



O-137 - CIERRE DE ILEOSTOMÍA TEMPORAL CON MALLA DE REFUERZO PROFILÁCTICA. ¿HAY MÁS RIESGO DE INFECCIÓN?

Prós Ribas, Imma; Gil Goñi, Antoni; Ribera Serra, Carles; Marcilla, Víctor; Otero Xancó, Joaquín; Martínez Álvarez, Wenceslao; Sagrañes Naval, Gemma; Rius Macías, Josep

Hospital de Martorell, Martorell.

Resumen

Introducción: El aumento de la cirugía conservadora de esfínteres con anastomosis cada vez más bajas y la radioterapia preoperatoria, han favorecido la realización de una ileostomía derivativa. El cierre de la ileostomía para reconstruir el tránsito intestinal, no está exenta de morbimortalidad, y es además una cirugía controvertida, con gran variabilidad técnica, tanto en la reconstrucción del tránsito intestinal como en el cierre de la pared abdominal, por lo que ambos gestos quedan habitualmente a criterio del cirujano. Uno de los aspectos más debatidos, es el cierre de la pared abdominal, y aunque existen estudios que demuestran que la eventración tras el cierre puede afectar al 35% de los pacientes, la utilización de una malla de refuerzo no es una práctica habitual, ni siquiera en el caso en que exista una hernia paraestomal y mucho menos en lo que se refiere a la colocación de una malla profiláctica. Dada la alta incidencia de eventraciones tras el cierre de la ileostomía y considerando la ileostomía “per se” como una eventración, desde el año 2013, en nuestro centro, se propuso colocar una malla profiláctica de refuerzo al realizar el cierre de la pared abdominal.

Métodos: Se han revisado de forma retrospectiva y consecutiva, los pacientes a los que se realizó el cierre de la ileostomía, desde el 2008 al 2016. Se han dividido en dos grupos: cierre simple (CS) y cierre con malla profiláctica de refuerzo (CM). La indicación ileostomía fue en la mayoría de pacientes una Neoplasia de recto con Radioterapia neoadyuvante o una resección rectal ultrabaja. Técnica quirúrgica: incisión en huso periestomal, disección hasta cavidad abdominal, anastomosis termino-terminal manual (1 caso mecánica). Tras cambio de guantes y material quirúrgico, la pared se cerró con sutura reabsorbible de polidesoxanona (PDS) nº 1. En CM, se colocó malla de refuerzo de polipropileno fijada con dos suturas continuas de PDS00. Tras lavado de la herida con SF + YP, se cerró fascia de Scarpa con poliglicólico00 y la piel con puntos sueltos de polipropileno00 dejando drenaje de Penrose subcutáneo, que se retiró ambulatoriamente. Se realizó profilaxis antibiótica preoperatoria: gentamicina + metronidazol. Se consideró infección de la herida quirúrgica, la supuración con cultivo positivo, aunque no precisara desbridamiento.

Resultados: 58 pacientes: a 27 se les realizó CS y a 31 CM. Ambos grupos resultaron comparables tanto en edad (64,1/67.9), sexo (21H, 6M/23H,8M) como en la patología asociada (ASA). El paciente intervenido en 2010, antes de estandarizar la técnica, presentaba una hernia paraestomal grande, por lo que se colocó una malla de refuerzo. (se incluyó en CM). Al analizar la infección de la herida

quirúrgica: se encontró en 2 pacientes CS (flora mixta y Enterococo) y en 3 pacientes CM (*E. coli*, *Klebsiella* y Enterococo). La incidencia de infección no mostró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: En nuestros casos, la colocación de una malla profiláctica al cerrar la ileostomía, no aumenta la infección de la herida quirúrgica y puede prevenir la posterior eventración, por lo que consideramos que es una técnica recomendable que puede realizarse con seguridad.