



## O-310 - TRATAMIENTO MINIINVASIVO DE LA DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS COLO-RECTAL: ENDOESPONJAS

*Escalera Pérez, Raquel; Esteban Ramos, Juan Luis; Montes Posada, Elisa; Rivero Hernández, Iosvany; Álvarez Listán, José Carlos; Salguero Seguí, Guillermo; Franco Ossorio, Juan de Dios; García Molina, Francisco*

*Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera.*

### Resumen

**Objetivos:** Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento conservador con terapia VAC (Vacuum Assisted Closure) de las fugas anastomóticas tras resección anterior de recto.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por cáncer de recto con intención curativa desde enero de 2009 hasta diciembre de 2015 (n = 227). Tomamos como base los datos aportados al proyecto Vikingo y los registros documentales de nuestro centro. Seleccionamos los pacientes con anastomosis colo-rectal o colo-anal que presentaron fuga anastomótica. Hemos clasificado las fístulas en tres grupos, A: subclínicas o que requirieron lavados transanales, Grupo B: se interviene colocando terapia VAC y Grupo C: reintervención.

**Resultados:** De los 227 pacientes registrados, 135 fueron sometidos a resección anterior con anastomosis y 13 presentaron fuga anastomótica (9.6%). La media de edad fue de 56 años con una relación hombre mujer de 11/2. Todos recibieron neoadyuvancia con quimiorradioterapia y a todos se les realizó ileostomía de protección en la cirugía inicial. El riesgo ASA para la mayoría fue II. Grupo A. (n = 5): a tres pacientes se les realizó lavados transanales. Uno de ellos, fracasó el tratamiento conservador requiriendo reintervención y realización de colostomía terminal. A los 4 restantes se les cerró la ileostomía. Uno de ellos presentó una estenosis. Grupo B (n = 6): se utilizó terapia VAC. Todas las anastomosis fueron coloanales y se realizaron mediante CEEA 28/31 mm. El diagnóstico además de clínico, fue confirmado mediante TAC, enema opaca y/o endoscópicamente. Cinco de los pacientes iniciaron la terapia VAC antes de 6 semanas con respecto a la primera cirugía (mediana 33 días). Los primeros recambios se realizaron en quirófano bajo anestesia raquídea y fue preciso dejar catéter epidural para control del dolor en 2 pacientes, por encima de 10 recambios se realizó en planta y con carácter ambulatorio. No hubo sangrados. Los primeros recambios se realizaron cada 2 días y posteriormente cada 3-4 días con una media de 21 recambios por paciente (rango 17-25). A los 6 pacientes se les pudo cerrar la ileostomía de protección previo control radiológico confirmatorio del cierre completo del sinus. Las complicaciones tardías fueron dos estenosis que se han controlado con dilataciones. EL seguimiento medio fue de 39 meses (rango 17-87). Grupo C (n = 2): en este grupo se incluyen los pacientes que requirieron cirugía urgente (n = 2), se desmontó la anastomosis y se realizó una colostomía terminal y en el otro caso, una amputación abdominoperineal.

**Conclusiones:** La dehiscencia de la anastomosis colorrectal o coloanal sigue siendo una complicación frecuente y con una considerable morbimortalidad. Aunque la ileostomía no disminuye su incidencia, sí sus consecuencias. Todos nuestros pacientes tenían una ileostomía protectora. En casos seleccionados, el tratamiento conservador de estas fugas es factible y la terapia VAC con endoesponjas una opción prometedora. En nuestra serie ha logrado el cierre completo de todos los casos en que se utilizó, aunque con un número de recambios superior a lo publicado por algunos autores. Por contra, existen publicaciones con buenos resultados con manejo conservador sin terapia VAC.