



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-414 - TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL EN TIEMPOS DE CRISIS: SOLUCIÓN LOW-COST A UN PROBLEMA QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Mesa Ruiz, María Inmaculada; Calderón Duque, Teresa; Martín Paniagua, Leticia; Ortiz González, María; Amador Pérez, María; Balaguer Navarro, Carolina; García Sánchez, Felipe; Esmaili Ramos, Mahur

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: La dehiscencia anastomótica tardía tras cirugía por cáncer de recto es una de las complicaciones más frecuente y temidas, con una incidencia variable entre las distintas series y asociada a una elevada morbilidad. En los últimos años, las terapias de vacío endoluminal han desplazado en muchos casos el tratamiento quirúrgico convencional, demostrando eficacia en el control del foco séptico y cierre de la fuga. Presentamos una alternativa low-cost a la terapia de vacío endoluminal, utilizando materiales accesibles y económicos, con resultados satisfactorios.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 62 años, sin antecedentes de interés, diagnosticado de adenocarcinoma de recto medio-inferior (estadio inicial rmT3cN2a, sin metástasis a distancia). Tras discusión en comité multidisciplinar, se optó por tratamiento neoadyuvante total (TNT) con radioterapia y quimioterapia (FOLFOX/XELOX), logrando una respuesta parcial (rmT2N0). Se programa intervención en la semana 27 postratamiento. Se realizó resección anterior ultrabaja con descenso del ángulo esplénico y sección a nivel distal con dos cargas de endograpadora (60 y 45 mm) con posterior anastomosis colorrectal termino-terminal a unos 4 cm del margen anal, confirmando correcta vascularización con verde de indocianina y estanqueidad con test neumático y endoscopia intraoperatoria. Dada la baja localización de la anastomosis y el antecedente de radioterapia, se decidió realizar ileostomía referenciada y colocar drenaje perianastomótico. El paciente siguió protocolo ERAS, con evolución favorable, tránsito conservado, tolerancia a dieta y drenaje serohemático. El 4.º día posoperatorio presentó abundantes deposiciones líquidas con PCR de 32 mg/dL. Se decidió mantener ingreso, retirándose el 5.º día posoperatorio drenaje e ileostomía referenciada, con PCR 227 mg/dL. Ante descenso de FA y buena evolución, fue dada de alta el día 7 día. El día 26 posoperatorio, el paciente consultó por dolor intenso a nivel anal de características neuropáticas, sin alteraciones del tránsito ni fiebre. Se sospechó síndrome de resección anterior baja y se inició tratamiento con Pregabalina, con mejoría parcial y TC abdominopélvico preferente, identificándose la presencia de una cavidad posterior perianastomótica (sinus). La colonoscopia reveló una dehiscencia parcial de la anastomosis, localizada a 5 cm del margen anal, junto a un sinus de aproximadamente 5 cm con mucosa edematosa y exudativa. Se indicó tratamiento con terapia de vacío tipo Endo-Sponge®, pero debido a la falta de disponibilidad en el centro (rotura de stock), se diseñó un sistema alternativo utilizando una esponja de terapia de vacío convencional, un sistema de drenaje Redon (presión negativa continua de -100 a -150 mmHg) y conexiones adaptadas para succión. Esto supuso un ahorro de

hasta 300 € por cada recambio. Se realizaron cinco recambios del sistema, cada 4 días, sin necesidad de realizar derivación del tránsito. Se logró un cierre casi completo de la cavidad al final del tratamiento.

Discusión: La terapia de varío endoluminal *low-cost* descrita puede construir una alternativa eficaz en ausencia de los dispositivos comercializados, especialmente en dehiscencias distales donde es posible la colocación manual de la esponja, ya que no disponemos de un sistema de inserción endoscópico. Esta opción puede ser útil en contextos de recursos limitados o situaciones de urgencias.