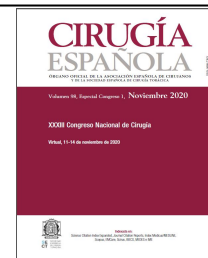




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-211 - ESTUDIO COMPARATIVO DE MORBIMORTALIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A EXENTERACIÓN PÉLVICA TOTAL CON DERIVACIÓN TIPO COLOSTOMÍA HÚMEDA VERSUS COLOSTOMÍA MÁS BRICKER

Avelino González, Lourdes; Cholewa, Hanna Barbara; Abelló Audí, David; Romero, Julia; Millán Scheiding, Mónica; Frasson, Matteo; Flor Lorente, Blas; García-Granero Ximénez, Eduardo

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Las neoplasias pélvicas localmente avanzadas (recto, vejiga, cérvix) suponen un reto quirúrgico. Sin cirugía la supervivencia a los 5 años no supera el 5%. Con la mejora de la técnica quirúrgica y si se consigue un R0, la supervivencia supera el 50% a los 5 años. La exenteración pélvica total implica una derivación intestinal y urinaria. En este estudio queremos comparar resultados de morbilidad y calidad de vida de los pacientes portadores de colostomías húmedas y aquellos portadores de bricker + colostomía.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de las exenteraciones pélvicas totales realizadas en un hospital terciario de marzo 2012-mayo 2020. Se han incluido pacientes procedentes del servicio de Cirugía Digestiva, Urología y Ginecología. Se analizaron variables demográficas de ambos grupos; análisis de morbilidad así como de la calidad de vida (Stoma QoL).

Resultados: Se analizaron un total de 51 exenteraciones pélvicas (31 colostomía húmeda y 20 Bricker + colostomía). Se excluyeron 4 pacientes por no cumplir criterios de inclusión. Edad media fue de 62 años, 27 mujeres (60,78%) y 24 hombres (39,22%) sin encontrarse diferencias entre los dos grupos. Las indicaciones de exenteración fue: Tumores avanzados/recidivas de: recto/sigma (15); útero/cérvix/vulva (21); vejiga/uretra (10); sincrónicos (4) y sarcoma radioinducido (1). Recibieron QT+RT 34 pacientes (66,67%), sólo QT 5 (9,8%), sólo RT incluyendo las RIO 4 (7,84%) y 8 (16,69%) pacientes ningún tratamiento neoadyuvante. La mediana del tiempo quirúrgico fueron 390 minutos, la mediana de la estancia 15 días (desviación típica de 17) y nuestra mediana de seguimiento fue de 8 meses. La tasa de reintervenciones a los 30 días fue del 31,37% (11 pacientes del grupo colostomía húmeda y 5 del grupo Bricker + colostomía) ($p = 0,319$). El porcentaje de complicaciones graves (Clavien-Dindo 3-4) fue del 47,05% sin ser estadísticamente significativo ($p = 0,52$). La mortalidad a los 30 días sucedió en 2 pacientes del grupo de colostomías húmedas (4%) sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,380$). El porcentaje de reingresos fue del 20,40% a los 30 días, aunque la duración del ingreso fue mayor a 30 días en el 17,64% de los pacientes. Analizando las complicaciones a largo plazo, no se han objetivado en nuestra serie diferencias entre ambos grupos excepto en la variable “insuficiencia renal” que es más elevada en el grupo Bricker + Colostomía ($p = 0,084$) aunque sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas. Realizamos el Stoma QoL a los 12 meses en la consulta de enfermera estomaterapeuta (9 colostomía húmedas, 3 Bricker + colostomía) sin obtenerse diferencias significativas ($p = 0,5$) aunque subjetivamente impresiona que los pacientes con dos ostomías tienen una peor calidad de vida que los portadores de colostomías húmedas.

Conclusiones: A pesar del escaso número de casos de los que disponemos, observamos cómo la colostomía húmeda es una opción segura como derivación en pacientes que deban ser sometidos a exenteraciones pélvicas totales sin traducirse en un aumento de la morbilidad, el tiempo quirúrgico ni conllevar un detrimento en la calidad de vida de los mismos; pudiendo contribuir a un menor gasto postoperatorio por uso de menos dispositivos de ostomías.