



P-386 - CIRUGÍA DEL CÁNCER DE RECTO: ¿PRECAUCIÓN NECESARIA O PRÁCTICA EXCESIVA? ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE QUIRÚRGICA

García García, Consuelo¹; García Marín, José Andrés¹; Annese Pérez, Sergio David²; Martínez Moreno, José Luis¹; Lucas Zamorano, Isabel¹; Piñera Morcillo, Clara¹; Buitrago Ruiz, Manuel¹; Soria Aledo, Victoriano¹

¹Hospital Universitario José María Morales Meseguer, Murcia; ²Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Murcia.

Resumen

Introducción: El cáncer de recto representa aproximadamente un 30-35% de los cánceres colorrectales, con una prevalencia creciente en los últimos años. Las ileostomías o colostomías de protección se utilizan para reducir las complicaciones derivadas de fugas anastomóticas, aunque no están exentas de morbilidad.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgicos de cáncer de recto, medir las complicaciones tanto de la cirugía por la que se indicó el estoma digestivo como las del propio cierre.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que hemos incluido a todos los pacientes intervenidos por cáncer de recto en nuestro centro desde enero de 2020 hasta diciembre de 2024. Entre otras variables hemos incluido el abordaje (laparoscópico, robótico o abierto), la creación o no de estoma de protección y las complicaciones de la cirugía de recto y del cierre del estoma.

Resultados: De los 149 pacientes incluidos, 96 fueron varones y 53 mujeres. La edad media fue 64 años (25-91), siendo clasificados la mayoría como ASA II (53,7%) y ASA III (39%). Respecto a la clasificación TNM al diagnóstico, el más frecuente fue el T3 (48,3%), seguido de T2 (30,9%), presentando ganglios negativos (55,7%) y metástasis negativas (91,3%). La mayoría de los tumores se encuentran en tercio superior (40,3%), seguidos por el tercio inferior (31,5%) y medio (28,2%). Respecto a la cirugía, el abordaje laparoscópico representa el 63,8%, robótico 15,4% y abierto 12,1%. La técnica más empleada fue la resección anterior baja (57,7%), seguida de la amputación abdominopélvica (18,8%), resección anterior alta (17,4%), siendo el resto minoritarias y realizándose estoma de protección al 49% de los pacientes. De la cirugía primaria, 108 pacientes (72,5%) presentaron un posoperatorio tipo I de la clasificación Clavien-Dindo. La estancia hospitalaria media fue de 7 días y el tiempo de estoma temporal de 208 días (55- 882). Presentaron complicaciones derivadas de estoma digestivo 12 pacientes (8,1%). En relación con la cirugía de cierre del estoma, la técnica más empleada fue mixta (54%), seguida de cierre mecánico (34,9%) y manual (7,9%), presentando complicaciones Clavien-Dindo tipo I (35%), con una estancia hospitalaria media de 5 días. Actualmente, el 77,2% de los pacientes intervenidos se encuentran sin evidencia de malignidad. Presentando enfermedad un 12,1% y un 8,7% falleciendo a causa del cáncer rectal. Podemos decir que se hacen más estomas en pacientes sometidos a neoadyuvancia, ganglios positivos, T4 y T3, número de cargas, tercio inferior y medio. Los pacientes con adyuvancia tienen

más tiempo de estoma y la técnica de cierre influyen en las complicaciones. La estancia hospitalaria es mayor en los pacientes que sufren complicaciones y en función del abordaje. No hay diferencias entre robótica y laparoscópica pero sí con la cirugía abierta y las conversiones ($p < 0,05$). No hay diferencias de las complicaciones del cierre del estoma en función del abordaje inicial.

Conclusiones: A pesar de los beneficios del estoma de protección, nuestros datos refuerzan la necesidad de una adecuada selección de pacientes, valorando el riesgo-beneficio individual y descartando aquellos que no la necesiten para evitar morbilidades innecesarias.