



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-257 - TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE FÍSTULA TARDÍA TRAS CIRUGÍA COLORRECTAL

Rojas de La Serna, Gabriela; Morandeira Rivas, Antonio; Cuevas Toledano, Javier; Fernández de Santos, Elena; Cortina Oliva, Javier; López Sánchez, Ana; Madrid, Rafael Emiro; Moreno Sanz, Carlos

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Resumen

Introducción: La dehiscencia anastomótica tardía supone una morbilidad no desdeñable en cirugía colorrectal. Las fístulas tardías tras cirugía colorrectal pueden presentarse hasta en un 6% de los pacientes, siendo excepcional las que se acompañan de síntomas o son subsidiarias de tratamiento quirúrgico. Detalles en la técnica quirúrgica y la quimioterapia pueden ser factores de riesgo para la aparición de este tipo de complicación. Presentamos el caso de una paciente intervenida de neoplasia de sigma con tratamiento quimioterápico adyuvante con una dehiscencia tardía tratada mediante abordaje mínimamente invasivo.

Caso clínico: Paciente mujer de 30 años con antecedentes de Sarcoma de Ewing clavicular, dos cesáreas, a la que se le realizó una sigmoidectomía laparoscópica programada por neoplasia de sigma. Se realizó un procedimiento oncológico con ligadura de los vasos en su origen, descenso del ángulo esplénico y anastomosis latero terminal con endograpadora circular nº 28. El estadio anatomopatológico fue pT3pN2b, por lo que se inició tratamiento adyuvante con Xelox. Cuatro meses tras la intervención, habiéndose administrado cuatro ciclos de quimioterapia, acude a la urgencia por dolor súbito en hipogastrio. A la exploración física presentaba dolor abdominal generalizado con defensa peritoneal y elevación de reactantes de fase aguda. En el TAC abdominal se apreciaba líquido libre en cavidad peritoneal, fundamentalmente en pelvis con alguna burbuja de aire adyacente a la sutura del muñón de la anastomosis colorrectal. Se introdujo contraste también endoanal comprobándose la integridad de la anastomosis circular y no permitiendo explorar la zona del muñón porque no se llenaba de contraste. Se decidió llevar a cabo una intervención urgente mediante abordaje laparoscópico con cuatro trócares. En esta intervención se confirmó el diagnóstico de peritonitis purulenta de cuatro cuadrantes con una zona de plastrón en la entrada de la pelvis. El extremo del muñón lateral estaba flogótico sin observarse salida de contenido intestinal que se reforzó con sutura barbada. Se realizó lavado de toda la cavidad, apendicetomía y se colocó un drenaje. La paciente evolucionó favorablemente y pudo completar los cuatro ciclos de quimioterapia adyuvante.

Discusión: La fístula tardía en cirugía colorrectal es una complicación poco frecuente pero grave porque además de la gravedad en sí misma puede retrasar el tratamiento quimioterápico que necesitan los pacientes. En la mayoría de las ocasiones son asintomáticos o precisan tratamientos menos agresivos como antibioterapia o drenajes percutáneos, pero en ocasiones pueden ser

necesarios una intervención quirúrgica para resolver el problema. El abordaje mínimamente invasivo en este tipo de pacientes puede ser una buena opción que permite confirmar el diagnóstico y tratar la fístula. El tratamiento laparoscópico de las complicaciones de cirugía colorrectal es un abordaje seguro en manos expertas permitiendo una recuperación precoz para el paciente.