CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):546

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-378 - TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES DE LA ESTENOSIS ACTÍNICA DE RECTO

Rodríguez García, Pablo; Sánchez Pérez, Ainhoa; Castañer Ramón-Llín, Juan; Romera Barba, Elena; Gálvez Pastor, Silvia; Carrillo López, María José; Martínez Manzano, Álvaro; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: Las estenosis tras cirugía colorrectal y posradioterapia son relativamente frecuentes y suelen precisar desde tratamiento conservador hasta quirúrgico. Antes de realizar un tratamiento endoscópico es necesario conocer la extensión y tomar biopsias para descartar una lesión neoplásica causante de la estenosis. Presentamos un controvertido caso de estenosis de colon tras cirugía rectal y radioterapia.

Caso clínico: Mujer de 28 años, tratada con resección anterior baja de recto con anastomosis termino-terminal mecánica circular por un carcinoma epidermoide extraluminal incluido en su mesorrecto, sin complicaciones postoperatorias. A los 6 meses se realizó TC de control hallando adenopatía sospechosa de recidiva en pelvis. Se solicitó PET-TC, sin observar la adenopatía descrita, pero informaba de un foco hipermetabólico en recto. Se realizó biopsia por colonoscopia, confirmando una recidiva de carcinoma epidermoide. La paciente evolucionó a la curación tras tratamiento con radioquimioterapia. Al año, tras episodio de rectorragia, se realizó colonoscopia, objetivando mucosa necrótica de colon proximal a la anastomosis, con biopsia negativa para malignidad, tratándose de manera conservadora. 6 meses después, la paciente ingresó por un cuadro obstructivo, causado por estenosis de colon de unos 4 cm, valorada mediante TC. Tras tomar previamente una biopsia, que resultó negativa para malignidad, se realizó una primera dilatación endoscópica, siendo exitosa. Una semana tras la segunda dilatación, precisó nuevo ingreso por fiebre y dolor lumbar. Se solicitó TC abdominal que informaba de absceso en psoas izquierdo secundario a microperforación de colon. Fue tratada con drenaje radiológico percutáneo, resolviéndose en 12 días. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: Antes de realizar cualquier tratamiento de las estenosis tras cirugía de colon ± radioterapia, es necesario conocer la longitud de la misma y tomar biopsias para descartar malignidad como causa de la estenosis. El tratamiento quirúrgico de las estenosis actínicas presenta alta tasa de mortalidad, a menos que se realicen estomas derivativos. Cada vez se recurre más al tratamiento endoscópico-terapéutico como la dilatación endoscópica (estenosis cortas de 2-4 cm) o la colocación de prótesis metálicas, que, aunque presentan buenos resultados a largo plazo, no están exentas de complicaciones, como nuestra paciente, siendo la hemorragia y la perforación (1,6-8%) las más frecuentes. El manejo de estas complicaciones puede ser conservador, recurriendo, en el caso de las perforaciones, a drenajes radiológicos u otras técnicas más innovadoras como la

colocación de prótesis metálica recubierta. Pese a todo, el procedimiento a seguir tanto en el tratamiento de las estenosis benignas como de sus consecuencias, va a depender del estado del paciente y, por desgracia, de los recursos de cada hospital. La dilatación endoscópica de las estenosis benignas es una técnica sencilla y segura, no exenta de complicaciones que pueden ser letales si no se prevén y se manejan de manera adecuada.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados