



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-333 - MANEJO DE LA HEMORRAGIA EN LA CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA

Silva Cano, Danny Wladimir; López-Negrete. Cueto, Emilio; Rodríguez García, José Ignacio; Fernández Martínez, Daniel; Ibero Casadiego, Giana Pamela; del Val Ruiz, Pablo; García Flórez, Luis Joaquín; Granero Trancón, José Electo

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Objetivos: La cirugía colorrectal (CCR) laparoscópica permite una rehabilitación posoperatoria más precoz con resultados oncológicos equivalentes a la vía abierta. A pesar de ello, no está exenta de complicaciones, siendo la hemorragia poco habitual, pero una de las más relevantes. Puede suceder durante la cirugía o en el posoperatorio, y el impacto en el paciente ser muy variable, lo que determinará la actitud terapéutica. El objetivo de este estudio es analizar la casuística de eventos hemorrágicos asociados a resección colorrectal laparoscópica, así como su diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los eventos hemorrágicos en pacientes con resección colorrectal laparoscópica intervenidos de forma electiva en nuestro centro entre el 1 enero de 2018 y el 31 de diciembre 2020. Se estudiaron variables demográficas, del procedimiento quirúrgico (hallazgos intra y posoperatorios), así como la resolución de los mismos. Los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS.

Resultados: De 1.049 pacientes intervenidos de cirugía colorrectal, a 682 se les practicó una resección laparoscópica, de los cuales 36 (5,3%) presentaron algún evento hemorrágico significativo. En estos últimos la edad media fue de 64,9 (DE 12,8) años, siendo mayoritariamente hombres (26). No tenían antecedente de toma de medicación antiagregante o anticoagulante la mayoría de ellos (69,4 y 80,6% respectivamente). El diagnóstico principal fue el cáncer colorrectal (29), seguido de enfermedad diverticular (5). Los procedimientos más relacionados con hemorragia fueron sigmoidectomía (12), TaTME (6) y hemicolectomía derecha (5). Cinco pacientes presentaron hemorragia intraoperatoria moderada (4) o grave (1), que se controló durante la cirugía. Los dispositivos más usados para realizar hemostasia fueron de energía bipolar (Ligasure, 36,1%) y combinada (Thunderbeat, 27,8%). En 32 pacientes se había realizado una anastomosis. Los tipos más frecuentes fueron colorrectal (22) e ileocólica (9). Las anastomosis se realizaron con sutura mecánica circular (55,6%) seguido de sutura mecánica lineal con cierre manual de la brecha intestinal (22,2%). En el posoperatorio, el diagnóstico del sangrado fue clínico-analítico en 17 casos (47,2%), 12 por angioTC (33,3%) y 7 por endoscopia (19,4%). En 44,4% de los casos no se identificó el origen del sangrado posoperatorio. En 38,9% el origen fue en la anastomosis, diagnosticado por endoscopia (7 pacientes) o por estudio radiológico (12). El tratamiento en el 58,3% de los casos fue

médico (reposición de volumen con o sin transfusión, siendo 2 la mediana de transfusiones). Precisarón reintervención quirúrgica 8 pacientes (22,2%), 4 con abordaje abierto y 4 por vía laparoscópica (2 conversiones). En 6 pacientes (16,7%) se controló con una endoscopia terapéutica, y solo en 1 caso se hizo manejo escalonado de radiología intervencionista y cirugía. No hubo mortalidad por esta causa. La estancia media tras la cirugía fue 18,7 días.

Conclusiones: La hemorragia en CCR laparoscópica es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave, por lo que es importante un diagnóstico temprano para poder realizar un manejo adecuado, escalonado y multidisciplinar que en ocasiones exige experiencia endoscópica y recursos radiológicos intervencionistas.