



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 34 - TRATAMIENTO DE DEHISCENCIAS DE CIRUGÍA COLORRECTAL CON SISTEMAS ENDOSCÓPICOS DE VACÍO (ENDO-SPONGE)

P. López Muñoz<sup>1</sup>, E. Valero Pérez<sup>1</sup>, A. Garrido Marín<sup>1</sup>, M. García Campos<sup>1</sup>, N. García Morales<sup>2</sup>, N. Alonso Lázaro<sup>1</sup>, A. Nevárez Heredia<sup>1</sup>, V. Pons Beltrán<sup>1</sup> y M. Bustamante Balén<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Fe. Valencia. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

### Resumen

**Introducción:** La dehiscencia de anastomosis es una complicación frecuente de la cirugía colorrectal. Como alternativa a la reparación quirúrgica se ha desarrollado la terapia con sistemas endoscópicos de vacío o endo-sponge: estos dispositivos aseguran el drenaje y succión continua, y permiten la formación de tejido de granulación que cierra paulatinamente la cavidad. El objetivo principal es determinar la eficacia de la terapia endo-sponge en términos de éxito en cierre de dehiscencia, minimización de reintervención quirúrgica, morbilidad y supervivencia.

**Métodos:** Estudio prospectivo en un único centro que incluye los casos consecutivos de pacientes que se derivan para terapia endo-sponge por dehiscencia de sutura anastomótica colorrectal. Se excluyen aquellos pacientes con defectos anastomóticos de más del 75% de la circunferencia del colon y aquellos con síntomas de peritonismo. Se define éxito como disminución de la cavidad hasta impedir colocación de nuevas esponjas, y fracaso terapéutico como necesidad de intervención quirúrgica. Se recogen diferentes variables que evalúan las dimensiones de la cavidad, número de recambios, tiempo tras la cirugía hasta empezar la terapia, evolución, pronóstico y éxito.

**Resultados:** 7 pacientes fueron incluidos en el estudio, con una media de edad de 65,7 años (rango 52-75). De ellos, 6 eran hombres (87%). La indicación de colocación de endosponge fue la dehiscencia anastomótica tras: resección anterior de recto debido a neoplasia de recto-sigma (n = 4), sigmoidectomía por diverticulitis de repetición (n = 1), cirugía de citorreducción ovárica (n = 1) y cierre de colostomía (n = 1). El tamaño medio de la cavidad al diagnóstico fue de 5,4 cm. Se consiguió el cierre de dehiscencia anastomótica en 5 de los 7 casos (71%) con un tiempo medio de cierre de 20,6 días (rango 14-39) y en un número medio de recambios de 5,14 (rango 2-9). El primer fracaso ocurrió en la cirugía de citorreducción ovárica, donde apareció una fístula recto-vesical. En el segundo, tras un cierre de colostomía se produjo una sepsis abdominal. Ambos casos precisaron reintervención quirúrgica. Se produjo un exitus por progresión de la enfermedad neoplásica, y no se desarrollaron recaídas de la dehiscencia anastomótica. La principal complicación tardía tras la resolución fue la estenosis de la anastomosis, que ocurrió en 2 de los 5 casos exitosos. Ambas se pudieron tratar mediante dilatación endoscópica.

**Conclusiones:** La terapia endoscópica de vacío tipo endo-sponge parece ser un tratamiento seguro y factible en casos de dehiscencia de sutura colorrectal como alternativa mínimamente invasiva a la reparación quirúrgica. Su principal complicación consiste en la estenosis tardía de la anastomosis.