



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-343 - ¿QUÉ VENTAJAS NOS APORTA LA ILEOSTOMÍA VIRTUAL?

García Virosta, Mariana¹; Serralta de Colsa, Daniel¹; Delgado-Miguel, Carlos²; Núñez O'Sullivan, Sara¹; Rodríguez Haro, Carmen¹; Hernández O'Reilly, María¹; Mellado, Inmaculada¹; Picardo Nieto, Antonio¹

¹Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes; ²Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

En la cirugía de recto es frecuente el uso de ileostomías laterales con el fin de proteger una anastomosis de alto riesgo (varón, neoadyuvancia, distancia al margen anal). Nos planteamos la posibilidad de realizar en su lugar una ileostomía virtual (IV). En este estudio, evaluamos los resultados de la realización de la IV en comparación con una ileostomía transversa o con la no realización de ileostomía de protección. Analizamos una serie de 69 pacientes intervenidos entre 2019 y 2021 de resección de recto con anastomosis primaria de forma prospectiva. A 14 se les practicó una IV, a 23 una ileostomía lateral y a 32 no se les realizó estoma. De 14 pacientes del grupo de IV, 10 eran hombres. La media de edad fue de 62 años. 11 de ellos habían recibido neoadyuvancia con radioterapia. La cirugía fue programada mediante un abordaje laparoscópico en todos los casos. La mediana de días de ingreso fue de 5,5 y ninguno de ellos presentó íleo paralítico en el posoperatorio. 2 de ellos presentaron una dehiscencia anastomótica (DA), requiriendo reintervención, uno de ellos solo para realización de ileostomía lateral a través de marcaje de IV previa. En el grupo de ileostomía lateral, había 14 hombres. La media de edad fue de 63. 13 habían recibido radioterapia neoadyuvante. Los 23 fueron intervenidos de forma programada y solo 2 de ellos mediante abordaje abierto. La mediana de ingreso fue de 7 días y 3 de ellos presentaron íleo paralítico durante su estancia hospitalaria. Se evidenció una DA que fue tratada de forma conservadora. De 32 pacientes sin estoma, 18 eran hombres con una media de edad de 66. Solo 3 habían recibido neoadyuvancia. 2 se operaron de urgencia. 4 mediante laparotomía y otros 4 se convirtieron a laparotomía. Su estancia fue de 7 días. Se evidenciaron 5 DA y se reintervino a 6 pacientes (uno por hemorragia). Se observa una distribución homogénea entre grupos. Apenas se realizaron estomas en pacientes que no recibieron neoadyuvancia. La estancia hospitalaria es menor en pacientes con IV. La tasa de íleo paralítico es mucho mayor en el grupo de ileostomía lateral. Lo que parece lógico por la escasa manipulación de íleon para el marcaje virtual del asa. Sin embargo, no se encuentra significación estadística sobre diferencias entre grupos. Existe una menor tasa de reintervención en pacientes con ileostomía lateral, aunque hay que tener en cuenta la obligada segunda cirugía para el cierre de ileostomía. Cabe destacar que una de las reintervenciones de IV fue para la conversión de la misma a una lateral. La realización de IV es segura y evita tanto la comorbilidad asociada a estomas como una segunda intervención a un gran número de pacientes. En nuestro caso, 12 pacientes se beneficiaron de ello. Queda por dilucidar los criterios específicos que nos lleven a recomendar la realización estándar de esta técnica.