



## V-101 - RECURSOS QUIRÚRGICOS PARA OBTENER UNA ANASTOMOSIS COLORRECTAL ÓPTIMA TRAS HEMICOLECTOMÍA IZQUIERDA AMPLIADA

López de Lerma Martínez de Carneros, Clara; Sánchez Romero, Ana; Lillo García, Cristina; Sánchez-Guillén, Luis; López Rodríguez-Arias, Francisco; Alcaide Quirós, María José; Quinto Llopis, Saray; Arroyo Sebastián, Antonio

Hospital General Universitario, Elche.

### Resumen

**Introducción:** Cuando se realiza una hemicolectomía izquierda ampliada es posible que la anastomosis colorrectal no se pueda efectuar en condiciones de seguridad por presentar tensión o mala vascularización. Ante esta situación existe la opción de realizar una anastomosis ileorrectal con la consecuente malabsorción y mala calidad de vida que genera a los pacientes. Para evitar dicha complicación se pueden realizar diversos procedimientos (anastomosis colorrectal transmesentérica, procedimiento de Deloyers e interposición de intestino delgado en la anastomosis). Presentamos un caso clínico en el que se realiza anastomosis colorrectal transmesentérica retroileal como procedimiento alternativo a la ileorrectal.

**Caso clínico:** Mujer de 45 años fumadora e intervenida con apendicectomía y legrado. Presenta una neoplasia de recto superior/unión rectosigmoidea, T3N2M0. Se realiza una resección anterior baja de recto laparoscópica con anastomosis termino-terminal mecánica circular a 7-8 cm de margen anal, dejando ileostomía virtual. Durante la escisión mesorrectal se produce apertura de la cara posterior vaginal de forma incidental que se repara mediante sutura barbada comprobando posteriormente buena estanqueidad. La paciente presenta buena evolución y es dada de alta. La histología es compatible con adenocarcinoma de recto. Reingresa a los 15 días ante emisión de gases por vagina. Se confecciona ileostomía de protección y se realiza Colonoscopia donde se confirma fístula recto-vaginal (FRV) como complicación. Tras intentar su reparación de forma endoscópica con clip, en colonoscopia de control se objetiva persistencia de la FRV. Se reinterviene a los 3 meses para reparación definitiva FRV con nueva anastomosis colorrectal y epiploplastia. Durante la movilización colónica se produce isquemia del segmento por lo que precisa resección del mismo realizando hemicolectomía izquierda ampliada. Ante la imposibilidad de realizar una anastomosis colorrectal sin tensión se decide realizar la anastomosis transmesentérica retroileal. Evoluciona sin incidencias. Es revisada en Consultas Externas presentando remisión clínica de FRV, sin alteraciones en el hábito deposicional.

**Discusión:** Existen distintos recursos quirúrgicos para evitar la anastomosis ileorrectal (anastomosis colorrectal transmesentérica, procedimiento de Deloyers e interposición de intestino delgado en la anastomosis) que condiciona mala calidad de vida por malabsorción intestinal. La anastomosis colorrectal transmesentérica se puede realizar trasponiendo el colon por una ventana mesentérica yeyunal o ileal que se efectúa a 4-6 cm de la pared intestinal tras realizar

transiluminación. Con el procedimiento de Deloyers se realiza una rotación cráneo caudal del colon derecho girándolo 180° en sentido contrario a las agujas del reloj quedando el ciego a nivel craneal. La anastomosis con interposición de intestino delgado se puede realizar con una o dos asas (yeyuno e íleon) interponiendo estos segmentos para la anastomosis colorrectal. Presentan la ventaja de realizar una anastomosis sin tensión, si bien también presentan algunas desventajas como posible torsión del pedículo ileocólico con el procedimiento de Deloyers o el aumento del número de anastomosis con la interposición de intestino delgado. Todas estas técnicas mantienen parte del colon y con ello se disminuye la tasa de malabsorción. Aumentan la calidad de vida de los pacientes, por lo que resulta imprescindible su conocimiento como un recurso quirúrgico alternativo a la anastomosis ileorrectal.