



Cirugía Española

CIRUGÍA
ESPAÑOLA

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

P-380 - Tratamiento de la hemorragia postoperatoria de la anastomosis colorrectal: a propósito de un caso

V. Turrado Rodríguez¹, M. Paz Novo² y E.M. Targarona Soler¹

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: El sangrado postoperatorio de la línea de sutura de la anastomosis colorrectal es poco frecuente y, habitualmente, autolimitado; aunque ocasionalmente puede requerir tratamiento quirúrgico o endoscópico. La tasa de sangrado anastomótico postoperatorio en la cirugía colorrectal se sitúa entre el 0,5% y el 1,8%. Aunque la mayor parte de los pacientes no requieren tratamiento dada la ausencia de repercusión hemodinámica de la hemorragia, algunos pacientes requieren la realización de una endoscopia con electrocoagulación del punto sangrante y sólo algunos pacientes requieren revisión quirúrgica de la anastomosis.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 31 años sin antecedentes personales de interés que presentó en el curso de 2 meses tres episodios de diverticulitis aguda sigmoidea tratada de forma ambulatoria con antibióticos. Se decide intervención quirúrgica electiva tras el último episodio realizándose una sigmoidectomía laparoscópica con una incisión de Pfannenstiel accesoria, con anastomosis termino-terminal mecánica con una pistola circular de 29mm. En el postoperatorio inmediato, a las 4 horas del fin de la intervención quirúrgica, el paciente inicia un cuadro de rectorragias francas, con anemia de 4 puntos de hemoglobina y taquicardia. Se decide revisión quirúrgica dada la inestabilidad hemodinámica del paciente, reconfigurándose la anastomosis colorrectal a través de la incisión de Pfannenstiel. El paciente no presenta nuevos episodios de rectorragias hasta el séptimo día postoperatorio en el que realiza una nueva deposición hemorrágica. Se decide revisión endoscópica de la anastomosis sin objetivarse un punto de sangrado.

Discusión: El sangrado clínicamente significativo de la anastomosis colorrectal representa un desafío para el cirujano. Aunque la gran mayoría de ellos son autolimitados, en los casos en que el sangrado anemiza o condiciona una inestabilidad hemodinámica una actitud terapéutica urgente es necesaria. Según algunos estudios, el 43% de los pacientes responden a la transfusión de hematíes, y un porcentaje similar a la electrocoagulación endoscópica. Algunos autores abogan por la inyección submucosa endoscópica de adrenalina, o la aplicación de un hemoclip. Sólo en casos recalcitrantes debería realizarse una exploración quirúrgica con resección y reconfiguración de la anastomosis. En el caso presentado, el hecho de que la ligadura de los vasos mesentéricos inferiores no haya sido realizada en el origen puede haber ocasionado un hiperaflujo sanguíneo a la zona de la anastomosis que haya sido el causante de la hemorragia postoperatoria.