



O-023 - MORBILIDAD EN EL CIERRE DE LAS ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN: INFLUENCIA DEL TIEMPO Y DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

N. Freixas López, M.C. Martínez Sánchez, J. Bollo Rodríguez, J.L. Pallarés Segura, C. Balagué Ponz, P. Hernández Casanova, E. Targarona Soler y M. Trias Folch

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: La creación de una ileostomía de protección en el contexto de la cirugía del colon que conlleva una anastomosis colorectal o ileorectal baja se asocia a una menor tasa de dehiscencias anastomóticas y reduce la necesidad de reintervenciones quirúrgicas urgentes. No obstante provoca una elevada tasa de morbilidad. Actualmente se plantea el cierre precoz de las ileostomías que conllevaría una mejoría en la calidad de vida y reduciría tasas de morbilidad y estancia hospitalaria.

Métodos: Incluimos pacientes intervenidos de cierre de ileostomía derivativa desde 2004 hasta 2013. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal, American Society of Anesthesiologists status, diagnóstico inicial, cirugía inicial, abordaje y fecha de la cirugía inicial y fecha. Fecha de la cirugía del cierre de la ileostomía y tipo de anastomosis. Datos del postoperatorio precoz: inicio del peristaltismo y de la dieta oral, estancia hospitalaria post-operatoria, tasa de reintervenciones, morbi-mortalidad. Comparamos los pacientes con cierre precoz de la ileostomía (menos de 3 meses) y cierre tardío (más de 3 meses). Comparamos el grupo de pacientes sin complicaciones y el grupo de pacientes con alguna complicación.

Resultados: Se incluyeron 138 pacientes: 96 pacientes en el grupo del cierre tardío (CT) y 42 pacientes en el grupo del cierre precoz (CP). Al comparar ambos grupos un 28% de los pacientes del grupo CT fueron intervenidos de forma inicial por laparotomía y solo un 6,3% en el grupo CP ($p < 0,05$). La estancia postoperatoria del grupo de CT fue de 11,91 días mientras que la del grupo CP fue de 6,34 días ($p < 0,001$), el número de re-intervenciones fue de 14 casos en el grupo CT y 1 caso en el CP ($p < 0,005$). En relación a la morbilidad global ("The Clavien-Dindo Classification") observamos una mayor tasa de complicaciones en el grupo de CT, las complicaciones de tipo III se observaron en 16 pacientes del grupo CT y en 0 pacientes del grupo CP ($p < 0,05$). Las complicaciones más frecuentes fueron: íleo paralítico, infección del sitio quirúrgico. Comparando los pacientes sin complicación y aquellos con alguna complicación, observamos que el tiempo medio de cierre de la ileostomía fue de 5,2 meses en el primer grupo y en el segundo de 11,2 meses ($p < 0,001$). El análisis estadístico multivariante mostró como el cierre precoz y el abordaje laparoscópico disminuyen las tasas de morbilidad, por cada mes que pasa desde que se realiza la ileostomía de protección hasta que ésta se cierra, el riesgo de tener alguna complicación aumenta un 17%, mientras que el hecho de realizar un abordaje por laparotomía en lugar de laparoscópico en la cirugía inicial multiplica por 2,8 el riesgo de tener una o varias complicaciones en el cierre de la

ileostomía.

Conclusiones: El cierre precoz de los estomas derivativos es seguro y de hecho debería realizarse lo antes posible. Ello permitiría reducir la estancia hospitalaria postoperatoria, la morbilidad y la tasa de re-intervención. Por ser muy baja en la mayoría de series, probablemente no observaríamos cambios en la actual tasa de mortalidad.