



O-157 - ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE EL IMPACTO DE LA REDUCCIÓN DE ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN SOBRE LA DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA TRAS CIRUGÍA DEL CÁNCER DE RECTO

Badia Closa, Jesus; Centeno Álvarez, Ana; Sobrerroca Porras, Laura; González Santín, Veronica; Farreras Catasús, Núria; Mullerat Prat, José Maria; Castellví Valls, Jordi

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Resumen

Introducción y objetivos: La dehiscencia anastomótica (DA) es una de las complicaciones más temidas tras la cirugía del cáncer de recto. La ileostomía derivativa o “de protección” (IP) podría actuar como mecanismo de seguridad frente a una eventual DA, y reducir así la gravedad de las complicaciones o evitar una potencial reintervención. Sin embargo, este procedimiento no está exento de riesgos, necesita una segunda cirugía para reconstruir el tránsito y conlleva un impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente. El objetivo principal del estudio es comprobar el impacto de la reducción en la tasa de IP a lo largo de los años en nuestro centro sobre la incidencia de DA.

Métodos: Estudio prospectivo comparativo de una serie consecutiva de pacientes intervenidos de forma electiva por cáncer de recto (CR) en una Unidad de Cirugía Colorrectal, divididos en dos grupos según los períodos establecidos: Grupo I (años 2010-2015, 222 pacientes) y Grupo II (años 2016-2021, 232 pacientes). Análisis comparativo de las características basales de los dos grupos, de las características del tumor (estadio tumoral, altura de la lesión, tratamiento neoadyuvante), de la cirugía (abordaje, tiempo quirúrgico, sangrado, tipo de anastomosis, IP) y de las complicaciones quirúrgicas. Análisis multivariante de potenciales factores predictores de DA y de decisión de confección de IP.

Resultados: Se reportan datos de 448 pacientes intervenidos mediante cirugía electiva con intención curativa. No se objetivan diferencias estadísticamente significativas en el análisis de las características demográficas basales o en el análisis de las características de la lesión tumoral (estadio, altura, tratamiento neoadyuvante). Se objetivan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la proporción de IP, con un 50,1% durante el primer período (Grupo I) y un 28,9% en el segundo (Grupo II, e.s. $p = 0,00$), sin por ello observar diferencias en la incidencia de DA (4,1% y 5,1 respectivamente, n.s. $p = 0,57$) o en el resto de complicaciones ($p = 0,82$). Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en la proporción de cirugía laparoscópica (61,71 vs. 75%, $p = 0,00$), tiempo quirúrgico (218,0 vs. 200 min, $p = 0,00$) y transfusión intraoperatoria (2,7 vs. 0,4%, $p = 0,00$). En el análisis multivariante, se objetiva una relación significativa entre IMC, sexo (varón), altura de la lesión, tratamiento neoadyuvante previo y DA tras la cirugía. Pese al carácter retrospectivo de nuestro análisis, los resultados apoyan la seguridad de la reducción de las IP tras la

cirugía de recto. La restricción de las mismas a pacientes seleccionados es clave y una propuesta podría ser reservar la IP para varones con IMC elevado y neoplasias de recto bajo en las que haya sido necesario llevar a cabo tratamiento NA.

Conclusiones: La reducción en la confección de IP no conlleva un incremento en la incidencia de DA. La mejoría en la técnica quirúrgica y mayor especialización de los miembros de una Unidad de Cirugía Colorrectal deberían permitir llevar a cabo una restricción de la técnica a pacientes seleccionados y evitar realizar IP de forma generalizada.