



O-019 - PAPEL DE LA ILEOSTOMÍA VIRTUAL Y ENDOSCOPIA POSTOPERATORIA PRECOZ EN ANASTOMOSIS COLORECTALES DE ALTO RIESGO DE FUGA ANASTOMÓTICA

Lucas Mera, Elí Francisco; Flor Lorente, Blas; Frasson, Matteo; Pous Serrano, Salvador; Ponce, Marta; Carvajal Amaya, Nicolás; Domingo, Santiago; García-Granero Ximénez, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Determinar la utilidad de la ileostomía en asa virtual (IV) combinada con la endoscopia postoperatoria precoz (EPP) en pacientes con anastomosis colorrectales ultrabajas o de alto riesgo de fuga anastomótica (FA).

Métodos: Se trata de una serie prospectiva de pacientes en los que se realizó una anastomosis colorrectal e IV (referencia del ileon distal con un vessel-loop exteriorizado a través del marcaje del potencial estoma). A todos los pacientes se les realizó una EPP al 3^{er} y, si necesario, al 5^o día postoperatorio. En caso de signos objetivos de FA en la EPP, se indicó la transformación de la IV en ileostomía real en asa.

Resultados: Se analizan 38 pacientes con anastomosis colorrectal baja mecánica EEA con IV, 18 hombres (47%) y 20 mujeres (53%) edad mediana de 64 años. Las indicaciones quirúrgicas fueron: 26 (68%) pacientes por cáncer de recto, (15 con ETM y 11 con EsTM), 5 (13%) pacientes con cáncer de ovario avanzado en los que se realizó exenteración pélvica posterior con resección rectosigmoidea y preservación anal, 2 (5%) pacientes por reconstrucción de Hartmann ultrabajo, 2 (5%) pacientes por endometriosis con fibrosis pélvica intensa con afectación del tabique rectovaginal y que requirió resección ultrabaja de recto y en 3 (8%) pacientes por otros procesos. El abordaje fue laparoscópico en 23 (60%) pacientes y convencional en 15 (40%). 33 pacientes (86%) fueron intervenidos de forma programada y 5 (14%) de forma urgente. Presentaron FA 9 pacientes (23%), la EPP detectó precozmente 5 de ellas. En los otros 4 pacientes la EPP no objetivó defecto anastomótico, sin embargo presentaron dolor abdominal y/o fiebre, con alteración de parámetros analíticos (proteína C-reactiva y procalcitonina), por lo que se solicitó TC abdominopélvico evidenciando posible FA. De los 9 pacientes con FA en 8 (88%) se transformó la IV en real sin laparotomía. El caso restante precisó desconexión anastomótica tipo Hartmann por FA tardía a los 10 días con EPP al 3^{er} día postoperatorio considerada normal. Finalmente, 3-6 meses después de la cirugía inicial, se ha cerrado la ileostomía en 7 de los casos, sin complicaciones. El último caso está pendiente de cierre después del tratamiento adyuvante. La exactitud global del EPP para diagnóstico de FA fue del 89% (34/38). En el 77% de los paciente la IV evitó la ileostomía derivativa real.

Conclusiones: La ileostomía virtual combinada con la endoscopia postoperatoria precoz permitiría

evitar un porcentaje considerable de ileostomías derivativas, sin aumentar la morbimortalidad en caso de fuga anastomótica por su detección y tratamiento precoz.