



O-240 - ¿POR QUÉ PREFERIMOS UNA FUGA ANASTOMÓTICA TARDÍA?

Lavado Andújar, María Inmaculada; Jódar Salcedo, Cristina Rosel; Gallarín Salamanca, Isabel María; Carmona Agúndez, María; Valle Rodas, María Elisa; Jiménez Redondo, José Luis

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: La fuga anastomótica es la complicación quirúrgica más temida en la cirugía colorrectal, ya que se asocia con una elevada morbilidad y mortalidad. Existen muchos estudios sobre factores de riesgo de fuga anastomótica en cáncer colorrectal, en cambio, son pocos los estudios que abordan el tratamiento y evolución de la fuga del cáncer colorrectal de forma precoz y tardía, estando la fuga precoz más relacionada con problemas quirúrgicos técnicos y la tardía con factores dependientes del paciente.

Objetivos: Analizar el manejo y los resultados de las diferentes opciones terapéuticas, para la fuga anastomótica precoz y tardía en pacientes intervenidos por cáncer colorrectal en nuestro hospital durante 10 años de seguimiento.

Métodos: Realizamos un estudio longitudinal, retrospectivo de los pacientes intervenidos por cáncer de colon y recto superior de forma programada con intención curativa en estadio I-III desde enero 2011 a diciembre 2020. Excluimos pacientes con neoadyuvancia, pacientes intervenidos de urgencias, tumores en recto medio e inferior y pacientes con estoma de protección. Definimos fuga tardía a aquella diagnosticada tras el sexto día posoperatorio.

Resultados: 557 pacientes con cáncer colorrectal fueron intervenidos en el periodo analizado, siendo un 62,3% hombres, con 71 años de edad media (edad máxima 92 años y mínima de 33 años). Realizándose 44,5% de los procedimientos por laparoscopia. 45 pacientes (8,1%) desarrollaron fuga anastomótica, de las cuales el 46,7% (21 pacientes) fueron fugas tardías. En 26 pacientes (57,8%) se realizó desmontaje de la anastomosis y colostomía terminal, en 11 (24,4%) se realizó lavado del absceso intrabdominal y refuerzo de anastomosis en algunos casos y 8 pacientes (17,8%) no necesitaron reintervención. El tiempo medio hasta el diagnóstico de la dehiscencia fue de 8,3 días, siendo la más precoz el primer día posoperatorio y la más tardía el vigésimo día. La tasa de mortalidad en los pacientes con dehiscencia fue de 11,1%. La estancia media fue de 26 días (máximo de 81 días y mínimo de 2). En los pacientes en los que se realizó colostomía terminal, solo 8 pacientes (30,7%) se reconstruyeron el tránsito durante el seguimiento. No encontramos diferencias entre el grupo de pacientes con fuga precoz y tardía en cuanto al sexo, edad, factores de riesgo cardiovascular, ASA, tipo de procedimiento quirúrgico o estadio patológico. En cambio, los pacientes con fuga precoz presentaron significativamente más tasa de reintervención quirúrgica (100% vs. 61,9% p 0,001) y de desmontaje de anastomosis y colostomía terminal (75% vs. 38,1% (p = 0,01).

Conclusiones: Las formas de presentación de la fuga anastomótica y el grado de dehiscencia van a condicionar en gran medida el manejo terapéutico. Según nuestros datos, los pacientes con fuga tardía suelen

presentar fugas con menor grado de dehiscencia y mejor estado clínico del paciente, lo que permite un manejo predominantemente conservador y una mayor tasa de conservación de la anastomosis primaria frente a la creación de colostomía terminal. Esto, como hemos visto, puede condicionar la calidad de vida posterior del paciente ya que, como se observa en el análisis, menos de un tercio se volverán a reconstruir.