



IMAGEN DEL MES

Terapia endoscópica endoluminal con sistema Endo-Sponge® en el manejo de dehiscencia de anastomosis tras cirugía colorrectal



Endoluminal endoscopic therapy with Endo-Sponge® system in the management of anastomotic dehiscence after colorectal surgery

Leire Parapar Álvarez*, Sonia Antón García y Carmen Argüelles Martínez de la Vega

Sección de Digestivo, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

La fuga anastomótica es una complicación grave de la cirugía colorrectal. Ocurre entre un 1-24%^{1,2} de los casos tras una resección anterior baja. Asocia unas tasas de morbimortalidad que oscilan entre un 6-22%^{1,3}. Los pacientes que reciben radioterapia o quimioterapia neoadyuvante presentan mayor riesgo de fuga, con necesidad de estoma permanente hasta en un 62% de los casos^{4,5}.

El tratamiento es difícil y puede requerir de técnicas invasivas con resultados poco alentadores. Una alternativa mínimamente invasiva a las estrategias quirúrgicas es la terapia de vacío endoluminal con Endo-Sponge®, para reducir el tamaño de la cavidad, limitar la sepsis pélvica y reducir el riesgo de estoma¹⁻⁵.

Se trata de un varón de 43 años diagnosticado de adenocarcinoma de recto medio. Recibió neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia y posterior intervención mediante resección anterior baja por vía laparoscópica-transanal combinada (TaTME) con anastomosis lateroterminal mecánica e ileostomía de protección. A las 48 h presentó fiebre y elevación de parámetros infecciosos en la analítica (PCR,

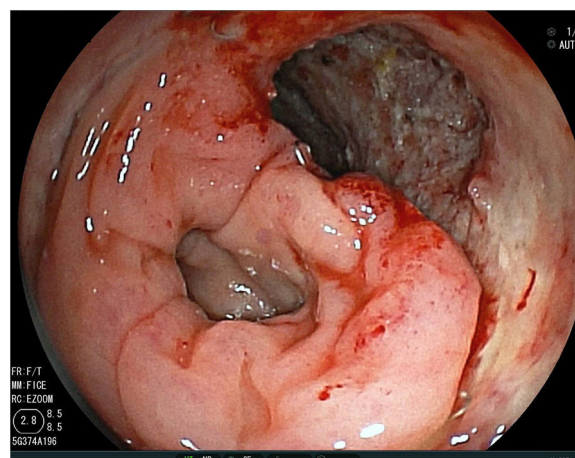


Figura 1 Rectoscopia. Imagen de anastomosis y colección en asa ciega.

procalcitonina y leucocitosis con desviación izquierda). Se realizó TC en el que se describió colección presaca de 7x4x7 cm. Se realizó rectoscopia (fig. 1), que mostró la integridad de la anastomosis y una solución de continuidad que comunicaba con una cloaca a nivel del asa ciega (fig. 2).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: leire.parapar@gmail.com
(L. Parapar Álvarez).

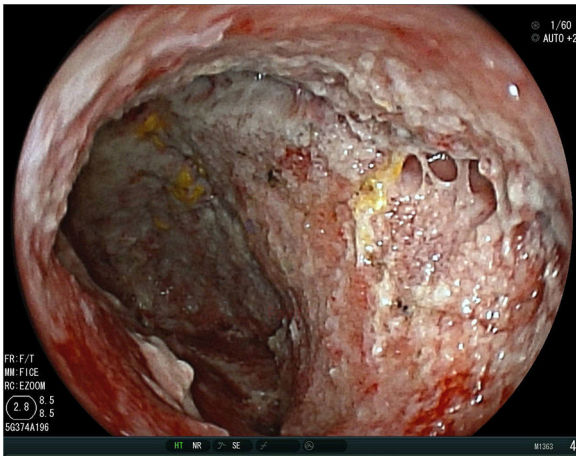


Figura 2 Interior de la cavidad en el asa ciega.

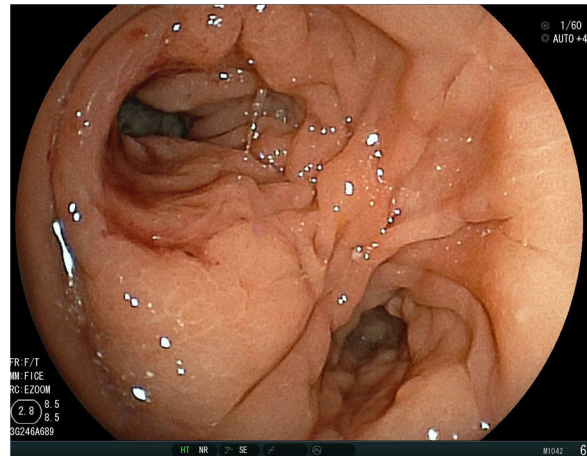


Figura 4 Anastomosis tras la terapia vacuum endoscópica.

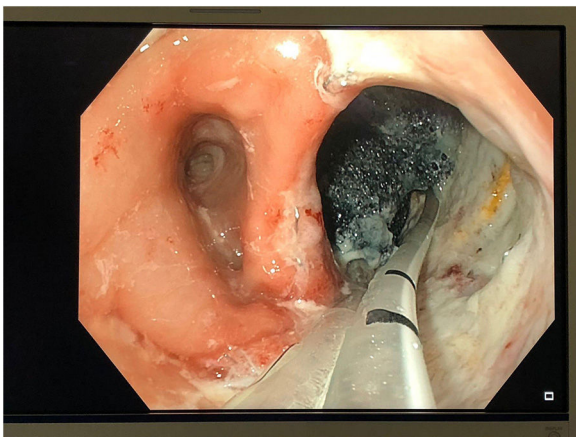


Figura 3 Colocación de sistema Endo-Sponge® con visión endoscópica.

Se colocó dispositivo Endo-Sponge® (fig. 3), recambiándolo cada 48-72 h. Tras 5 recambios, presentó abundante tejido de granulación y ausencia de débito purulento (fig. 4), permaneciendo apirético y con normalización analítica por lo que pudo ser alta tras un mes de hospitalización y estando actualmente a la espera de reconstrucción del tránsito.

La terapia de vacío endoluminal con Endo-Sponge® es una técnica segura y eficaz que debe considerarse como tratamiento de fístulas anastomóticas/colecciones presacras tras cirugía colorrectal.

Bibliografía

1. Lee WS, Yun SH, Roh YN, Yun HR, Lee WY, Cho YB, et al. Risk factors and clinical outcome for anastomotic leakage after total mesorectal excision for rectal cancer. *World Journal of Surgery*. 2008;32:1124-9.
2. Matthiessen P, Hallbook O, Andersson M, Rutegård J, Sjö Dahl R. Risk factors for anastomotic leakage after anterior resection of the rectum. *Colorectal Disease*. 2004;6:462-9.
3. Ptok H, Marusch F, Meyer F, Schubert D, Gastinger I, Lippert H, Study Group Colon/Rectum Carcinoma (Primary Tumour). Impact of anastomotic leakage on oncological outcome after rectal cancer resection. *British Journal of Surgery*. 2007;94:1548-54.
4. Den Dulk M, Smit M, Peeters KC, Kranenbarg EM, Rutten HJ, Wiggers T, et al., Dutch Colorectal Cancer Group. A multivariate analysis of limiting factors for stoma reversal in patients with rectal cancer entered into the total mesorectal excision (TME) trial: a retrospective study. *Lancet Oncology*. 2007;8:297-303.
5. Mussetto A, Arena R, Buzzi A, Fuccio L, Dari S, Brancaccio ML, et al. Long-term efficacy of vacuum-assisted therapy (Endo-Sponge) in large anastomotic leakages following anterior rectal resection. *Annals of Gastroenterology*. 2017;30:649-53.