



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-030 - CIERRE PRIMARIO PARCIAL MÁS TERAPIA DE VACÍO VÍA TAMIS PARA EL TRATAMIENTO DE LA FUGA DE ANASTOMOSIS COLORRECTAL

González Hernández, Sergio; Guil Ortiz, Beatriz; Montes Montero, Alberto; Rodríguez González, Diana; Carrillo Pallares, Ángel

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes *mellitus* tipo II. Dicho paciente es intervenido por un adenocarcinoma de recto medio, a 7 centímetros del margen anal. Se le realiza una resección anterior de recto baja por laparoscopia y se deja una ileostomía en asa de protección. La evolución posoperatoria es favorable hasta el cuarto día, en el que el drenaje intraabdominal, que se encontraba posicionado en la pelvis, pasa de tener un débito serohemático a un contenido marrónáceo maloliente. Ante dichos hallazgos y ante elevación de reactantes de fase aguda en sangre se decide realizar un TC de abdomen en el que se objetivan burbujas de aire perianastomóticas y estriación de la grasa adyacente. Las imágenes sugieren que la fuga está contenida en la pelvis. Con dichos hallazgos se diagnostica la fuga anastomótica. A pesar de la presencia de una ileostomía de protección, ante la elevación de reactantes de fase aguda y ante una clínica de dolor a la palpación suprapúbica, se decide revisión en quirófano. Se accede vía trasanal mediante un dispositivo Gel Point con tres trócares. Se utiliza un dispositivo *airseal* para la insuflación de aire. Objetivamos una dehiscencia de un 50% de la anastomosis aproximadamente, con salida de material hemático purulento de la cavidad a la que se accede a través de dicho defecto. Los bordes de la anastomosis se encontraban bien vascularizados a simple vista, sin datos de isquemia de la mucosa. Se procede a realizar una sutura primaria del defecto con sutura barbada reabsorbible, dejando un pequeño segmento del defecto sin cerrar, a través del cual se introduce un dispositivo de terapia de vacío para ayudar a la cicatrización y al colapso de la cavidad. Los recambios del sistema de vacío se realizaron cada 72 horas aproximadamente y a partir del cuarto cambio, se realizaron de manera ambulatoria. Se retira tras el séptimo recambio, cumpliendo unas tres semanas de tratamiento, al objetivarse la cavidad completamente cerrada.

Discusión: La terapia de vacío en combinación con el cierre primario de parte del defecto fueron determinantes para la pronta resolución de la complicación de este paciente, pudiendo tratarse la fuga de manera ambulatoria y evitando la persistencia de una cavidad o divertículo permanentes a nivel de la anastomosis.