



V-083 - DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS COLORRECTAL, ¿ESTAMOS OBLIGADOS A LA COLOSTOMÍA?

García-Fernández, Noelia¹; Alarcon del Agua, Isaias¹; Navarro-Morales, Laura¹; Pérez-Corbá, Lara²; Sucas-Macías, María¹; López-Bernal, Francisco¹; Licardie, Eugenio³; Morales-Conde, Salvador¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; ²Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra; ³Clínica USP Sagrado Corazón, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Una de las complicaciones más importantes de la cirugía del cáncer colorrectal es la dehiscencia de anastomosis. La incidencia varía entre un 0,5 y un 30%, dependiendo de la localización y de la definición de dehiscencia. El estado del paciente, el hábito tabáquico o la desnutrición son factores de riesgo reconocidos dependientes del paciente. La mala vascularización de los cabos intestinales y la tensión en la sutura, constituyen los factores de riesgo más importantes dependientes de la técnica quirúrgica. La dehiscencia de la anastomosis colorrectal produce una sepsis abdominal que precisa de reintervención quirúrgica urgente, y que, en la mayoría de los casos, finaliza con la confección de una colostomía. El objetivo de este vídeo es mostrar una alternativa al tratamiento mediante colostomía de la dehiscencia de anastomosis colorrectal en un paciente joven.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 48 años, con antecedentes de diabetes tipo I, que tras estudio por cambio de hábito intestinal fue diagnosticado de neoplasia en unión rectosigmoidea. La colonoscopia evidenció tumoración no estenosante a 14 cm de margen anal con anatomía patológica compatible con adenocarcinoma. El estudio de extensión descartó metástasis a distancia. Se realizó resección anterior baja con escisión parcial del mesorrecto, movilización completa del ángulo esplénico, comprobación de la vascularización con ICG y anastomosis colorrectal por abordaje laparoscópico sin incidencias. En el posoperatorio presentó una elevación progresiva de los reactantes de fase aguda sin repercusión clínica por lo que se solicitó una TAC abdominal urgente al 4º día posoperatorio que evidenció dehiscencia de la anastomosis, por lo que se indicó intervención quirúrgica urgente. Se realizó laparoscopia exploradora, evidenciando peritonitis purulenta difusa, especialmente en pelvis, donde se visualizaron ambos cabos de la anastomosis bien perfundidos y sin tensión, pero completamente separados, sin restos de agrafes quirúrgicos. Ante estos hallazgos, la ausencia de factores de riesgo asociados al paciente, la confección de una anastomosis previa libre de tensión y con adecuada vascularización de los extremos corroborada mediante ICG, se sospechó un fallo en el grapado de la endograpadora. Considerando la edad del paciente, la probable causa de la dehiscencia y el buen estado de ambos extremos intestinales se optó por realizar nueva anastomosis colorrectal. Previamente a la realización de esta, se liberó el colon de las adherencias generadas por el cuadro abdominal a parietocólico izquierdo y epiplón, con el fin de lograr un adecuado nuevo descenso del mismo y una anastomosis sin tensión. Se realizó ileostomía de protección en FID. El paciente presentó buena evolución posoperatoria y fue dado de alta en el séptimo día posoperatorio de la reintervención, habiéndose comprobado la correcta anastomosis mediante rectoscopia, enema opaco y TAC.

Discusión: La dehiscencia de la anastomosis constituye una de las complicaciones más importantes de la cirugía colorrectal. En la mayoría de las ocasiones, su tratamiento precisa de la confección de una colostomía, dado el ambiente séptico local derivado de la misma. No obstante, en casos seleccionados, la realización de una nueva anastomosis puede constituir un tratamiento seguro y eficaz.