



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-298 - DECÁLOGO PARA EVITAR ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN EN PACIENTES SELECCIONADOS CON RIESGO DE DESARROLLAR FUGA ANASTOMÓTICA DESPUÉS DE RESECCIÓN ANTERIOR

Licardie, Eugenio¹; Navarro-Morales, Laura²; Balla, Andrea³; Morales-Conde, Salvador³

¹Hospital Infanta Elena, Quironsalud Sagrado Corazón, Huelva; ²Quironsalud Sagrado Corazón, Sevilla; ³Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: La ileostomía temporal (IT) durante una resección anterior baja o ultrabaja (RA) para el cáncer rectal disminuye la incidencia y gravedad de complicaciones relacionadas con fugas anastomóticas posoperatorias (FA), pero la IT puede ser en sí misma causa de morbilidad y de reingreso. Además, se reportan tasas de ileostomías permanentes y de morbilidad no despreciables después de su cierre. El objetivo es informar sobre nuestra experiencia en el manejo de pacientes seleccionados con riesgo alto o límite para desarrollar FA después de un RA por laparoscopia y de la creación de ileostomía fantasma (IF) con la intención de evitar realizar ileostomía de rutina.

Métodos: Los pacientes que se sometieron a RA fueron estratificados mediante un *leakage score* según el riesgo de desarrollar FA. Las técnicas realizadas para intentar evitar la FA fueron: movilización de ángulo esplénico, intentar minimizar el sangrado pélvico, emplear una carga diferente de la grapadora para realizar una sección lineal del recto si el paciente ha recibido quimio y radioterapia neoadyuvante (n-QRT), para evaluar la vascularización anastomótica se realiza angiografía de fluorescencia, realizar anastomosis lateroterminal, prueba intraoperatoria de azul de metileno, colocación de drenajes pélvico y transanal y la creación de IF en todos los casos. Los reactantes de fase aguda se monitorizan diariamente para detectar posibles fugas.

Resultados: Se incluyeron treinta pacientes. Todos los pacientes fueron intervenidos por vía mínimamente invasiva. La distancia media de la lesión desde el borde anal fue de $8,3 \pm 3,7$ cm. Trece pacientes fueron sometidos a n-QRT. En dos casos la sección proximal del colon se cambió después de la angiografía de fluorescencia. El tiempo operatorio promedio fue de $131,6 \pm 31,7$ minutos. No hubo conversiones a cirugía abierta. Se documentaron dos FA posoperatoria y se trató con colocación de drenaje radiológico percutáneo y no fue necesario abrir la IF, el otro caso se tuvo que reintervenir realizando lavado laparoscópico e IT. Los dos pacientes con FA tenían un riesgo 'alto' de FA de 12 y 13 puntos respectivamente y en relación con la altura de la lesión fue un caso de recto medio y uno de recto bajo. Se evitó la IT en el 96,7% de los casos. La mortalidad fue nula.

Table 1. Patients' demographics and operative details.

Sex ratio (M/F)	19/11
Mean age \pm SD, years (range)	59.5 \pm 10.7 (32 – 81)
Mean Body Mass Index \pm SD, Kg/m ² (range)	26.4 \pm 4.3 (17.9 – 35.2)
Comorbidities, n	21
Hypertension, n	9
Type 2 Diabetes Mellitus, n	3
Dyslipidemia, n	3
Hypothyroidism, n	3
Hyperuricemia, n	2
Smoking habit, n	1
Previous abdominal surgery, n	
Cholecystectomy	2
Inguinal hernia repair	1
Umbilical hernia repair	1
Hysterectomy	1
Right nephrectomy	1
American Society of Anesthesiologists (ASA) grade, n	
- I	4
- II	22
- III	4
Mean lesion distance from the anal verge \pm SD, cm (range)	8.3 \pm 3.7 (2 – 15)
Mean lesion size \pm SD, cm (range)	4.5 \pm 1.3 (1 – 8)
Clinical TNM, n	
- cT2N0	7
- cT2N1	1
- cT3N0	4
- cT3N1	13
- cT3N1M1	1
- cT3N2	2
- cT3N2M1	1
- cT4N1	1
Neoadjuvant long term chemoradiotherapy, n	13
Tumor location, n	
- High rectum (10 - 15 cm from the anal verge)	10
- Medium rectum (5 - 10 cm from the anal verge)	14
- Low rectum (0 - 5 cm from the anal verge)	6
Colon leakage score, n	
- 8	3
- 9	1
- 10	11
- 11	2
- 12	9
- 13	4
Mean operative time \pm SD, minutes (range)	131.6 \pm 31.7 (75 - 210)
Associated procedures, n	
Hysterectomy	1
Partial cistectomy	1
Change of section line level based on fluorescence, n	2
Mean estimated blood loss \pm SD, cc (range)	75.2 \pm 217.8 (0 - 1100)
Conversions, n	0
Anastomotic leakage, n (Clavien-Dindo and ISGRC classifications, grade)	2 (I, III-a, B, 1 III-b, C)
Complications, n (Clavien-Dindo classification, grade)	
- Rectal bleeding	1 (I)
- Uoo	1 (I)
- Fever	1 (I)
- Uoal perforation	1 (III-b)
Mean hospital stay \pm SD, days (range)	10 \pm 6.6 (6 – 41)
Definitive histology, n	
- pT0N0	5
- pT1N0	4
- pT1N1	1
- pT2N0	6
- pT2N2	1
- pT3N0	7
- pT3N1	3
- pT3N2	1
- pT3N2M1	1
- pT4N0	1
Mean number of resected lymph-nodes \pm SD, n (range)	12.5 \pm 3.5 (9 – 26)

SD: standard deviation. ISGRC: International Study Group of Rectal Cancer.

Conclusiones: La FA es una complicación multifactorial. Las características de los pacientes no se pueden cambiar, pero se pueden usar varios recursos para predecir e intentar prevenir esta complicación. La IF podría considerarse una opción válida para evitar la IT en pacientes seleccionados que se someten a este protocolo. Se requieren más estudios con un tamaño de muestra más amplio y criterios definidos para estratificar a los pacientes en función del riesgo de desarrollar FA.