



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-023 - ILEOSTOMÍA FANTASMA ASOCIADA A RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO CON ESCISIÓN MESORRECTAL TOTAL: NUESTRA EXPERIENCIA

García Juidías, Alba M.<sup>a</sup>; Colao García, Laura; Chavarriás Torija, Nuria; Salazar Carrasco, Andrea; Díaz Pérez, David; Galindo Jara, Pablo

Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Arroz.

### Resumen

**Objetivos:** La complicación más temida de la resección anterior baja con escisión mesorrectal total (RAB+EMRT) es la fuga anastomótica (FA), con una incidencia de 10,6% y una mortalidad entre el 6 y 22%. La tendencia en casos de alto riesgo es asociar una ileostomía de protección (IP), que no evita la fuga, pero minimiza sus consecuencias. Pero actualmente existe un interés creciente en la realización de ileostomías de forma selectiva asociadas al riesgo de FA. En nuestro centro abogamos por el uso de la ileostomía fantasma (IF) asociada a RAB+EMRT en pacientes de: riesgo alto: anastomosis a 2-5 cm del margen anal. Riesgo moderado: anastomosis a 5-10 cm del margen anal con radioterapia previa y/o presencia de > 3 factores de riesgo; como sexo masculino, > 65 años, IMC > 25, ASA III-IV, DM o cirugía > 3 h. Realizamos marcaje con *vessel-loop* de asa ileal y la exteriorizamos a mesogastrio derecho en punto premarcado de localización de posible ileostomía. Dejamos también drenaje lavador en pelvis. Alta con dieta líquida y batidos hiperproteicos. Si la evolución es favorable, se retiran el *vessel-loop* y el drenaje ambulatoriamente en torno al 6.<sup>º</sup>-10.<sup>º</sup> DPO, previo control clínico y analítico. Por considerarse de riesgo muy alto, se realiza IP de entrada en pacientes que cumplen > 3 criterios: varón, RT neoadyuvante, anastomosis a < 2 cm, ASA III-IV y > 3 cargas de endoGIA.

**Métodos:** Análisis descriptivo de nuestra experiencia en realización de IF en casos seleccionados asociada al tratamiento quirúrgico del cáncer de recto.

**Resultados:** Se realizaron 46 IF entre 2015 y 2019 según el protocolo previamente descrito. Del total de casos, el 24% precisaron maduración posterior de ileostomía por FA. La estancia hospitalaria media de estos pacientes fue de 14 días. En contraposición, el 76% de pacientes a los que se realizó IF evolucionaron sin complicaciones. Tuvieron una estancia hospitalaria media de 6 días. Fueron dados de alta y se les retiró el drenaje lavador pélvico y el *vessel-loop* en consulta según protocolo.

**Conclusiones:** La IF evitó la realización de IP de entrada en un 76% de pacientes con riesgo moderado-alto de FA; reduciendo la estancia hospitalaria posoperatoria, evitando reingresos por alteraciones hidroelectrolíticas y mejorando la calidad de vida de estos pacientes. Además, en caso de haber presentado FA se hubieran evitado las dificultades técnicas de madurar la ileostomía en un contexto de peritonitis y/o pelvis bloqueada. Como apoyo en la evidencia científica, encontramos el

estudio de *Mori et al.*, en el que asocian IP a la RAB+EMRT en casos de muy alto riesgo de FA e IF en casos de riesgo moderado-alto. Según los resultados, solo un 12% de pacientes a los que se realiza IF presentan fuga anastomótica, y en ellos es posible madurar la ileostomía en condiciones de seguridad y sin necesidad de relaparotomía. No obstante, la IF puede considerarse una alternativa eficaz como técnica asociada a la RAB+EMRT. Cabe destacar la importancia de la selección de pacientes en función de la estratificación de riesgo de FA.