



P-356 - CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO TRAS REALIZACIÓN DE ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN EN RESECCIÓN ANTERIOR BAJA POR NEOPLASIA DE RECTO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Ceniza Pena, Daniel; Silvino Sánchez, Cantia; Gutiérrez Vásquez, Ramiro Raphael; Alonso Grela, María; García Cardo, Juan; García Chiloeches, Alba; Martín Parra, José Ignacio; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: La cirugía del cáncer de recto es una intervención frecuente en los servicios de Cirugía General. Con frecuencia suele exteriorizarse una ileostomía de protección en el mismo acto quirúrgico para proteger la anastomosis. Tras completar el tratamiento oncológico necesario y esperar un tiempo prudencial estos pacientes precisan una segunda cirugía para reconstruir el tránsito.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de 100 pacientes previamente sometidos a resección anterior baja de recto con ileostomía de protección, y que después fueron sometidos a cirugía de reconstrucción del tránsito en el servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo de un hospital de tercer nivel entre noviembre de 2020 y noviembre de 2023. Se analizaron variables demográficas y variables relacionadas con el tratamiento quirúrgico, el tratamiento oncológico y las complicaciones posquirúrgicas, clasificando su gravedad según la escala Clavien-Dindo.

Resultados: De los 100 pacientes analizados en este estudio, 35 desarrollaron complicaciones posoperatorias, siendo la más frecuente el íleo paralítico. 10 pacientes necesitaron una reintervención quirúrgica. 4 pacientes presentaron dehiscencia anastomótica. No se encontraron diferencias significativas en la aparición de complicaciones en relación con las variables demográficas, el tratamiento sistémico o la técnica quirúrgica empleada para la anastomosis íleo-ileal. También se ha analizado la estimulación del asa eferente antes de la cirugía, sin haberse encontrado resultados significativos que reflejen una menor tasa de complicaciones. Se encontraron menos complicaciones graves (grado III o más en la escala Clavien-Dindo) en aquellos pacientes en los que el intervalo de tiempo entre la resección de recto y el cierre de ileostomía fue menor ($p = 0,027$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestro centro son similares a los que refleja la bibliografía consultada, con una tasa de complicaciones en torno al 30-40%, siendo la más frecuente el íleo posoperatorio. La única variable que disminuye la aparición de complicaciones es un menor intervalo de tiempo entre las dos cirugías, por lo que parece conveniente optimizar ese intervalo para minimizar las incidencias posoperatorias.