



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-263 - FACTORES DE RIESGO DE FUGA DE ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA EN ENFERMEDAD DE CROHN: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 10 AÑOS

Martínez Chicote, Cristina; Abelló Audí, David; Pérez Alonso, Carla; Hurtado Pardo, Luis; Avelino González, Lourdes; Millán Scheiding, Mónica; Alós Company, Rafael; García-Granero Ximénez, Eduardo

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) sometidos a resección ileocólica y anastomosis primaria pueden tener un riesgo aumentado de fuga anastomótica. El objetivo de este estudio es analizar posibles factores que influyen en la aparición de fuga anastomótica en estos pacientes y su relación con otras complicaciones posquirúrgicas.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo y analítico de las fugas anastomóticas tras resección ileocecal en EC en nuestro hospital desde 2010 a 2020. Se analizaron variables descritas previamente en la literatura como posibles factores de riesgo de fuga. El análisis se realizó con el programa IBM SPSS Statistics 22 utilizando las pruebas de χ^2 de Pearson, U de Mann-Whitney o t de Student para muestras independientes y regresión logística binaria para correlación de variables.

Resultados: Durante el período de estudio, se realizó anastomosis ileocecal en 154 pacientes. El porcentaje de fuga anastomótica en nuestra serie es del 6,5% (10 casos), entendiendo como fuga la presencia de contenido intestinal en cavidad abdominal o la aparición de una colección perianastomónica diagnosticada a través de pruebas de imagen. De todos los factores analizados, se encontró una relación estadísticamente significativa entre la fuga anastomótica y el tiempo quirúrgico prolongado (más de 190 minutos) ($p = 0,018$), así como con la elevación de la calprotectina preoperatoria ($p = 0,007$). No se ha evidenciado en esta serie que influyan de forma independiente los corticoides, fármacos biológicos o nutrición parenteral, ni el patrón de EC (obstrucción, perforación o fistulización). Tampoco con el resultado de márgenes afectos en anatomía patológica. En nuestra serie, a los pacientes con mayor número de factores de riesgo se les realizó un estoma y no una anastomosis. No se han encontrado diferencias en el riesgo de fuga según la técnica anastomótica (mecánica o manual), el tipo (latero-lateral, latero-terminal, término-terminal) o el uso o no de laparoscopia. En el posoperatorio, la fuga de sutura se ha relacionado con un aumento de las complicaciones a nivel de la herida ($p = 0,001$). No existe relevancia estadística que permita relacionarla con otras de las complicaciones orgánicas más frecuentes, la mortalidad, ni tampoco con un aumento en el número de reintervenciones, debido a que en la mayoría de los casos estas fugas se han tratado de manera conservadora (solo 1 dehiscencia precisó reintervención).

Conclusiones: Muchos de los factores que clásicamente se relacionan con la fuga anastomótica (toma de corticoides, biológicos, o malnutrición) no se han reproducido en nuestra serie, probablemente debido a que en estos casos no se ha realizado anastomosis. La técnica de la anastomosis no parece influir en la aparición de fugas. En pacientes seleccionados, aunque aparezca una fuga anastomótica, en la mayoría de los casos

pueden tratarse de manera conservadora.