan por laparoscopia (84,3%), con una tasa de conversión del 13,9%. Se realizan 106 resecciones anteriores bajas (RAB) y dos altas (RAA). De las RAB, 87 con escisión total del mesorrecto (ETM) y 21 mediante TaTMe (escisión total del mesorrecto transanal). El 95,4% (103) son reconstruidas de forma electiva exceptuando una por encarcelación. La tasa de ileostomía permanente es del 4,6% (5). La mediana de tiempo de cierre es de 74,5 días (rango 22-302). El 63,1% de los pacientes se cierran antes de los 90 días, el 23,3% entre los 90 y 180 y el 13,6% más allá de los 180. Al 100% se realiza rectoscopia preoperatoria. Se estimula el asa eferente en el 77,8% de los pacientes. La anastomosis predominante es la laterolateral mecánica (96,1%) y el cierre de herida con sutura intradérmica (92,2%). Se coloca malla profiláctica en el 8,7% y terapéutica en el 3,9%. El 73,8% no presenta ninguna complicación quirúrgica. La más frecuente es el íleo paralítico (10,7%), seguido de las rectorragias (8,7%). La tasa de infección de herida es del 2,9%. Reportamos dos casos de dehiscencia de anastomosis y uno de perforación de víscera hueca. La comorbilidad global es del 26,2%, correspondiendo a clasificación Clavien-Dindo I (84,3%) o II (8,7%). La media de estancia hospitalaria es de 6,59 días \pm 3,67 DE. La tasa de reconsultas a

Urgencias es de 7,7% y de reingresos de 6,8%. Tras seguimiento al año, objetivamos un 2,9% de eventraciones clínicas y un 6,8% por TC. Se realiza cirugía con malla supraaoneurótica en 3 de ellas. En el resto realizamos seguimiento por ser asintomáticas.



Conclusiones: La cirugía por laparoscopia previa, el cierre temprano y la estimulación del asa eferente son los tres pilares para reducir la morbimortalidad del cierre de ileostomía de protección.