



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-320 - PAPEL DEL ÍLEO PARALÍTICO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DEL CCR

Martínez Núñez, Sara; Ramallo Solís, Irene; Tinoco González, José; Almoguera González, Francisco José; Reyes Díaz, María Luisa; Jiménez Rodríguez, Rosa; de la Portilla de Juan, Fernando

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El íleo paralítico postoperatorio (IPP) se define como la inhibición temporal de la motilidad intestinal tras una intervención quirúrgica colorrectal. Es una complicación habitual, con una incidencia de hasta el 30%, y puede aumentar la morbilidad, la estancia hospitalaria y los costes del proceso.

Métodos: Llevamos a cabo un estudio prospectivo de los pacientes intervenidos de CCR entre octubre de 2017 y octubre de 2019 en un hospital de tercer nivel, con el fin de analizar el impacto del IPP en los resultados del postoperatorio (PO) inmediato del CCR. Para ello confeccionamos una base de datos incluyendo variables demográficas habituales (edad, sexo, FRCV, hábitos tóxicos y comorbilidad) así como las variables de interés para este estudio (IPP, dehiscencia anastomótica, reactantes de fase aguda (RFA) (leucocitos y proteína C reactiva) en distintos días del PO, realización de pruebas de imagen, tasa de reintervención, estancia hospitalaria y gravedad de las complicaciones según escala de Clavien-Dindo. Se realizó una comparación de estas variables entre la cohorte de pacientes que desarrollaron IPP y aquellos que no.

Resultados: En los dos años analizados se intervinieron 451 pacientes de CCR, de los cuales 68 presentaron un IPP. En el análisis por subgrupos, el IPP fue más frecuente en varones (20,36% vs 4,97% en mujeres, p III (19,81% vs 10,85% en ASA I-II, $p = 0,017$). Los consumidores de alcohol presentaron mayor tasa de IPP (20,72% vs 10,25% en no consumidores, p 0,001), no así los fumadores (16,33% vs 11,34% en no fumadores, $p = 0,207$). En los pacientes con IPP se solicitaron más tomografías computarizadas (TC) de forma significativa (60,71% vs 9,04% en pacientes sin IPP, p 0,001), y se encontró más íleo radiológico, no obstante, no se identificaron diferencias en hallazgos radiológicos de dehiscencia (líquido libre, burbujas perianastomóticas). El hecho de padecer IPP no influyó de forma significativa en la tasa de infección de herida, infección intraabdominal, hemorragia, estancia en UCI o reingreso. Sí se relacionó el IPP con la dehiscencia anastomótica (66,67% vs 11,37% en pacientes sin IPP, p 0,001). En cuanto a la estancia hospitalaria, fue significativamente mayor en los pacientes con IPP que en aquellos que no lo desarrollaron (15,26 días vs 7,48, p 0,001). Por otra parte, la elevación de RFA fue mayor en los pacientes que presentaron IPP (PCR al tercer día PO de 187, 103 grupo no IPP (p 0,001), así como en los que presentaron complicaciones PO (p 0,001 en PCR de tercer y cuarto DPO, y leucocitos de tercer DPO), siendo más sensible la PCR respecto a los leucocitos.

Conclusiones: El IPP es más frecuente en varones, en pacientes con comorbilidades (ASA ? III) y en aquellos con dehiscencia anastomótica, y supone una causa frecuente de prolongación de la estancia PO. El IPP se

asocia con elevación de RFA en el PO, y con la dehiscencia de sutura. En las TC de pacientes con IPP es frecuente encontrar íleo radiológico, no así mayor tasa de signos de dehiscencia de sutura (líquido libre, burbujas perianastomóticas) respecto a pacientes sin IPP.