



www.elsevier.es/cirugia

P-324 - ¿AMPUTACIÓN ABDMINOPERINEAL O INTERVENCIÓN DE HARTMANN?

Elorza Echaniz, Garazi; Placer Galán, Carlos; Timoteo Delgado, Ander; Múgica Martiarena, José Andrés; Borda Arrizabalaga, Nerea; Saralegui Ansorena, Yolanda; Novo Sukia, Igor; Enríquez Navascués, José María

Hospital Donostia, San Sebastián.

Resumen

Introducción: La técnica de elección para el tratamiento del cáncer de recto puede ser diferente según las características del paciente y del tumor (resección anterior de recto (RAR), intervención de Hartmann (IH) o amputación abdominoperineal (AAP)). En los pacientes que no son candidatos a una reconstrucción del tránsito intestinal y en los que no es necesaria la resección anoperineal, la IH ha sido históricamente la técnica de elección, por ser menos traumática que la AAP. Sin embargo su morbilidad a largo plazo ha sido cuestionada.

Objetivos: Comparar las complicaciones per, postoperatorias y a largo plazo durante el seguimiento de pacientes intervenidos de cáncer de recto sin anastomosis.

Métodos: Se ha revisado una cohorte retrospectiva de pacientes intervenidos de cáncer de recto, mediante resección abdomino-perineal o intervención de Hartmann, en el Hospital Universitario Donostia durante el periodo enero del 2008 hasta diciembre del 2013. Se analizan la edad, sexo, riesgo anestésico (ASA), tipo de intervención, distancia del tumor, estadio, anatomía patológica, estancia hospitalaria, infección de herida abdominal, presencia de fistula, absceso pélvico, ileo paralítico, reintervenciones, reingresos y recidiva en los primeros dos años.

Resultados: Se han recogido 86 casos, 20 intervenidos de IH y 66 de AAP (54 varones y 32 mujeres). La mediana de edad fue de 72 años (37-92). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la características basales entre ambos grupos. En la IH la tasa de infección de herida quirúrgica fue del 15% y del 4,5% en los pacientes con AAP ($p = 0,13$). Hubo dos fistulas en pacientes con IH (10%), una urinaria y otra intestinal y tres fistulas en pacientes con AAP (4,5%), dos fistulas urinarias y una intestinal ($p = 0,6$). La tasa de absceso pélvico fue del 15% en pacientes con IH y del 12% en la AAP ($p = 0,5$). La estancia hospitalaria en paciente intervenido de Hartmann fue de 11 días (RI 9-18) y de 10 días (RI 8-12) en pacientes intervenidos de AAP ($p = 0,179$). El 10% de los pacientes con IH fue reintervenido, frente al 9% en la AAP ($p = 0,5$). La tasa de recidiva en los primeros dos años fue del 20% en pacientes con IH y 9% en pacientes con AAP ($p = 0,17$).

Conclusiones: Se ha observado mayor tasa de infecciones de la herida abdominal y de fistulas en pacientes con IH, sin embargo en nuestra serie, estas diferencias no han sido estadísticamente significativas. Creemos que la AAP (o su variante interesfinteriana) es una técnica valida en pacientes con neoplasia de recto no candidatos a una reconstrucción del tránsito intestinal.