



## O-024 - MORBIMORTALIDAD EN EL CIERRE DE ILEOSTOMÍAS DE PROTECCIÓN. CIERRE PRECOZ VS CIERRE TARDÍO: EXPERIENCIA DURANTE CINCO AÑOS

M. Rey-Riveiro, M.J. Gil Torregrosa, T. Blasco, C. Gómez, C. Arnold, A. Zarco, M. Romero y F. Lluís

Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

### Resumen

**Introducción:** La creación de una ileostomía de protección es frecuentemente utilizada para proteger una anastomosis distal. Su realización disminuye la morbilidad relacionada con la dehiscencia de las anastomosis bajas y con ello la necesidad de reintervenciones y mortalidad. Sin embargo, no están exentas de inconvenientes ya que además de disminuir la calidad de vida de los pacientes, estos pueden presentar complicaciones como alteraciones hidroelectrolíticas, dermatitis periestomal, eventración..., y las derivadas de su posterior cierre. Además, el cierre de ileostomía aún siendo una intervención técnicamente sencilla, se asocia a una tasa elevada de complicaciones. En los últimos años se han publicado diferentes estudios con el objetivo de analizar el momento óptimo del cierre de una ileostomía de protección.

**Objetivos:** Análisis de la experiencia en el cierre de ileostomías derivativas en una unidad de coloproctología durante cinco años. El objetivo secundario fue la valoración de la seguridad del cierre de ileostomía precoz en nuestro centro.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a cierre de ileostomía de protección en nuestro centro de enero de 2009 a marzo de 2014. En todos los pacientes previo al cierre del estoma se realizó una prueba de imagen para confirmar la integridad y el adecuado calibre de la anastomosis. Se analizó la presencia de complicaciones derivadas de la ileostomía previas a su cierre, el tiempo espera hasta el cierre del estoma, la técnica quirúrgica realizada, las complicaciones tras la realización del cierre, estancia hospitalaria y mortalidad. Se definió el cierre precoz al realizado en los primeros 30 días.

**Resultados:** Se incluyeron 83 pacientes en los que se realizó cierre de ileostomía de protección, 50 hombres (60,2%) y 33 mujeres (39,8%). La edad media fue de 61,9 años. La enfermedad de base fue de origen oncológico en 70 pacientes (84,3%, de los cuales el 66,2% presentaban una neoplasia de recto), enfermedad inflamatoria intestinal en 10 (12%) y procesos benignos en 3 pacientes (3,6%). En cuanto al riesgo anestésico-quirúrgico el 50,6% fueron ASA II. El tiempo medio de espera para el cierre fue de 158 días. Se realizó un cierre precoz en 19 pacientes (22,9%). Un 21,7% de los pacientes presentaron alguna complicación derivada del estoma. Tuvieron algún tipo de complicación tras el cierre de la ileostomía 33 pacientes (39,8%). La complicación más frecuente fue el íleo postoperatorio (9 pacientes, 10,8%), seguido de complicaciones locales de herida quirúrgica (7 pacientes, 8,4%) y dehiscencia (6 pacientes, 7,2%). Se reintervinieron 10 pacientes (12%) y

fallecieron 2 (2,4%). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 4 días. La frecuencia de complicaciones tras la reconstrucción del tránsito fue del 15,8% en el grupo de cierre precoz frente a 46,9% en el grupo de cierre tardío ( $p = 0,01$ ).

**Conclusiones:** El cierre de las ileostomías derivativas no está exento de complicaciones. Por tanto, la decisión de creación y luego de cierre de una ileostomía no ha de considerarse un proceso quirúrgico menor. En nuestro centro, el cierre precoz se asoció a un menor número de complicaciones.