



O-087 - VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA ESTIMULACIÓN DEL ASA EFERENTE PREVIO CIERRE DE ILEOSTOMÍA LATERAL DERIVATIVA

Mestres Petit Mestres Petit, Núria; Pinillos Somalo, Ana; Herrerías González, Ferran; Ortega Alcaide, Jaume; Sierra Grañón, José Enrique; Santamaría Gómez, Maite; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Objetivos: La realización de la ileostomía derivativa de protección no está exenta de complicaciones en el periodo previo a la reconstrucción ni en el postoperatorio de su cierre. La estimulación del asa eferente se ha descrito como mecanismo para mantener el fisiologismo intestinal previo al cierre de la ileostomía. El objetivo de nuestro estudio es valorar la efectividad de la estimulación del asa eferente.

Métodos: Estudio retrospectivo comparativo de serie de pacientes intervenidos entre 2010 y 2016 de cierre de ileostomía con antecedente de neoplasia de recto localmente avanzada. Se realiza la estimulación del asa eferente mediante irrigaciones diarias realizadas por el paciente según instrucciones de estomoterapeuta de suero fisiológico y espesante alimentario. Antes de la reconstrucción del tránsito se realiza colonoscopia y TAC-enema para valorar estado de la anastomosis rectal. Estudio estadístico realizado mediante SPSS evidenciando distribución no normal de los grupos que obliga a la realización de pruebas no paramétricas.

Resultados: Se analizan 65 pacientes con una edad media de 65 años (37-83), 30% mujeres, 70% varones. Todos ellos se intervinieron por neoplasia de recto localmente avanzada habiendo realizado tratamiento previo neoadyuvante (Q-RT o RT ciclo corto). Se les realizó una resección anterior baja con anastomosis e ileostomía de protección, 69,2% laparoscópicas y 30,2% por vía abierta o reconvertidas. En el postoperatorio inmediato tras su realización un 6,2% de los pacientes presentaron insuficiencia renal prerenal debido a perdidas por la ileostomía. Únicamente un paciente presentó signos de fuga a nivel de la anastomosis rectal en el postoperatorio inmediato de la primera cirugía, pudiéndose tratar de forma conservadora. En el seguimiento, un 32% de los pacientes presentaron signos de hernia paraostomal incipiente (1/4 de la circunferencia) y un 10% dermatitis. Respecto a la técnica quirúrgica de la reconstrucción predomina con un 52,2% la anastomosis latero-lateral mecánica junto con la termino-terminal manual en un 47,8% de los casos. En cuanto al estudio comparativo entre aquellos que se han estimulado (41 casos) y los que no (24) destaca una disminución estadísticamente significativa ($p < 0,05$) tanto del inicio de la tolerancia oral, la primera deposición y la estancia hospitalaria. En cuanto a la tolerancia hay una disminución de la media de 1,85 días vs 5,88 días. En cuanto a la primera deposición la media varía hasta 3,54 vs 7,5 días. Del mismo modo se evidencia una reducción de la estancia media (5,78 vs 10,46 días). No hemos evidenciado diferencias en cuanto a complicaciones posquirúrgicas valoradas mediante clasificación de Clavien-Dindo. Analizando el fiebre post-operatorio se observa una disminución del mismo (25% vs 15%) sin ser estadísticamente significativo. Respecto a las diarreas también son menos frecuentes (20% vs 12% en estimulados) sin significación estadística.

Conclusiones: La estimulación del asa eferente permite una mejoría tanto en la estancia media como en el tiempo de inicio de tolerancia y de la primera deposición estadísticamente significativa en el postoperatorio del cierre de ileostomía. Estos resultados corroboran lo previamente comunicado por el grupo de Abrisqueta et al.