



## P-326 - COLECCIONES PRESACRAS CRÓNICAS Y/O RECIDIVANTES TRAS CIRUGÍA DE ADENOCARCINOMA (ADC) RECTAL: DIFÍCIL MANEJO

Gómez Alcázar, Juan Carlos; Ruiz López, Joaquín; Zarco Pleguezuelos, Antonio; Ferri Romero, Joaquín; Mauri Barberá, Francisco; Fabregues Olea, Ana; Romero Simó, Manuel; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

### Resumen

**Introducción:** Aunque en los últimos años se han producido notables mejoras en el abordaje quirúrgico del adenocarcinoma de recto, la fuga anastomótica sigue siendo una complicación que oscila entre un 1,5% y 23% causando importante morbilidad. Estas dehiscencias no deben ser consideradas solo un problema del posoperatorio inmediato, sino que a medio-largo plazo pueden presentarse colecciones presacras de difícil tratamiento.

**Objetivos:** Evaluar la aparición de colecciones crónicas presacras, sus posibilidades de tratamiento y resultados.

**Métodos:** Se analiza una serie retrospectiva de pacientes intervenidos por ADC rectal en la unidad de Coloproctología de nuestro hospital durante un intervalo de 3 años (1 de enero de 2020 hasta 31 de diciembre de 2022). Se han recogido 143 pacientes intervenidos por ADC rectal (excluyendo los de otra histología u otro origen que invadan el recto). Se analizan: sexo, edad, tipo de intervención, riesgo anestésico, cirugía abierta o laparoscópica, presencia o no de ileostomía de protección (real o virtual), tratamiento neoadyuvante, días de estancia hospitalaria posquirúrgica, aparición de fuga anastomótica precoz, y diagnóstico de fugas anastomóticas tardías (diagnosticadas después del primer mes postcirugía) que da lugar a colecciones presacras crónicas y recidivantes.

**Resultados:** Objetivamos 10 colecciones presacras tardías, necesitando proctectomía en 5 pacientes, y otros tratamientos en los 5 casos restantes (tabla).

### Tratamiento de colecciones presacras crónicas

Proctetomía	5 (50%)
Clip	1 (10%)
Turnbull-cutait	1 (10%)

Sellado fibrina	1 (10%)
Endoesponja	1 (10%)
Tratamiento conservador	1 (10%)

**Conclusiones:** La aparición de colecciones presacras tardías, no son otra cosa que el resultado de una dehiscencia que no ha cerrado. Se sospecharán por su clínica potencialmente diversa (dolor sacro, fiebre, ureterohidronefrosis, fascitis, fistulas perianales, vesicales o vaginales) aunque también las hay asintomáticas confirmadas por imagen radiológica. Algunas cerrarán con el tiempo (especialmente las subclínicas). En los pacientes que no curan, los tratamientos usados para las dehiscencias precoces (drenaje radiológico o quirúrgico, abordaje transanal del defecto, endoesponja) no han mostrado mucha utilidad y existen pocas opciones para el tratamiento local. Algunas de estas opciones pueden ser: marsupialización del seno crónico con endograpadora o con electrocauterio (en cavidades grandes), inyección de pegamento de fibrina, también hay algún informe de cierre de defecto pequeño con clip endoscópico, otra posibilidad es la reparación del defecto con un colgajo de avance endorrectal. La intervención óptima sería la reoperación con resección de la anastomosis con fuga y la reanastomosis, pero este procedimiento es técnicamente muy complejo. Por todo ello el final de casi todos estos pacientes es la proctectomía con colostomía terminal como ocurrió en el 50% de nuestra serie. Las colecciones presaras crónicas no son excepcionales. Es necesaria una vigilancia estrecha a los pacientes intervenidos de ADC rectal aunque hayan sido dados de alta hospitalaria con buena evolución, con la finalidad de identificar precozmente los problemas relacionados con la sutura, permitiendo seleccionar a aquellos que se van a beneficiar de una reconstrucción del tránsito diferida, evitando así la proctectomía y ostomía terminal.