



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-254 - DIAGNÓSTICO DE FUGA ANASTOMÓTICA TARDÍA DURANTE EL SEGUIMIENTO TRAS RESECCIÓN ANTERIOR DE RECTO. NUESTRA EXPERIENCIA

Sáez-Rodríguez, Carlos; Dziakova, Jana; Pizarro Aranda, María José; Jaimes León, Elka Alejandra; López Antoñanzas, Leyre; Sanz López, Rodrigo; Mugüerza Huguet, José; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La incidencia de la fuga anastomótica varía entre 2 y 24%. En la literatura se describen habitualmente las fugas presentadas durante el ingreso o durante los primeros 30 días. Las fugas más tardías son mencionadas escasamente.

**Objetivos:** Identificar fuga anastomótica tardía (> 30 días) tras resección anterior de recto, sintomatología, terapéutica llevada a cabo y posibles factores de riesgo.

**Métodos:** Se realizó análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos por cáncer del recto en nuestro centro desde enero de 2014 a diciembre de 2017. La fuga tardía se consideró el defecto en la zona de la anastomosis, colección con burbujas de aire o absceso perianastomótico diagnosticado clínicamente, por pruebas de imagen o mediante endoscopia pasados 30 días tras la cirugía. Los criterios de inclusión en la muestra fueron tumor por debajo de la reflexión peritoneal, anastomosis primaria con o sin ileostomía y seguimiento mayor a 24 meses. Los tumores de recto alto no han sido incluidos en la muestra a estudio.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio 85 pacientes, 44 mujeres y 38 hombres, con edad media de 72,7 años. Al 4,7% de la muestra se le realizó una resección anterior de recto, en el 70,6% está resección anterior fue baja y en el 24,7% fue ultrabaja debido a la altura del tumor, cuya media de altura en la muestra total medida con respecto al margen anal fue de 7,7 cm. El 47,0% de los pacientes eran ASA II, el 32,9% ASA III. El 43,5% de los procedimientos fueron realizados mediante abordaje laparoscópico, realizando una anastomosis T-T mecánica en la mayoría de los casos. En el 81,1% (69 pacientes) se llevo a cabo ileostomía de protección. Debido al estadio tumoral, el 55,3% de los pacientes incluidos a estudio había recibido neoadyuvancia con quimiorradioterapia. La fuga anastomótica tardía sintomática se diagnosticó a 8 pacientes, lo que supone un 9,4% de los pacientes a estudio. De ellos 7 tenían ileostomía de protección. El diagnóstico de la fuga fue radiológico en el 75,0%, con presencia de burbujas o colección a nivel perianastomótico. El 37,5% de los pacientes con diagnóstico fuga tardía se encontraban sintomáticos y 2 de ellos precisaron tratamiento quirúrgico ulterior mediante colostomía terminal. Ni la presencia de comorbilidades, a excepción de la hipertensión arterial, ni la cirugía abdominal previa se han relacionado con la incidencia de fuga tardía. No se encontraron diferencias significativas entre el tipo de abordaje y la altura de la resección de recto, a pesar de que existe cierta tendencia en pacientes con resecciones

ultrabajas y neoadyuvancia previa.

**Conclusiones:** La fuga anastomótica tardía no se debe considerar una entidad poco frecuente. A pesar de que su diagnóstico en la mayoría de los casos es radiológico puede producir consecuencias importantes para los pacientes por lo que cobra importancia su diagnóstico y tratamiento en los casos sintomáticos. La realización de ileostomía de protección no evita la aparición de fuga tardía, aunque previene de consecuencias agudas relacionadas con la dehiscencia.