



VC-085 - COMPLECIÓN DE SEGUNDO TIEMPO QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA. AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL CON ILEOSTOMÍA TERMINAL

Muñoz Sanz, Sara; Rodríguez Sánchez, Ana; Cerdán Santacruz, Carlos; Martín Abad, Alma María; Menéndez Anta, Lucía; Montalbán Ayala, Paula; García Septién, Javier; Martín Pérez, María Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 44 años, con enfermedad inflamatoria intestinal. Sin otros antecedentes reseñables a excepción de la colitis ulcerosa, diagnosticada en 2014. Inicialmente es manejado con mesalacina tópica en formato supositorios, con buena respuesta, seguido de escalada a mesalacina oral tras un brote el primer año, permaneciendo con óptima evolución posterior hasta 2023 con mantenimiento de la misma a dosis de 4 mg/24 h. En junio de 2023 comienza con brotes sin respuesta a corticoterapia sistémica, precisando escalada terapéutica con varios tratamientos biológicos (incluyendo tofacitinib y vedolizumab), sin conseguir remisión. Tras varios ingresos, y dada la persistencia de los brotes, la actividad grave confirmada en colonoscopia y la ausencia de control de la enfermedad en contexto de corticorrefractariedad, se presenta al paciente en Comité Multidisciplinar y se propone para cirugía. En situación de indicación quirúrgica preferente, se plantea cirugía en dos tiempos. Dada la severidad de la proctitis que presenta el paciente, y la envergadura de una panproctocolectomía de entrada, en un paciente de sus características, inicialmente se ofrece comenzar con un primer escalón quirúrgico consistente en colectomía total e ileostomía, y fístula mucosa del recto. En el transcurso del seguimiento, y tras recuperación de la cirugía previa y del estado funcional y nutricional, se plantea la compleción de la cirugía. Durante todo este tiempo, el paciente ha mantenido signos de actividad en el recto, con emisión de sangre y moco prácticamente diaria. En las sucesivas entrevistas que se tienen con él, el paciente recalca la sustancial mejora en la calidad de vida que ha experimentado desde que porta el estoma, y expresa sus dudas acerca de este segundo tiempo quirúrgico, la continuidad del tránsito y la capacidad posterior para la continencia. Finalmente, decide rechazar la cirugía restauradora (descartando la opción de reconstrucción con reservorio ileoanal), optando por una amputación con ileostomía definitiva. La intervención consta de un primer abordaje abdominal laparoscópico, seguido de un segundo tiempo perineal. Como primer acto, se procede a la liberación en superficie de la fístula mucosa del recto de la pared abdominal, seguido de la reducción a cavidad abdominal. En este tiempo (laparoscópico y con tres trócares), se procede a la liberación y resección del recto y abordando el mesorrecto mediante disección transmesorrectal. Para el tiempo perineal, se realiza una incisión circular, cerrando en primer lugar el ano para evitar la contaminación del campo. Se procede a la disección interesfintérica progresiva hasta comunicar con el abordaje abdominal, y se extrae la pieza por el periné. Se finaliza la cirugía de nuevo mediante abordaje laparoscópico, para revisión de hemostasia y colocación de drenaje. El curso posoperatorio transcurrió sin incidencias, dándose de alta al paciente al 5.º día posoperatorio, sin complicaciones reseñables.