



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

## O-018 - ILEOSTOMÍA DERIVATIVA: SÍ O NO. EXPERIENCIA CON LOS SCORE CLS Y PROCOLE PARA LA REALIZACIÓN DE ILEOSTOMÍA DERIVATIVA EN EL CÁNCER DE RECTO

García Pérez, José María; Ochogavía, Aina; Gamundí, Margarita B.; Olea Mediero, José Manuel; Bianchi, Alessandro; Jiménez, Carlos Augusto; González Argente, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

### Resumen

**Introducción:** La dehiscencia anastomótica es una complicación potencialmente mortal. Se da con frecuencia en resecciones anteriores bajas con incidencia que varía del 15 al 20%. Se han identificado numerosos factores de riesgo, pero la decisión sobre si realizar o no estoma derivativo sigue siendo difícil. Creemos por ello importante intentar ajustar al máximo el número de estomas realizados. En este contexto decidimos usar dos scores de predicción riesgo de fallo de anastomosis, CLS (Dekker) y PROCOLE, y comprobar si se predijo dicho fallo.

**Métodos:** Revisamos de forma retrospectiva todos los pacientes intervenidos por neoplasia de recto entre enero 2010 y diciembre 2015 en los que se realizó resección anterior de recto (RAR) y anastomosis primaria. Recogimos factores de riesgo descritos en la literatura y aplicamos SCORE Dekker donde una puntuación menor de 11 conllevaría un riesgo menor del 3% de fuga. Y el score PROCOLE basado en un metaanálisis para cada factor de riesgo, donde una puntuación mayor de 4,83 recomienda la realización de ileostomía.

**Resultados:** De los 149 pacientes, 96 fueron varones y 53 mujeres. La edad media fue de 65,49 años. Se realizaron 130 RAR con ileostomía y 19 sin. El ASA más frecuente fue II con un 61%, seguido del III (26%). IMC medio de 25 kg/m<sup>2</sup>. 29 pacientes (19%) eran diabéticos. 70 (47%) tenían antecedentes cardiovasculares. 14 (9%) renales, 12 (8%) comorbilidades del sistema nervioso. 38 pacientes (26%) tomaban diuréticos previamente a la intervención. 107 pacientes (71,8%) recibieron neoadyuvancia. 21 pacientes (14,1%) presentaron. La distancia media de la anastomosis fue baja con una media de 5 cm. El tiempo quirúrgico medio fue de 200 minutos. La estancia hospitalaria fue de 12 días. Se pudo objetivar fuga anastomótica en 18 pacientes (12%). 125 del total tenían SCORE mayor de 11. Un 89% de los pacientes con estoma presentaban SCORE CLS mayor a 11. Según PROCOLE, en nuestra serie se recomendaba estoma en 72 pacientes (48%) y dejaba como indeterminado en 33 (22%).

**Conclusiones:** En nuestra serie de 149 pacientes hubo 18 fugas de anastomosis, 12% confirmadas clínicamente. Sin embargo, los scores de los que disponemos recomiendan realizar ileostomías derivativas en 89% (CLS) y en un 48% (PROCOLE). Parece en nuestro caso que los scores sobrevaloraron el riesgo y la indicación de realización de estoma. Creemos en este caso justificada la adquisición e implementación de nuevas técnicas asociadas a la RAR como es el de la realización de una "ileostomía virtual". Nuevos estudios serán realizados en nuestro centro para valorar el inicio de dicho proyecto.