



P-413 - MORBILIDAD ASOCIADA A CIERRE DE ILEOSTOMÍA DERIVATIVA EN UN CENTRO TERCIARIO

N.J. Cervantes Juárez, R. Santos Rancaño, J. Zuloaga Bueno, L.M. Estela Villa, C. Sánchez del Pueblo, M. Fernández-Nespral Loring, P. Sáez Carlin, E. Árrue del Cid, M. Conde Rodríguez y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La ileostomía temporal en asa es comúnmente usada para proteger una anastomosis rectal baja y reducir las consecuencias del posible fracaso de ésta. Analizamos la morbilidad consecuente al cierre de ileostomía en pacientes con diversas patologías.

Objetivos: Valorar la morbilidad asociada al cierre de ileostomía de protección en pacientes intervenidos en un centro terciario.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 143 pacientes a los que se realizó un cierre de ileostomía derivativa entre enero de 1998 y octubre de 2012 en el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Resultados: Fueron incluidos 82 varones y 61 mujeres. La edad media fue 61 años (rango 19-85). El diagnóstico primario fue cáncer rectal en 93 pacientes (65%), colitis ulcerosa en 25 (17,5%), diverticulitis en 7 (4,9%), cáncer de colon en 3 (2,1%), enfermedad de Crohn en 2 (1,4%), fístula recto vaginal en 2 (1,4%), adenoma túbulo-veloso en 2 (1,4%), poliposis en 1 (0,7%), megacolon en 1 (0,7%) y otros diagnósticos en 7 (4,9%). La confección de la ileostomía fue realizada de forma programada en 130 pacientes (91%) y urgente en 13 (9%). A todos los pacientes se les practicó enema de contraste o reservoriografía previo al cierre. Dicho cierre se efectuó por incisión periestomal en 139 y laparotomía en 4. Las anastomosis fueron mecánicas 77 (53,8%) y manuales 66 (46,2%). Las complicaciones relacionadas con la cirugía se presentaron en 51 pacientes (36,7%). Las complicaciones mayores, que obligaron a reintervención se presentaron en 12 pacientes (8,3%): obstrucción intestinal en 5 pacientes (3,5%), fugas anastomóticas 5 (3,5%) y obstrucción-fístula en 2 (1,4%). Como complicaciones menores: íleo paralítico en 17 pacientes (11,9%), infección herida en 19 (13,2%), sangrado en 5 (3,4%). No hubo mortalidad. El tiempo mediano entre la construcción y cierre de la ileostomía fue 285 días (RIC: 192-393). No se encontró asociación estadísticamente significativa con la presencia de complicaciones. La mediana de la estancia hospitalaria fue de 10 días (RIC: 7-14).

Conclusiones: El cierre de una ileostomía de protección conlleva riesgos no despreciables. En un porcentaje importante obliga a la reintervención. En consecuencia debe atribuírsele la importancia debida, tanto bajo el punto de vista técnico como de consideración por parte del paciente y familiares.

See front matter © 2013. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados