



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-337 - ILEOSTOMÍA VIRTUAL EN EL CÁNCER DE RECTO

Capitán del Río, Inés; Rubio López, José; Mirón Pozo, Benito; González Puga, Cristina; Cabrerizo Fernández, María José; Garde Lecumberri, Carlos; Segura Jiménez, Inmaculada; Torres Alcalá, Tomás

Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Granada.

Resumen

Objetivos: Describir los resultados en el uso de la ileostomía virtual en pacientes seleccionados con cáncer de recto frente al uso sistemático de ileostomía de descarga/desfuncionalizadora.

Métodos: Serie de casos, transversal prospectiva, descriptiva, entre Abril 2015 y Marzo 2017, en el distrito de salud Granada. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de cáncer de recto a distancia igual o mayor de 6 cm del margen anal externo (MAE) con tratamiento neoadyuvante combinado (quimioterapia–radioterapia) a los que se les realizó una resección anterior de recto con resección completa del mesorrecto de forma electiva (laparotómica/laparoscópica). Se excluyeron pacientes con enfermedad metastásica estadio IV o que sumasen dos o más factores de riesgo asociados a dehiscencia de sutura (tratamiento crónico con esteroides, IMC mayor de 35, transfusión de más de 2 concentrados de hematíes, más de 2 grapados con stapler en cirugía laparoscópica, fumadores y anastomosis a menos de 5 cm del MAE). Se estudiaron variables sociodemográficas, asociadas a la patología, al procedimiento quirúrgico y de evolución. Para ello, se monitorizó a los pacientes en los días postoperatorios 3º, 5º y 7º con hemograma, PCR y procalcitonina con intención de detectar precozmente una eventual fuga anastomótica. Ante un aumento de los reactantes de fase aguda se realizó TAC con enema de Gastrografin*. La confirmación radiológica de dehiscencia y/o clínica con SIRS, además de cambio cualitativo en el drenaje, obligó a realizar ileostomía desfuncionalizadora precoz (4h siguientes al diagnóstico). Se realizó un análisis descriptivo (frecuencias absolutas y relativas; medidas de tendencia central, dispersión, posición) mediante el programa SPSS v. 20.

Resultados: Se intervinieron 18 pacientes, 50% mujeres y 50% varones, con edad media de 68,5 años (rango = 43-86). El 11,1% presentaba estadio I, el 33,3% IIA; el 16,7% estadio IIIA; el 27,8% estadio IIIB; y el 11,1% estadio IIIC. Distancia media del tumor del MAE = 9,7 (rango = 6-12). El 61,1% se realizó vía laparotómica y el 38,9% vía laparoscópica. Recibieron radioterapia neoadyuvante el 83,3% y quimioterapia neoadyuvante el 77,8%. Distancia media de la anastomosis: 6,9 cm del MAE (rango = 4-9). La estancia media fue de 13,61 días (rango: 7-31). Eventos adversos postoperatorios: el 72,2% no presentó ninguno; sólo un caso presentó dehiscencia parcial de la anastomosis; 2 casos desarrollaron colección presacra, y dos casos íleo paralítico. Dos de éstos requirieron reintervención y confección de ileostomía: dehiscencia parcial y colección presacra. El 89% no requirió reintervención.

Conclusiones: La ileostomía virtual podría constituir un procedimiento seguro y eficaz en pacientes seleccionados, disminuyendo la morbilidad y la estancia hospitalaria, siendo además coste efectivo al evitar la reintervención futura para la reconstrucción de tránsito intestinal. En los pacientes en los que es necesario convertir a ileostomía desfuncionalizadora, no parece incrementar el riesgo de sepsis ni la morbilidad.

asociada, aunque es imprescindible un estricto seguimiento postoperatorio para alcanzar el diagnóstico precoz y una confección temprana de la ileostomía. Son necesarios más estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para verificar estas hipótesis.