



Innovación en técnica quirúrgica

Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía

Jesús Abrisqueta *, Israel Abellán, María Dolores Frutos, Juan Luján y Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de agosto de 2012

Aceptado el 15 de septiembre de 2012

On-line el 13 de noviembre de 2012

Palabras clave:

Ileostomía de protección

Íleo paralítico postoperatorio

Estimulación de asa eferente

Morbilidad

Cierre de ileostomía

RESUMEN

El número de complicaciones tras el cierre de ileostomía es del 17%. El íleo paralítico es la complicación más frecuente. Con el objetivo de disminuir esta complicación, en las 2 semanas previas al cierre del estoma, se realizó una estimulación diaria a través del asa eferente.

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Keywords:

Protective ileostomy

Post-surgical paralytic ileus

Afferent loop stimulation

Morbidity

Ileostomy closure

Afferent loop stimulation prior to ileostomy closure

ABSTRACT

There is a 17% complications rate after ileostomy closure, with paralytic ileus being the most common. With the aim of reducing this complication, stimulation via the afferent loop was performed daily for the 2 weeks prior to the stoma.

© 2012 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La morbimortalidad de la cirugía del cáncer de recto ha mejorado desde la implantación de las unidades de cirugía colorrectal¹, aunque las complicaciones siguen siendo graves y la dehiscencia de la anastomosis es la que asocia un mayor índice de mortalidad². La creación de una ileostomía de protección es la única medida preventiva que ha demostrado

tener efectividad y algunos estudios han probado que su ausencia es un factor de riesgo para la aparición de una dehiscencia anastomótica después de la práctica de una exéresis total del mesorrecto en pacientes con cáncer de recto³.

Los estudios que analizan coste-efectividad concluyen que el beneficio económico de realizar una ileostomía derivativa comienza a partir de unos índices de dehiscencia mayores del 16%⁴. A pesar de ello, la reducción de reintervenciones y el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j_abris@hotmail.com (J. Abrisqueta).

0009-739X/\$ - see front matter © 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.09.002>

menor índice de dehiscencias justifican su uso, aunque la indicación de la creación de la ileostomía de protección queda determinada por el criterio del cirujano en la mayoría de los casos^{5,6}. Ha de tenerse en cuenta que la realización de una ileostomía de protección conlleva ciertos inconvenientes como son la necesidad de una nueva intervención quirúrgica y la disminución de la calidad de vida durante los meses previos a la reconstrucción del tránsito⁷.

El número de complicaciones tras el cierre de ileostomía es del 17%⁸, siendo el porcentaje de reintervenciones en las distintas series aproximadamente del 7%⁹. La mortalidad descrita en la literatura tras el cierre de ileostomía oscila entre el 0,06 y el 6,4%¹⁰.

La complicación más frecuente tras la intervención es el íleo paralítico, con una incidencia de hasta el 29%¹¹, lo que condiciona, además de un mayor malestar del paciente, una estancia hospitalaria y un gasto sanitario mayores. Se considera que existe un íleo paralítico postoperatorio cuando la intolerancia a la dieta motiva un retraso en el alta hospitalaria, cuando obliga a retrasar o a interrumpir la dieta más de 48 h o cuando es necesaria la colocación de una sonda nasogástrica.

El objetivo de este artículo es presentar un novedoso método para disminuir el porcentaje de íleo paralítico tras el cierre de la ileostomía: consiste en estimular el asa eferente durante 2 semanas antes de la fecha prevista para el cierre del estoma. Con el fin de valorar su eficacia y seguridad, se ha puesto en marcha un estudio prospectivo aleatorizado.

Paciente y técnica

Varón de 62 años de edad que fue diagnosticado en marzo de 2011, por clínica de rectorragias de 3 meses de evolución, de adenocarcinoma de recto de 4 cm, localizado a 3 cm del margen y que ocupaba tres cuartas partes de la circunferencia, siendo un T3N2M0 en el estudio de extensión con resonancia magnética, ecografía endoanal y tomografía computarizada. Recibió 28 sesiones de radioterapia con 1,8 Gy por sesión, asociadas a capecitabina oral. Se intervino en agosto de 2011, a las 6 semanas de recibir el último ciclo de radioterapia, realizándosele una resección baja laparoscópica satisfactoria, con escisión total del mesorrecto, dejando una ileostomía de protección en fosa ilíaca derecha sin complicaciones. El estudio anatomopatológico posterior reveló que se trataba de T3N1, estadio C de Astler y Coller. El paciente recibió quimioterapia adyuvante con 4 ciclos de oxaliplatino y capecitabina, con revisiones posteriores libres de enfermedad.

Una vez controlada la enfermedad oncológica se le realizó un enema con gastrografín a través del ano para comprobar la ausencia de complicaciones en la anastomosis. Y una vez hecho esto, se decidió reconstrucción del tránsito con el cierre de la ileostomía, aunque previamente realizamos una estimulación diaria del intestino eferente (íleon e intestino grueso), con 500 cc de suero salino fisiológico asociado a espesante nutricional (Resource Espesante[®], Nestlé Healthcare Nutrition, Vevey, Suiza) para favorecer un tránsito lento, con el fin de disminuir la atrofia intestinal y estimular la función absorbente de íleon y colon (figs. 1 y 2).



Figura 1 – Se puede observar el orificio del asa eferente abierta.

Tras aplicar la estimulación durante 2 semanas se procedió al cierre de la ileostomía, 23 semanas después de su formación, a través de una incisión perileostomía, con una resección del estoma con anastomosis termino-terminal manual. No se dejó drenaje intraabdominal y la incisión se cerró primariamente, previo lavado del tejido celular subcutáneo.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, con inicio del peristaltismo intestinal a las 12 h postoperatorias y con tolerancia a líquidos orales en las primeras 24 h, siendo dado de alta con tránsito conservado y sin ninguna complicación al segundo día postoperatorio. Continúa en seguimiento en consultas hasta la fecha, sin incidencias ni recurrencia de la enfermedad.

Discusión

En la literatura actual son muy limitados los estudios que intentan realizar una estimulación del intestino distal al estoma previa al cierre de la ileostomía. Miedema et al.¹² realizaron una estimulación del íleon a través del ano, en pacientes con anastomosis ileoanal, no observando mejoría en cuanto a la absorción ni en cuanto a la función motora del

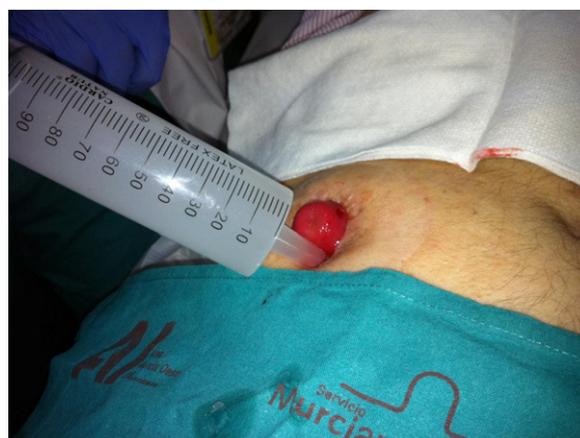


Figura 2 – Introducción de la solución espesante mediante jeringa.

íleon. El estudio de Williams et al.¹¹ demuestra los cambios histológicos que se producen tras la realización de una ileostomía, como son la atrofia de las vellosidades y de la capa muscular del íleon, y anima a considerar diversos métodos para prevenir o revertir estos cambios.

La principal función del colon es la absorción de agua y electrolitos, sin haber encontrado en la literatura estudios donde se evalúen los cambios producidos en el colon tras la construcción de una ileostomía.

Al analizar el elevado número de complicaciones, sobre todo de íleo paralítico, que se producen tras el cierre de una ileostomía, la elevada estancia postoperatoria y pensando en la influencia que los cambios fisiopatológicos intestinales del segmento excluido tienen sobre ellos, consideramos que esta estimulación activaría los mecanismos celulares de absorción y motilidad, al poner en contacto nuevamente contenido en sus superficies celulares, para que, una vez realizado el cierre, su retorno a la normalidad sea mucho más rápido.

Además, con esta estimulación se puede descartar la existencia de obstrucciones distales a la ostomía que pudieran condicionar un íleo mecánico tras la reconstrucción.

Con la estimulación se pretende también realizar una educación del control de esfínteres previa a la cirugía. Se ha demostrado que tras la creación de una ileostomía se produce una atrofia del esfínter anal externo que está relacionada con el tiempo transcurrido hasta el cierre del estoma y que condiciona cierto grado de incontinencia fecal tras la reconstrucción. A esto se suma el grado de incontinencia que se produce debido al «síndrome de resección anterior» y a la lesión de los nervios autonómicos que en ocasiones se produce durante la cirugía¹³ por lo que, más aún en estos pacientes, cobra especial importancia una correcta educación esfinteriana previa a la reconstrucción del tránsito.

Nuestro objetivo fundamental es disminuir el íleo posquirúrgico en estos pacientes, consiguiendo con ello una estancia hospitalaria menor y un mayor bienestar del paciente. Con la estimulación del asa eferente pretendemos también facilitar la técnica quirúrgica, evitando la estenosis del cabo distal que condiciona una mayor dificultad a la hora de elaborar la anastomosis. La idea de «estimular antes de cerrar» creemos que puede tener claros beneficios sobre nuestros pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smedh K, Olsson L, Johansson H, Aberg C, Andersson M. Reduction of postoperative morbidity and mortality in patients with rectal cancer following the introduction of a colorectal unit. *Br J Surg.* 2001;88:273-7.
2. Courtier R, Pares D, Silva CA, Gil MJ, Pascual M, Alonso S, et al. Resultados clínicos del cierre de ileostomías en asa en pacientes intervenidos de cáncer de recto. Efecto de la quimioterapia en el tiempo de espera. *Cir Esp.* 2010;88:308-13.
3. Peeters KC, Tollenaar RA, Marijnen CA, Klein Kranenbarg E, Steup WH, Wiggers T, et al., Dutch Colorectal Cancer Group. Risk factors for anastomotic failure after total mesorectal excision of rectal cancer. *Br J Surg.* 2005;92:211-6.
4. Koperna TH. Cost-effectiveness of defunctioning stomas in low anterior resections for rectal cancer. A call for benchmarking. *Arch Surg.* 2003;138:1334-8.
5. Allal AS, Bieri S, Pelloni A, Spataro V, Anchisi S, Ambrosetti P, et al. Sphincter-sparing surgery after preoperative radiotherapy for low rectal cancers: feasibility, oncologic results and quality of life outcomes. *Br J Cancer.* 2000;82:1131-7.
6. Rondelli F, Reboldi P, Rulli A, Barberini F, Guerrisi A, Izzo L, et al. Loop ileostomy versus loop colostomy for fecal diversion after colorectal or coloanal anastomosis: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2009;24:479-88.
7. Thalheimer A, Bueter M, Kortuem M, Thiede A, Meyer D. Morbidity of temporary loop ileostomy in patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum.* 2006;49:1011-7.
8. Akiyoshi T, Fujimoto Y, Konishi T, Kuroyanagi H, Ueno M, Oya M, et al. Complications of loop ileostomy closure in patients with rectal tumor. *World J Surg.* 2010;34:1937-42.
9. Filkier-Zelkowicz B, Codina-Cazador A, Farrés-Coll R, Olivet-Pujol F, Martín-Grillo A, Pujadas-de Palol M. Morbilidad y mortalidad en relación con el cierre de ileostomías derivativas en la cirugía del cáncer de recto. *Cir Esp.* 2008;84:16-9.
10. Wong KT, Remzi FH, Gorgun E, Arrigain S, Church JM, Preen M, et al. Loop ileostomy closure after restorative proctocolectomy: outcome in 1,504 patients. *Dis Col Rectum.* 2005;48:243-50.
11. Williams L, Armstrong M, Finan P, Sagar P, Dermot B. The effect of faecal diversion on human ileum. *Gut.* 2007;56:796-801.
12. Miedema BW, Kohler L, Smit CD, Phillips SF, Kelly KA. Preoperative perfusion of bypassed ileum does not improve postoperative function. *Dig Dis Sci.* 1998;43:429-35.
13. Kim KH, Yu CS, Yoon YS, Yoon SN, Lim SB, Kim JC. Effectiveness of biofeedback therapy in the treatment of anterior resection syndrome after rectal cancer surgery. *Dis Colon Rectum.* 2011;54:1007-13.