



## Cartas al Director

# Eficacia de la estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía

## Effectiveness of afferent loop stimulation prior to ileostomy closure

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo escrito por Abrisqueta<sup>1</sup> con el título «Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía».

Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 55 años de edad que, en el proceso diagnóstico de tenesmo rectal y rectorragias, fue diagnosticada de un adenocarcinoma de recto de 3 cm, localizado a 5 cm del margen anal con afectación concéntrica, y presencia de 3 nódulos en la grasa mesorrectal (UT3N1-2). Tras el tratamiento neoadyuvante (radioterapia hasta 50,4 Gy concurrente con capecitabina), se intervino en julio de 2012, realizando resección anterior baja, con ileostomía de protección en flanco derecho.

Durante el tratamiento adyuvante se realizó un enema opaco a través del ano para confirmar la integridad de la anastomosis; tras el tratamiento quimioterápico se realizó también un estudio de extensión que descartaba la presencia de enfermedad tumoral.

A partir del mes de noviembre, se inició el tratamiento para la estimulación del intestino eferente. En nuestro caso, iniciamos con 300 cc de suero salino fisiológico tibio introducido a través de una sonda de Foley. Se planteó la repetición del proceso semanalmente para incrementar hasta 500 cc la estimulación; tras la publicación *on line* del artículo de Abrisqueta, continuamos incluyendo en el suero salino espesante nutricional (Resource Espesante®, Nestlé Healthcare Nutrition, Vevey, Suiza). Una semana antes de la cirugía para la reconstrucción del tránsito intestinal, se llevó a cabo la estimulación diaria incluyendo en la solución el contenido de un envase de laurilsulfato sódico acetato y citrato trisódico, con intención de llevar a cabo una

preparación anterógrada del segmento excluido. Durante todo el proceso, la paciente se encontró asintomática, refiriendo la necesidad de evacuación por vía anal. Se procedió a la resección del estoma realizando una anastomosis laterolateral mecánica, evidenciándose un asa eferente de un calibre similar al asa aferente. La paciente evolucionó satisfactoriamente, iniciando el peristaltismo a las 24 h postoperatorias, siendo dada de alta con tránsito conservado al cuarto día postoperatorio.

Consideramos que la estimulación del asa eferente es imprescindible para evitar la atrofia del segmento intestinal excluido y, por tanto, el ileo postoperatorio y las complicaciones derivadas del mismo. En nuestro caso, a pesar de realizar la instilación de un laxante osmótico, se evidenció la presencia del contraste del enema opaco en una radiografía simple de abdomen a las 72 h. Coincidimos con Abrisqueta en la reeducación del paciente para el control de los esfínteres; en nuestro caso, también recomendamos a la paciente la realización de los ejercicios de Kegel<sup>2</sup>.

La demostración futura de la utilidad de este procedimiento mediante estudios prospectivos comparativos para analizar los beneficios de la estimulación intestinal previa al cierre de ileostomía llevaría a la necesidad de establecer protocolos para que cada paciente realizase diariamente y en su domicilio para la estimulación del segmento excluido.

## B I B L I O G R A F Í A

1. Abrisqueta J, Abellán I, Frutos MD, Luján J, Parrilla P. Estimulación del asa eferente previa al cierre de ileostomía. Cir Esp. 2013;91:50-2.

2. Ehrenpreis ED, Chang D, Eichenwald E. Pharmacotherapy for fecal incontinence: A review. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:641-9.

Pablo Menéndez\*, Alberto García, Emilio Lozano  
y Rafael Peláez

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital  
Gutiérrez Ortega, Valdepeñas, Ciudad Real, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablo.menendez.sanchez@gmail.com](mailto:pablo.menendez.sanchez@gmail.com),  
[pablomensan@hotmail.com](mailto:pablomensan@hotmail.com) (P. Menéndez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.021>

## Respuesta a: ¿Cómo podemos aumentar el número de publicaciones científicas en cirugía general y digestiva?

### Reply to: How can we increase the number of scientific publications in general and gastrointestinal surgery?

Agradezco su invitación de respuesta a esta carta, que hace mención al problema de la escasez de publicaciones de los trabajos científicos que realizan nuestros residentes.

En los resultados de nuestro trabajo<sup>1</sup> sobre la actividad de los residentes en un estudio multicéntrico, hay que destacar el sesgo existente, ya que los hospitales participantes son centros con especial dedicación a la docencia. Por lo que es muy probable que el número real de publicaciones durante la residencia sea inferior.

Comparto la idea de que el incentivo de mejorar los resultados debería ir encaminado hacia 2 vertientes:

- Por una parte, hacia el entorno del centro donde se forma el residente. Deben organizarse sesiones bibliográficas estructuradas de forma continua, acostumbrando a los residentes a realizar críticas de artículos relevantes. En su centro debe existir un hábito de publicación de los trabajos realizados en el servicio. Es fundamental la figura del tutor de residentes, quien debe diseñar, en función de las características de cada centro, el programa de formación de sus residentes, basado en el programa nacional de nuestra especialidad<sup>2</sup>. Es importante que en el centro se premie el esfuerzo que representa la publicación de un artículo en una revista indexada.
- Por otra parte, desde la Asociación Española de Cirujanos, es importante continuar con la organización de cursos precongresos y talleres orientados a la formación en el diseño, escritura y crítica de artículos.

Pero como se comenta previamente, más importante que la cantidad de artículos realizados es la calidad de los mismos. Por ello, debe darse gran relevancia a la formación en el diseño de los estudios: iniciar con la descripción de casos clínicos relevantes, continuar con estudios observacionales, posteriormente analíticos y, finalmente, introducir a los residentes en el diseño de un estudio prospectivo, controlado y aleatorizado. Dicha formación debe incluir a) el conocer cómo

se debe presentar en el Comité de Ética e Investigación y, en función del estudio, si debe ser presentado y aprobado por la Agencia Nacional del Medicamento; b) cómo conseguir su financiación (distintos tipos de becas, cómo se solicitan); c) si requiere contratar un seguro para el estudio; d) finalmente, conocer cómo se inscriben este tipo de estudio en los registros internacionales de ensayos clínicos, como el ClinicalTrial.gov.

Debemos dar a los futuros cirujanos una sólida formación quirúrgica, equilibrada con una formación docente e investigadora que se traduzca en la creación de publicaciones de alta evidencia científica.

### B I B L I O G R A FÍA

1. Serra Aracil X, Navarro Soto S, Hermoso Bosch J, Miguelena JM, Ramos JL, Martín Pérez E, et al. Estudio prospectivo multicéntrico sobre la actividad de los residentes de Cirugía General y del Aparato Digestivo en España a través del libro informático del residente. *Cir Esp.* 2012;90:518-24.
2. Programa Formativo de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. (BOE número 110, de 8-5-2007. pp.19864-19873 [consultado 2 Sep 2011]. Disponible en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-2007-9409.9409](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2007-9409.9409)

Xavier Serra-Aracil

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, Sabadell, Barcelona, España

Correo electrónico: [jserraa@Tauli.Cat](mailto:jserraa@Tauli.Cat)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.01.013>