



P-364 - CONSECUENCIAS DE LA ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN TRAS RESECCIÓN ANTERIOR BAJA DE RECTO LAPAROSCÓPICA CON ESCISIÓN TOTAL DE MESORRECTO. SERIE DE 390 CASOS

Espiñeira Covelo, Paula; Paredes Cotoré, Jesús Pedro; Pérez Rodríguez, Elena; Onaindia Delgado, Eleder; Arcila Bermúdez, Reinaldo; Bustamante Montalvo, Manuel

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción y objetivos: El estándar de tratamiento del cáncer de recto de tercio medio e inferior es la resección anterior baja (RAB) con escisión total del mesorrecto (ETM). Una de las complicaciones más importantes que asocia esta cirugía, es la dehiscencia de anastomosis, provocando un incremento de morbilidad, mortalidad y estancia hospitalaria. Con intención de prevenirla o minimizar sus consecuencias, se realizan estomas de protección. Sin embargo, este también conlleva una considerable morbilidad, como alteraciones metabólicas o la no reconstrucción del tránsito. Se considera adecuado un período de 8-12 semanas desde la cirugía para la realización del cierre, que puede no cumplirse por la quimioterapia adyuvante o problemas logísticos del hospital, entre otros. El objetivo de esta comunicación es presentar la evolución de una serie de 390 pacientes diagnosticados de neoplasia de recto y sometidos a una RAB laparoscópica con ETM con ileostomía de protección entre 2009 y 2019.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo de 390 casos de RAB laparoscópica con ETM e ileostomía de protección. Las variables estudiadas son la tasa de reconstrucción de tránsito, el tiempo empleado desde la confección de la ileostomía hasta la reconstrucción y las complicaciones asociadas con el cierre de la misma.

Resultados: De los 390 pacientes recogidos, un 73% han sido sometidos a tratamiento adyuvante tras la cirugía. Un 12% de los mismos se diagnostican de dehiscencia clínica en el posoperatorio inmediato, precisando un 5% de ellas, resolución quirúrgica. Se reconstruyen el 95% de los pacientes, siendo el principal motivo de la no reconstrucción, la dehiscencia de anastomosis (50%). El tiempo medio en efectuar el cierre de la ileostomía, se sitúa en 7,5 meses, con una mediana de 7. En un 87% de los casos, el tratamiento adyuvante, es el motivo por el cual el cierre del estoma no se realiza con mayor premura. Un 22% de nuestros pacientes presentaron complicaciones posoperatorias después del cierre de ileostomía. Un 32% de las mismas, correspondieron a un Clavien Dindo I, un 50% a Clavien Dindo II y un 18% a Clavien Dindo III. Las más frecuentes fueron la infección de herida y el íleo prolongado.

Conclusiones: En la serie presentada se reconstruye el tránsito en el 95% de los pacientes. En nuestro grupo se ha realizado de forma más tardía debido en su mayor parte a la terapia adyuvante. El cierre de la ileostomía está asociado a un 22% de complicaciones tras la reconstrucción, sin diferencias significativas con respecto a otros estudios. Los estomas de protección son una medida eficaz para controlar la morbilidad de la dehiscencia anastomótica tras la RAB por cáncer de recto, pero no hay suficiente evidencia sobre el efecto de los mismos en la supervivencia a largo plazo y calidad de vida. La reconstrucción del tránsito también asocia

morbilidad, entre las que se encuentran la permanencia del estoma, por lo que estas particularidades hacen necesario una indicación selectiva de los pacientes a los que se le realiza ileostomía de protección.