



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-196 - ANASTOMOSIS COLORRECTALES ULTRABAJAS Y DE ALTO RIESGO. ¿ILEOSTOMÍA SISTEMÁTICA O VIRTUAL? PAPEL DE LA ENDOSCOPIA SECUENCIAL POSTOPERATORIA. ESTUDIO PRELIMINAR

Lucas Mera, Elí; Flor Lorente, Blas; Kassimi, Kawthar; Carvajal, Nicolás; Frasson, Matteo; Ponce, Marta; Esclapez, Pedro; García-Granero, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Determinar la utilidad de la ileostomía en asa virtual (IV) y la endoscopia secuencial postoperatoria (ESP) combinada en pacientes con anastomosis colorrectales ultrabajas o de alto riesgo de fuga anastomótica (FA).

Métodos: Se presentan los resultados preliminares de un estudio prospectivo observacional de pacientes intervenidos de forma programada o urgente con anastomosis colorrectales ultrabajas o de alto riesgo de FA e IV en una Unidad de Coloproctología especializada. Se analizaron prospectivamente 20 pacientes con IV, consistente en la referencia del asa ileal con un vessel-loop el cual se exterioriza a través del marcaje del potencial estoma. El abordaje fue laparoscópico en 14 pacientes (70%) con dos conversiones a cirugía abierta (10%) y abierto en 6 pacientes (30%). 16 pacientes (80%) fueron intervenido de forma programada y 4 (20%) de forma urgente. A todos los pacientes se les realizó una endoscopia secuencial al 3º y/o 5º día postoperatorio. En caso de signos objetivos de FA en la ESP, se indica la transformación de la IV en ileostomía real en asa.

Resultados: 20 pacientes con IV, 12 hombres (60%) y 8 mujeres (40%), con una mediana de edad de 61 años, de los cuales 15 (75%) fueron intervenidos por cáncer de recto, (9 con ETM y 6 con EsTM), 2 pacientes (10%) portadores de Hartmann ultrabajo que se reconstruyeron con anastomosis coloanal mecánica, 1 paciente (5%) intervenido de colectomía total con anastomosis ileorrectal por enfermedad de Crohn grave tratada con agentes anti-TNF y corticoides, 1 paciente (5%) con diverticulitis aguda perforada fistulizada a vagina y vejiga y otro caso (5%) por endometriosis con fibrosis pélvica intensa con afectación del tabique rectovaginal y que requirió resección ultrabaja de recto. Se produjo FA en 4 pacientes (20%). La ESP detectó en 3 pacientes asintomáticos (75%) signos de FA parcial, que obligó a la transformación de la IV en real con buena evolución posterior. En 1 paciente la ESP no detectó FA al 3º día y fue diagnosticado por la clínica y débito fecal por el drenaje, objetivándose la FA en la ESP al 5º día. En ningún paciente hubo necesidad de realizar relaparotomía o relaparoscopia, y la evolución postoperatoria de estos pacientes curso sin más complicaciones. En los pacientes que presentaron FA se ha cerrado la ileostomía derivativa en 3 pacientes y 1 está pendiente de reconstrucción, tras comprobar la integridad anastomótica.

Conclusiones: La IV combinada con la ESP permitiría seleccionar los pacientes que realmente

necesitarían ileostomías derivativas y así disminuir todos sus conocidos inconvenientes y complicaciones, sin que ello haya supuesto un incremento en la morbi-mortalidad de los pacientes con FA.