



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-192 - ANASTOMOSIS TIPO KONO-S. REVISIÓN Y COMPARACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS

López Vendrell, Laura; Sentí i Farrarons, Sara; Troya Díaz, José; Parés Martínez, David; Mañosa Ciria, Miriam; Domènech Morral, Eugeni; Julián Ibáñez, Joan Francesc

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: Pese a la efectividad del tratamiento médico en controlar la progresión de la enfermedad de Crohn (EC) entre un 74-80% de los pacientes serán sometidos a una intervención quirúrgica. Algunos requerirán múltiples cirugías debido a la recurrencia en el sitio de la anastomosis (RSA) y la reestenosis subyacente. La RSA aparece con una frecuencia del 80-90% en a los 3 años de la cirugía. La localización más frecuente es el íleon terminal y el segmento proximal de la región ileocólica. Los factores de riesgo que predisponen a la aparición de recurrencia son muy diversos. Uno de ellos hace referencia al tipo de anastomosis intestinal confeccionado. En 2003, Kono et al describieron la anastomosis KONO-S (KSA) para reducir el riesgo de recidiva quirúrgica y de reestenosis de la anastomosis intestinal en pacientes con EC. Se trata de una anastomosis manual termino-terminal antimesentérica longitudinal que puede utilizarse tanto en intestino delgado como colon. En la literatura se han descrito recurrencias endoscópicas y quirúrgicas mucho menores tras la confección de la anastomosis KSA que con la clásica. Aun así, no existen todavía estudios realizados con una muestra significativa que permita confirmar la afirmación anterior. El objetivo del estudio que presentamos pretende analizar las características y hacer un seguimiento endoscópico y clínico a corto plazo en dos grupos de pacientes con EC, uno de ellos sometido a intervención quirúrgica en la que se confeccione KSA (Grupo KSA) y otro también tratado con cirugía pero sin realizarse la KSA (Grupo no KSA).

Métodos: Se realizó una revisión de 14 pacientes consecutivos con EC sometidos a resección ileocólica (excluyendo aquellos con ileostomía de protección) en los que se realizó KSA a 7 de ellos y anastomosis no KSA en los 7 restantes.

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos en la revisión fue de 36 en el Grupo KSA siendo el 70% de los pacientes varones. En el Grupo no KSA, la edad media fue de 39 y el 100% de los pacientes fueron mujeres. Dentro del Grupo KSA 4 de las intervenciones fueron laparoscópicas y 3 fueron abiertas. En el Grupo no KSA 6 de las intervenciones fueron laparoscópicas, lo que representa un 85% del total. Se realizó seguimiento a los 6 meses con FCS y se pudo identificar que en los pacientes del Grupo no KSA había más lesiones mucosas en forma de aftas, úlceras y eritema respecto los pacientes del Grupo KSA. Una limitación referente a este aspecto es el seguimiento a corto plazo y la actual pandemia por SARS-CoV-2, que no ha permitido realizar el control programado.

Conclusiones: La KSA es una anastomosis manual termino-terminal antimesentérica longitudinal propuesta por Kono et al para reducir la tasa de RSA. A pesar de que nuestra muestra es de pequeño tamaño, se ha

comprobado que es una técnica segura y reproducible que podría proporcionar beneficios en cuanto disminución de tasa de recidiva y reestenosis en pacientes con EC.