



P-387 - REVISIÓN DE FUGAS ANASTOMÓTICAS EN CIRUGÍA COLORRECTAL

Plua Muñiz, Katherine; Sánchez González, Javier; Blanco Álvarez, José Ignacio; Velasco López, Rosalía; Mambrilla Herrero, Sara; Bailón Cuadrado, Martín; Tejero Pintor, Javier; Asensio, Enrique

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: The United Kingdom Surgical Infection Study Group, define como fuga anastomótica (FA) a la salida de contenido de la luz intestinal a través de la unión quirúrgica de dos vísceras huecas. Las dehiscencia de sutura después de la cirugía colorrectal representa un problema que abarca tasas substanciales de morbilidad y mortalidad. En los últimos años el avance en las técnicas quirúrgica, radiológicas y endoscópicas han cambiado significativamente el manejo de las FA colorrectales.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar el manejo y evolución de las FA después de cirugía colorrectal urgente o programada, en la Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Río Hortega.

Métodos: Presentamos un estudio retrospectivo sobre las FA y su manejo. Se revisaron todas las cirugías sobre colon y recto que se llevaron a cabo desde enero del 2014 hasta enero del 2016. Criterio de selección: cirugías con anastomosis íleo-cólica, colo-cólica o colo-rectal.

Resultados: Se revisaron 312 casos, y se detectaron 24 casos de FA postoperatoria (30 días postoperatorios). La tasa de dehiscencia global fue del 9,2%. El 50% se produjo en cirugía por neoplasia rectal, 33% por neoplasia cólica, 12,5% por diverticulitis aguda complicada y el 4% por enfermedad de Crohn. En 23 de los casos se había dejado drenaje en la intervención. El momento cronológico de diagnóstico de FA, como media, fue al día $7,6 \pm 3,84$ (máx 18-mín 2), rango: 16. El diagnóstico inicial se realizó en el 50% de los pacientes por TAC y el otro 50% por la presencia de drenaje con débito entérico. En el 87,5% (22) de los casos el drenaje seguía presente en el momento del diagnóstico. El 45% de las FA requirieron reintervención quirúrgica urgente por fistula tipo C (masiva-intraperitoneal), en las demás se mantuvo tratamiento conservador, y 5 casos precisaron drenaje percutáneo radio-dirigido. Tras el fracaso de medidas conservadoras se realizó cierre endoscópico de la FA mediante Ovesco con éxito, en 3 casos.

Conclusiones: El mayor riesgo de dehiscencia se produce en las anastomosis rectales. La presencia de drenaje resulto útil en la mitad de los casos para el diagnóstico de FA. En el 45% de los casos fue preciso tratamiento quirúrgico. Como novedad presentamos la resolución de la FA mediante la colocación endoscópica del Ovesco, aunque faltan estudios que incluyan mayor volumen de pacientes a los que se les aplique este tipo de tratamiento para presentar conclusiones.