



P-406 - RECONSTRUCCIÓN PRECOZ DEL TRÁNSITO INTESTINAL EN ESTOMAS. ¿EN QUÉ MOMENTO INDICARLO?

I. Oller Navarro, A. Arroyo Sebastián, J. Ruiz-Tovar, M.A. Gómez Correcher, I. Galindo, L. Giner Bernal, M. Bellón y R. Calpena Rico

Hospital General Universitario de Elche, Elche.

Resumen

Introducción: Un estoma de protección se realiza principalmente en una cirugía de urgencia y en situaciones en las que la anastomosis tiene un riesgo alto de dehiscencia. Se puede realizar colostomía terminal tras la resección de un segmento de colon (Hartmann) o una ileostomía de protección en el caso de decidir realizar la anastomosis. En la práctica habitual un estoma de protección se cierra en un plazo de 3-6 meses tras una prueba radiológica (enema con gastrografín) o una supervisión endoscópica de la anastomosis. Por otra parte, en ileostomías suele retrasarse la reconstrucción intestinal durante 8-12 semanas para permitir que las adherencias postoperatorias maduren y la reacción inflamatoria disminuya para intentar reducir la dificultad técnica y la morbilidad. En los casos de estomas en pacientes sometidos a cirugía oncológica a los que se les ha iniciado terapia adyuvante puede retrasarse más la reconstrucción y acrecentar la incertidumbre en el paciente sobre la fecha de cierre del estoma. El estoma sigue siendo un importante hándicap psicológico y físico que provoca una disminución de la calidad de vida en el paciente. Una ileostomía puede causar una significativa morbilidad incluyendo complicaciones médicas tales como la deshidratación, desequilibrio electrolítico, insuficiencia renal aguda, hemorragia, dermatitis, infección paraestomal; y complicaciones quirúrgicas como la retracción del estoma, estenosis, prolapso, fístula enterocutánea y eventración paraestomal. Estas complicaciones pueden ser exacerbadas por la quimioterapia y pueden provocar la suspensión prematura de la terapia adyuvante. Por lo tanto, en casos seleccionados podría valorarse la reconstrucción precoz del tránsito intestinal.

Caso clínico: Presentamos cinco casos de pacientes entre 50 y 70 años que presentaron cirugías urgentes en las que se requirió la realización de un estoma (ya sea ileostomía de protección o colostomía) por laparoscopia entre los meses de enero de 2012 y diciembre de 2013 en el Hospital General Universitario de Elche. Se trata de dos casos de colostomías en pacientes con status post Hartmann tras diverticulitis aguda estadios Hinchey III y tres casos de realización de ileostomías de protección en casos de cirugía oncológica urgente donde se realizó anastomosis de riesgo. Presentaron las siguientes complicaciones postoperatorias en el estoma respectivamente: necrosis, estenosis moderada distal que producía un mecanismo valvular y persistía tras la retirada de una sonda de Foley, retracción y dos casos de pérdida hidroelectrolítica no controlable en ileostomías. Se les realizó reconstrucción del tránsito intestinal por laparoscopia entre los 11 y 17 días tras la cirugía inicial en la que se realizó el estoma. Presentaron evoluciones favorables con alta entre el 5°

y 7º día postoperatorio.

Discusión: La reconstrucción del tránsito intestinal precoz por laparoscopia se podría asociar en casos seleccionados a un tiempo de recuperación de la motilidad intestinal corto, una estancia hospitalaria menor así como a una mejor adaptación psicológica del paciente. Consideramos importante debatir abiertamente sobre el momento de la reconstrucción del tránsito intestinal.