

José Luis Muñoz de Nova<sup>a\*</sup>, Alfonso Frieria Reyes<sup>b</sup>,  
Juan Julián Cuesta Pérez<sup>b</sup>, Ana Rodríguez Sánchez<sup>a</sup>  
y José Miguel Bravo Lifante<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital  
Universitario de La Princesa, Madrid, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiodiagnóstico y Radiología Intervencionista, Hospital  
Universitario de La Princesa, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pepedenova@gmail.com](mailto:pepedenova@gmail.com)  
(J.L. Muñoz de Nova).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.10.015>  
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los  
derechos reservados.

## Tratamiento endoscópico con pegamento tisular biológico del seno presacro crónico tras resección anterior baja<sup>☆</sup>



## Endoscopic treatment with biologic glue of chronic presacral sinus after low anterior resection

La dehiscencia anastomótica en el cáncer de recto es una de las complicaciones más temidas, y a largo plazo puede formar un seno presacral de difícil manejo. La introducción de los pegamentos tisulares biológicos dentro del arsenal terapéutico en el tratamiento de fístulas complejas puede suponer una alternativa eficaz para este tipo de complicaciones. Presentamos el caso de una dehiscencia anastomótica tras una resección anterior baja, con posterior formación de un seno presacral crónico, que se resolvió con la aplicación endoscópica de un pegamento tisular biológico.

Mujer de 67 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Tras finalizar el tratamiento con quimiorradioterapia neoadyuvante fue intervenida de adenocarcinoma de recto a 7 cm del margen anal mediante resección anterior baja laparoscópica con anastomosis término-terminal mecánica sin ileostomía de protección. Fue alta al 4.º día del postoperatorio. Tres días después acudió a urgencias por fiebre y dolor abdominal y se realizó una TC abdominal que informó de dehiscencia de la cara posterior de la anastomosis. Se intervino, se lavó la cavidad y se realizó una ileostomía de protección. En el seguimiento se realizó una rectocolonoscopia y un enema opaco (fig. 1) donde se objetivó la formación de un seno presacro en cara posterior de la anastomosis de 0,6 cm de ancho que se extendía a 4 cm de la anastomosis. Un año después de la cirugía, el seno presacro continuaba, a pesar de las medidas conservadoras, impidiendo el cierre de la ileostomía. Ante esta situación se realizó mediante rectocolonoscopia un curetaje del seno presacral junto a la aplicación de un pegamento tisular biológico de cianoacrilato (Glubran 2<sup>®</sup>). A las 4 semanas se realizó un enema opaco y una rectocolonoscopia de control que confirmó el cierre del

defecto (fig. 2). Al mes de su resolución se procedió a la reconstrucción del tránsito intestinal sin incidencias. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática, con buen hábito intestinal y sin recaída de la enfermedad.

La dehiscencia anastomótica después de la resección de recto es una complicación con una importante morbimortalidad. La incidencia varía entre un 5 y un 30%<sup>1</sup>, siendo una de las estrategias de tratamiento la desfuncionalización de la anastomosis con una ileostomía que aunque no impide la fuga previene complicaciones sépticas graves. La realización de una ileostomía de protección tras una resección anterior baja, aun habiendo recibido quimiorradioterapia neoadyuvante depende de la experiencia del equipo quirúrgico y del resultado final de la anastomosis.

Con este manejo la mayoría de las fugas se resuelven espontáneamente, aunque en el 1-5% de los casos puede conducir a la aparición de un seno presacro<sup>2</sup>. Los pacientes sintomáticos presentan inflamación o sepsis en región pélvica y suelen estudiarse con enemas opacos y rectocolonoscopias de repetición para confirmar resolución del cuadro. Existen factores de riesgo, como la radioterapia preoperatoria, que dificultan su resolución desarrollando complicaciones que incluyen la formación de fístulas, fibrosis periureteral, infección de tejidos adyacentes, e incluso la transformación maligna.

En el tratamiento de esta entidad Whitlow et al.<sup>3</sup> describieron el destechamiento de la anastomosis, mediante la división de la pared entre el seno presacro y la luz del intestino adyacente. Por otro lado, en otra serie<sup>4</sup> la resección interfinteriana del muñón rectal junto al desbridamiento del seno y la omentoplastia o el colgajo muscular se presenta como la técnica con mejores resultados de curación. El sistema EndoSPONGE<sup>®</sup> introducido por Weidenhagen et al.<sup>5</sup>, basado en la aspiración mediante vacío a través de una esponja que se inserta en el espacio presacro, mostró una alta tasa de éxitos,

<sup>☆</sup> Comunicación presentada como Poster en la XVII Reunión Nacional de la Fundación de la Asociación Española de Coloproctología en Madrid, del 14 al 16 de mayo de 2014.

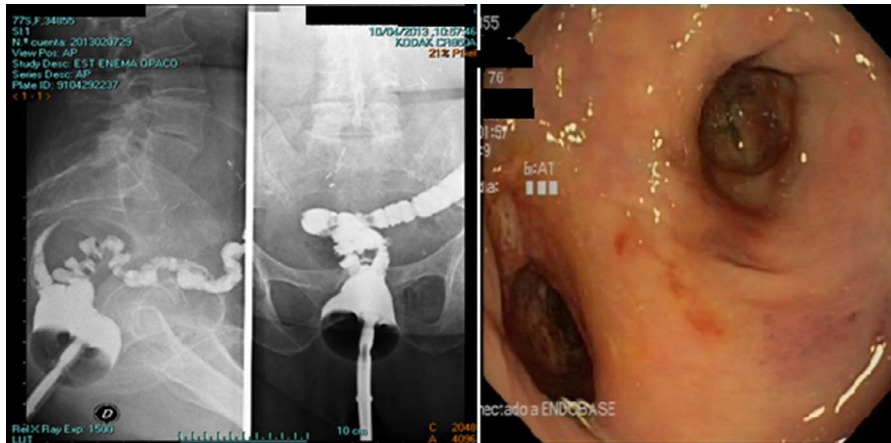


Figura 1 - Enema opaco y colonoscopia antes del tratamiento del seno presacro.

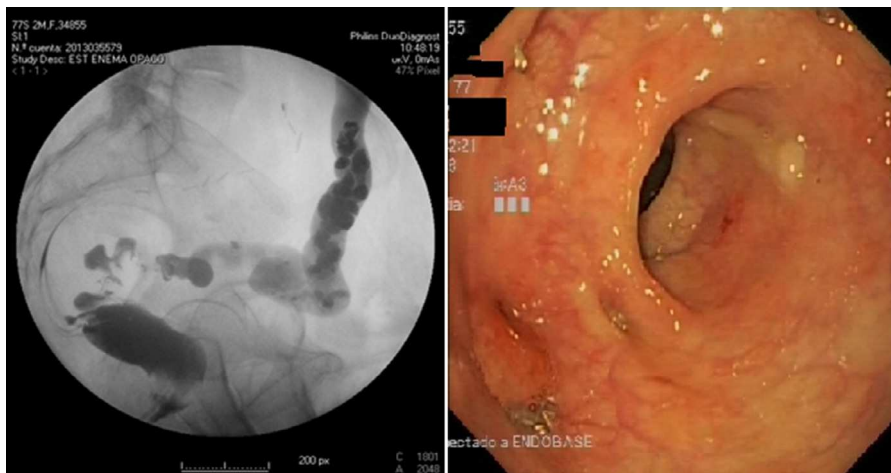


Figura 2 - Enema opaco y colonoscopia después del tratamiento del seno presacro.

aunque un posterior estudio realizado para evaluar estos resultados a largo plazo observó hasta un 25% de abscesos recurrentes<sup>6</sup>. Otro estudio comparó el EndoVAC<sup>®</sup> con el lavado transrectal y drenaje, demostrando que la cicatrización se aceleró de manera significativa en el grupo del EndoVAC<sup>®</sup><sup>7</sup>. Cuando el tratamiento conservador fracasó, la «*endoscopic stapled marsupialisation*» y la terapia endoscópica con inyección de doxiciclina tópica se presentan como alternativas eficaces<sup>8</sup>. A mediados de los 70, se publicaron las primeras series endoscópicas de tratamiento de fístulas gastrointestinales con pegamentos tisulares (cianoacrilato), con resultados esperanzadores<sup>9</sup>.

Solo existe un trabajo publicado por Swain y Ellis<sup>10</sup> con 7 pacientes, donde al igual que en este caso, se utilizó un pegamento tisular biológico aplicado endoscópicamente para el tratamiento de un seno presacral crónico tras resección anterior baja. Como sucedió en esta paciente, su serie reporta la curación del seno en todos los casos una semana después de la aplicación del tratamiento, y sin ningún caso de recurrencia tras 11 meses de seguimiento. Esta técnica permitió la reconstrucción del tránsito intestinal a las 6-8 semanas del tratamiento.

A pesar de que algunos autores postulan que esta técnica solo es efectiva en caso de cavidades y trayectos pequeños,

siendo poco útil en un seno de gran cavidad con un orificio pequeño, el tratamiento endoscópico con pegamento tisular biológico se presenta como una técnica fiable, sencilla, con baja morbilidad, bajo índice de recurrencia y alto porcentaje de éxitos, aunque la escasa cantidad de casos publicados sobre esta modalidad de tratamiento y la falta de estudios comparativos dificulta la estandarización de la técnica.

## Financiación

No ha existido.

## Autorías

Diseño del estudio, adquisición y recogida de datos, análisis e interpretación de los resultados y redacción del artículo: Víctor López y Jesús Abrisqueta.

Diseño del estudio, análisis e interpretación de los resultados, redacción del artículo, revisión crítica y aprobación de la versión final: Juan Luján y Pascual Parrilla.

Adquisición y recogida de datos, y análisis e interpretación de los resultados: Andrés Serrano.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lee WS, Yun SH, Roh YN, Yun HR, Lee WY, Cho YB, et al. Risk factors and clinical outcome for anastomotic leakage after total mesorectal excision for rectal cancer. *World J Surg.* 2008;32:1124-9.
2. Bullard KM, Trudel JL, Baxter NN, Rothenberger DA. Primary perineal wound closure after preoperative radiotherapy and abdominoperineal resection has a high incidence of wound failure. *Dis Colon Rectum.* 2005;48:438-43.
3. Whitlow CB, Opelka FG, Gathright Jr JB, Beck DE. Treatment of colorectal and ileoanal anastomotic sinuses. *Dis Colon Rectum.* 1997;40:760-3.
4. Sloothaak DA, Buskens CJ, Bemelman WA, Tanis PJ. Treatment of chronic presacral sinus after low anterior resection. *Colorectal Dis.* 2013;15:727-32.
5. Weidenhagen R, Gruetzner KU, Wiecken T, Spelsberg F, Jauch KW. Endoscopic vacuum-assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: A new method. *Surg Endosc.* 2008;22:1818-25.
6. Van Koperen PJ, van der Zaag ES, Omloo JM, Slors JF, Bemelman WA. The persisting presacral sinus after anastomotic leakage following anterior resection or restorative proctocolectomy. *Colorectal Dis.* 2011;13:26-9.
7. Mees ST, Palmes D, Mennigen R, Senninger N, Haier J, Bruewer M. Endo-vacuum assisted closure treatment for rectal anastomotic insufficiency. *Dis Colon Rectum.* 2008;51:404-10.
8. Abild N, Bulut O, Nielsen CB. Endoscopic stapled marsupialisation of chronic presacral sinus following low anterior resection: A simple option in selected cases. *Scand J Surg.* 2012;101:307-10.
9. Barthelemy C, Audigier JC, Fraise H. A non-tumoral esophago-bronchial fistula managed by isobutyl-2-cyanoacrylate. *Endoscopy.* 1983;15:357-8.
10. Swain BT, Ellis CN. Fibrin glue treatment of low rectal and pouch-anal anastomotic sinuses. *Dis Colon Rectum.* 2004;47:253-5.

Víctor López<sup>a\*</sup>, Jesús Abrisqueta<sup>a</sup>, Juan Luján<sup>a</sup>, Andrés Serrano<sup>b</sup> y Pascual Parrilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

<sup>b</sup>Departamento de Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: victorrelopez@gmail.com (V. López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.09.014>  
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Terapia de presión negativa intermitente con instilación antibiótica en una fascitis necrosante de pared abdominal y retroperitoneal secundaria a hematoma renal derecho sobreinfectado



### Intermittent negative-pressure therapy with antibiotic instillation for necrotizing fasciitis of the abdomen and retroperitoneum due to an infected renal hematoma

El presente caso refleja nuestra experiencia en el uso de la terapia de presión negativa intermitente (TPNI) e instilación de antibióticos en un paciente sometido a múltiples intervenciones quirúrgicas a raíz de un hematoma renal sobreinfectado, que ocasionó una fascitis necrosante de pared abdominal y espacio retroperitoneal. Creemos que los excelentes resultados obtenidos pueden propiciar la investigación de esta herramienta potencialmente valiosa.

Se trata de un varón de 58 años ingresado en 04/2012 por sepsis urinaria con un hematoma subcapsular renal derecho tras biopsia renal, tratado de forma conservadora. El paciente reingresa el 02/11/2012 por lumbalgia derecha e hipotensión arterial (92/40 mmHg) con insuficiencia renal aguda (creati-

nina: 5,32 mg/dl y urea: 230 mg/dl) y leucocitosis (21.400  $\mu$ l y neutrofilia). La tomografía computarizada (TC) identifica una colección heterogénea perirrenal derecha (8,7  $\times$  6,3  $\times$  15,2 cm) entre fascias pararenales, afectando el psoas homolateral con compresión renal, compatible con hematoma sobreinfectado. Se inserta un drenaje percutáneo retroperitoneal, a las 24 h, con obtención de 310 ml de material purulento y se administra imipenem. Sin embargo, el paciente sigue empeorando y la TC del 04/11 muestra extenso enfisema sugestivo de fascitis necrosante. Ante los hallazgos radiológicos, se realiza una lumbotomía exploradora urgente, que identifica una extensa necrosis de fascias pararenales y se realiza necrosectomía hasta psoas homolateral con nefrectomía parcial