



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-380 - FUGA ANASTOMÓTICA COLORRECTAL MANEJADA DE FORMA HÍBRIDA: ESTOMA DERIVATIVO + ENDO-SPONGE

*Ferre Ruiz, Estefanía; Gutiérrez Delgado, M.ª del Pilar; González Poveda, Iván; Ruiz López, Manuel; Carrasco Campos, Joaquín; Mera Velasco, Santiago*

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

### Resumen

**Introducción:** A pesar de los avances quirúrgicos y en sistemas de grapado, la incidencia de fugas anastomóticas (FA) no ha disminuido en las últimas décadas, representando una de las complicaciones más temidas de la cirugía colorrectal. Además, el tratamiento neoadyuvante aumenta el riesgo de fuga, con necesidad de estoma permanente en un 62% de los casos. El manejo de las FA depende de varios factores: edad, comorbilidades, manifestaciones clínicas y estabilidad hemodinámica. Tradicionalmente se optaba por realizar un estoma derivativo  $\pm$  drenaje del absceso. En los últimos años, el uso de terapias endoscópicas endoluminales (Endo-SPONGE), ha supuesto una atractiva opción mínimamente invasiva. Consiste en una esponja con poros intercomunicados de poliuretano, conectado a un sistema de presión negativa. Permite drenar la cavidad, reducir su tamaño, limitar la sepsis pélvica y promover la granulación. La mayoría de estudios abogan que es más rentable en fugas tempranas ( $< 60$  días), siendo el porcentaje de éxito del 89%, frente a un 50% en las crónicas. Se ha visto que el uso de QT-RT perioperatoria también influye en su efectividad, asociándose con cavidades más grandes, mayor duración del tratamiento y mayor número de recambios de endoesponja. Sin embargo, los pocos ensayos clínicos aleatorizados publicados y heterogénea y limitada información publicada, hacen que sea difícil validar su efectividad y establecer unas indicaciones firmes. Presentamos el caso de un paciente con una F.A. colorrectal que se manejó satisfactoriamente con estoma derivativo y Endo-SPONGE.

**Caso clínico:** Varón de 57 años, hipertenso, fumador. Neoplasia de recto medio tratada con QT-RT neoadyuvante esquema rápido + resección anterior baja laparoscópica asistida por DaVinci (anastomosis intracorpórea colorrectal T-T con PROXIMATE ILS-29). En +6 dpo empeoramiento clínico-analítico y viraje del drenaje. TC con F.A. + peritonitis. Se realiza ileostomía en asa por vía laparoscópica. Al 11.º día tras la reintervención (DRPI), continúa con unos 100 cc/24 h fecal por drenaje, a pesar de normofuncionamiento de ileostomía. Nuevo TC con empeoramiento de colección pélvica. Se realiza drenaje percutáneo (fecal). Al 34.º DPRI, tras varios cambios de antibioterapia y drenajes percutáneos, se realiza TC de control, con solución de continuidad en la anastomosis + persistencia de colección. Tacto rectal con dehiscencia de cara posterior anastomótica, que da entrada a cavidad, la cual se canaliza con Foley vía anal, saliendo contenido purulento. TC de control posterior con disminución discreta de la colección. Tras la realización De rectoscopia por parte de Digestivo se objetiva dehiscencia a 7 cm de margen anal, con cavidad de  $8 \times 3$  cm. Por ello se indica Endo-SPONGE. Tras 6 recambios semanales la cavidad se reduce a unos 4 cm, totalmente tapizada

por tejido de granulación. Alta tras 2 meses de hospitalización. TC de control a los 11 meses sin evidencia de colección. Se reconstruye el tránsito al año del alta, sin incidencias.



**Discusión:** La terapia con Endo-SPONGE ha demostrado ser segura y eficaz, y debe considerarse como tratamiento de FA colorrectales en casos seleccionados. Sin embargo, la poca literatura publicada hace imposible establecer unas conclusiones definitivas, siendo necesario realizar ensayos clínicos aleatorizados o estudios de cohortes.