

Drenaje transrectal de absceso perianastomótico en resección anterior baja por cáncer de recto. Un método de rescate en casos seleccionados

J.A. Fraguela-Mariña, C.M. Fernández-Blanco, M.N. Blanco-Freire, D. Freire-Rodríguez, L. Taboada-Filgueira y C. Gómez-Freijoso

Servicio de Cirugía General A. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. España.

Resumen

Las fístulas anastomóticas tras resección anterior baja mediante técnica de doble grapado en cáncer de recto pueden abocar al fracaso de la técnica con colostomía definitiva. Presentamos una pauta terapéutica de rescate en tres pacientes mediante drenaje transanastomótico del absceso retrorrectal, nutrición parenteral y antibioterapia.

Palabras clave: *Resección anterior baja. Fístula anastomótica. Técnica de doble grapado.*

TRANSRECTAL DRAINAGE OF PERIANASTOMOTIC ABSCESS AFTER LOW ANTERIOR RESECTION FOR RECTAL CARCINOMA. A RESCUE METHOD IN SELECTED PATIENTS

Anastomotic leakage after low anterior resection with double-stapling technique for rectal carcinoma can lead to failure of the technique and the need for a permanent stoma. We present a rescue technique that was performed in three patients. The technique involved transanastomotic drainage of the postrectal space, parenteral nutrition and antibiotic therapy.

Key words: *Low anterior resection. Anastomotic leakage. Double-stapled anastomosis*

Introducción

La aparición de aparatos de sutura mecánica circular y la introducción y aceptación generalizada de la técnica de doble grapado en la resección anterior baja de recto, así como la creciente disminución de márgenes distales de exéresis sin modificar la tasa de recidivas en la cirugía del cáncer de recto, han permitido ampliar las indicaciones de resección anterior con conservación de esfínteres, con un incremento del riesgo de fístula anastomótica que puede poner en peligro el éxito de la intervención^{1,2}.

Presentamos tres casos de fístula anastomótica tras resección anterior baja por cáncer de recto en los que se aplicó un tratamiento local que evitó el fracaso definitivo de la intervención.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 45 años de edad, con tumoración a 6 cm del margen anal cuya biopsia fue informada como adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Fue intervenida realizándose resección anterior baja del recto, con linfadenectomía aortoiliaca y reconstrucción mediante técnica de doble grapado con Reticulator 55 y CEEA 33®. La estadificación anatomopatológica fue T3N0Mx. El postoperatorio cursó sin complicaciones y la enferma fue dada de alta a los 8 días de la intervención. Ocho días después reingresó por presentar episodios febriles y diarrea. El tacto rectal puso de manifiesto la presencia de una dehiscencia en la cara posterior de la anastomosis. La TC reveló un globo vesical y una colección presacra (fig. 1). Se realizó lavado de la cavidad abscesificada a través del orificio fistuloso con sonda de Foley que se mantuvo durante 15 días, nutrición parenteral total y antibioterapia, fue dada de alta y permaneció asintomática y sin signos de recidiva 32 meses después.

Caso 2

Varón de 66 años con una colonoscopia que revelaba un adenoma vellosa, probablemente degenerado, a 7 cm del margen anal cuya biopsia confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma escasamente diferen-

Correspondencia: Dr. J.A. Fraguela Mariña.
General Sanjurjo, 48. P-3, 4.º D. 15006 A Coruña. España.
Correo electrónico: JAFM@canalejo.org

Aceptado para su publicación en mayo de 2003.

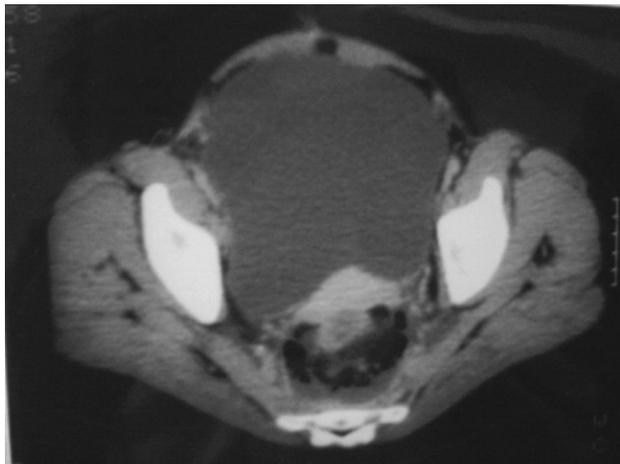


Fig. 1. Tomografía computarizada del caso 2 que muestra un globo vesical secundario a un absceso retrorectal.

ciado sobre adenoma veloso. El enfermo fue intervenido, realizándose una resección anterior baja con linfadenectomía aortoiliaca y reconstrucción mediante técnica de doble grapado, con TA 55 y CEEA 31, comprobándose la integridad de los rodetes y la estanqueidad de la anastomosis con suero. La anatomía patológica demostró un adenocarcinoma escasamente diferenciado de 4 x 2 cm sobre un adenoma veloso, con afección de 11 de 25 ganglios aislados (T3 N2 Mx).

El enfermo fue dado de alta a los 8 días. Tres días después acudió a urgencias por presentar un cuadro de diarrea con fiebre y escalofríos. En el tacto rectal se comprobó un gran orificio fistuloso en la línea anastomótica posterior, a unos 4 cm del margen anal. Se procedió a la introducción de una sonda de Foley por dicho orificio y lavado de la cavidad retroanastomótica, nutrición parenteral total y antibioterapia. El enfermo fue dado de alta a los 15 días, necesitando otro ingreso a los 10 días por un episodio similar que se resolvió de la misma forma a los 8 días. Un año después el paciente presentó un cuadro de obstrucción intestinal con estenosis de la anastomosis que precisó la realización de dilataciones que no fueron efectivas, precisando posteriormente la realización de una colostomía.

Caso 3

Varón de 55 años que presentaba una neoformación rectal a 6 cm del margen anal cuya biopsia preoperatoria fue informada como adenocarcinoma moderadamente diferenciado. El paciente fue intervenido, realizándose resección anterior baja con linfadenectomía aortoiliaca y reconstrucción mediante técnica de doble grapado con Roticulator y CEEA, correspondiendo anatomopatológicamente a un estadio T2 N0 Mx. A los 8 días, el enfermo presentó un episodio febril sin drenaje por Penrose. El tacto rectal puso de manifiesto un orificio fistuloso posterior y la tomografía computarizada (TC) confirmó la presencia de un absceso presacro que se drenó a través de la anastomosis; se procedió a su lavado durante 7 días, así como a nutrición parenteral total y antibioterapia, cediendo la fiebre y restaurándose la ingesta. El enfermo permanece asintomático y sin signos de recidiva 29 meses después de la intervención.

Técnica de drenaje

Tras el diagnóstico de fístula anastomótica y comprobación de un absceso presacro se procede a introducir una sonda de Foley por el orificio anastomótico (fig. 2). Hinchamos el globo de la sonda y procedemos a lavados con suero fisiológico y povidona yodada de la cavidad abscesificada, manteniendo la sonda en su posición un tiempo variable hasta que los lavados salgan limpios, procediendo posteriormente a su retirada.

Resultados

Ningún paciente necesitó transfusión sanguínea y el postoperatorio inmediato cursó sin incidencias. Entre los 8 y 15 días los pacientes presentaron un episodio febril acompañado de diarrea en los casos 1 y 2, y de globo vesical por infección de vecindad en el caso 2. El tacto rectal puso de manifiesto la fístula y la TC confirmó la presencia de un absceso presacro retroanastomótico. En los tres casos se instauró un tratamiento complementario mediante nutrición parenteral y antibioterapia. El paciente número 2 presentó estenosis de la anastomosis que precisó dilataciones y, posteriormente, la realización de una colostomía. La evolución fue favorable en los otros dos casos con un seguimiento de 29 y 32 meses.

Discusión

La introducción de las suturas mecánicas en la cirugía rectal ha permitido aumentar las indicaciones de resección anterior baja con conservación de esfínteres, aunque el número de fugas subclínicas sigue siendo elevado, produciendo en ocasiones complicaciones tardías, como estenosis de la anastomosis³. En ocasiones, a pesar de realizar correctamente todos los pasos de la técnica quirúrgica, puede aparecer una ruptura anastomótica^{4,7}, sobre todo en anastomosis por debajo de 6 cm del margen anal^{5,8}, que parece incrementarse tras la radioterapia preoperatoria⁹. El uso de colostomías proximales temporales en pacientes con resección anterior está sujeto a controversia^{4,6}. La aparición de datos clínicos de dehiscencia de sutura con peritonismo a la exploración, datos de sepsis, etc., conlleva generalmente la realización de algún tipo de cirugía abdominal tendente a la desfuncionalización o remoción de la anastomosis y la drenaje de colecciones perianastomóticas. Las fístulas subclínicas suelen pasar inadvertidas. En ocasiones, a los 10 o 12 días de la intervención pueden aparecer episodios febriles seguidos de manifestaciones sistémicas, como escalofríos o sudación, sin otra sintomatología acompañante, como ocurrió en los dos primeros casos descritos. Estos datos sugieren la aparición de alguna colección posquirúrgica; sin embargo, ante cualquier caso de deterioro inexplicable debe tenerse siempre en cuenta la fuga anastomótica⁵. La realización de un tacto rectal pone de manifiesto la pérdida de continuidad de la línea de grapas, generalmente en la cara posterior de la circunferencia anastomótica, con sensación de ocupación del espacio presacro. Creemos, de acuerdo con otros autores, que el tacto rectal es la exploración más sensible para identificar la dehiscencia anastomótica, su localización y la posibilidad de respuesta a tratamiento conservador². La TC contribuye al diagnóstico, al apreciarse la formación de una colección perianastomótica que necesita ser drenada (fig. 1).

Debido a las dificultades para hacer un drenaje guiado radiológicamente, y a la facilidad de su acceso por vía transanal, hemos realizado en los casos expuestos un drenaje local transanastomótico con una sonda de Foley,

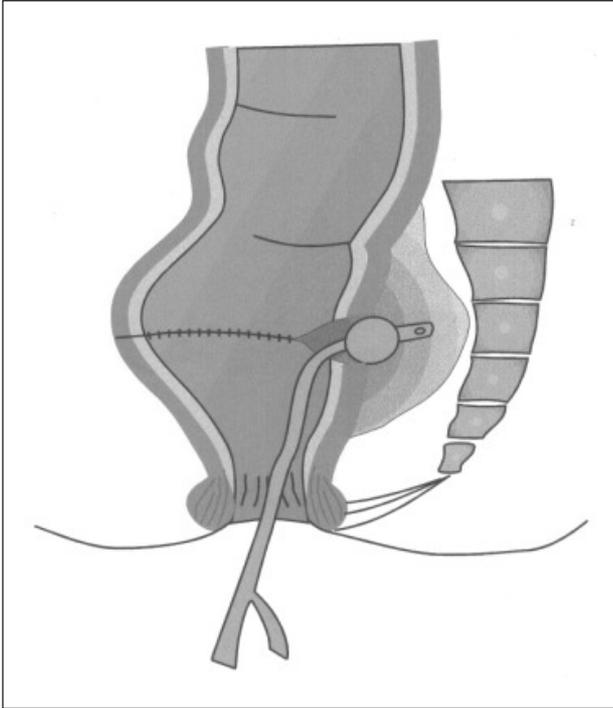


Fig. 2. Esquema de la técnica empleada para el lavado y drenaje de la cavidad retrorectal.

como se ha descrito. Un caso similar ha sido descrito recientemente por Mahes et al¹⁰. Uno de nuestros pacientes presentó estenosis de la anastomosis que necesitó dilataciones y, posteriormente, la realización de una colostomía, probablemente porque la pérdida de continuidad de la sutura era demasiado amplia, a pesar de lo cual cicatrizó de forma adecuada y permaneció sin problemas durante un año.

Creemos que este método podría ser usado en la dehiscencia anastomótica tras resección anterior baja con colecciones perianastomóticas que no drenan espontáneamente, logrando evitarse una reintervención abdominal y la realización de una colostomía, siempre y cuando el cuadro no se acompañe de repercusión clínica general, como en los casos que describimos en la presente nota clínica.

Bibliografía

1. Paty PhB, Enker WE, Cohen AM, Lauwers GY. Treatment of rectal cancer by low anterior resection with coloanal anastomosis. *Ann Surg* 1994;219:365-73.
2. Pakkastie TE, Luukkonen PE, Jarvinen HJ. Anastomotic leakage after anterior resection of the rectum. *Eur J Surg* 1994;160:293-7.
3. Belli L, Beati CA, Frangi M, Asensi P, Rondinara GF. Outcome of patients with rectal cancer treated by stapled anterior resection. *Br J Surg* 1988;75:422-4.
4. Grabham JA, Moran BJ, Lane RHS. Defunctioning colostomy for low anterior resection: a selective approach. *Br J Surg* 1995;82:1331-2.
5. Karanjia ND, Corder AP, Holdsworth PJ, Helad RJ. Risk of peritonitis and fatal septicaemia and the need to defunction the low anastomosis. *Br J Surg* 1991;78:196-8.
6. Meleagros L, Varty PP, Delrio P, Boulos PB. Influence of temporary faecal diversion on long-term survival after curative surgery for colorectal cancer. *Br J Surg* 1995;82:21-5.
7. Goligher J. *Surgery of the anus, rectum and colon*. 5th ed. London: Bailliere Tindall, 1984; p. 707.
8. Cerdán FJ, Cantero R, Martínez S, Torres-Melero J, González O, Sanz M, et al. Técnica de doble grapado en anastomosis colorrectales. *Cir Esp* 1996;59:224-6.
9. Lele S, Radstone D, Eremin J, Kendal R, Hosie, KB. Prospective audit following the introduction of short-course preoperative radiotherapy for rectal cancer. *Br J Surg* 2000;87:97-9.
10. Mahesh Kumar N A, Nichols DA, Scott NA. Per-rectal drainage of anastomotic abscess in patients with rectal cancer who have received preoperative radiotherapy. *Br J Surg* 2002;89:1025-6.