



## Original

# Impacto del estoma derivativo en un protocolo de rehabilitación multimodal en cirugía de recto



Verónica Gumbau<sup>a</sup>, Juan García-Armengol<sup>a,b</sup>, Antonio Salvador-Martínez<sup>a</sup>, Purificación Ivorra<sup>a</sup>, María José García-Coret<sup>a</sup>, Vicente García-Rodríguez<sup>a</sup> y José Vicente Roig<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Coloproctología, Consorcio Hospital General Universitario, Valencia, España

<sup>b</sup>Unidad de Coloproctología, Hospital Nisa 9 de Octubre, Centro Europeo de Cirugía Colorrectal, Valencia, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 9 de febrero de 2014

Aceptado el 30 de marzo de 2014

On-line el 27 de mayo de 2014

## Palabras clave:

Ileostomía derivativa

Cáncer de recto

Resección anterior de recto

Excisión total del mesorrecto

Rehabilitación multimodal

perioperatoria

## RESUMEN

**Objetivo:** La asociación de ileostomía disminuye la gravedad de las complicaciones tras anastomosis rectal baja pero puede alargar la estancia postoperatoria. El objetivo del presente estudio es averiguar si un estoma derivativo modifica la estancia postoperatoria o las complicaciones, en pacientes intervenidos bajo un régimen de rehabilitación multimodal perioperatoria (RHMM).

**Métodos:** Analizamos a 104 pacientes intervenidos de resección con anastomosis por adenocarcinoma rectal con cuidados de RHMM: 66 varones y 38 mujeres, mediana de edad de 64 años (RIQ: 55-75). En el grupo A, se incluyó a los que se asoció ileostomía derivativa y en el B a aquellos sin ileostomía.

**Resultados:** Grupo A = 58, grupo B = 46 pacientes sin diferencias en edad, ASA, IMC, factores de riesgo, ni en el tipo de abordaje, laparoscópico en un 34%, si bien hubo más neoadyuvancia en el grupo A: 77,5 frente a 36,9%. En este grupo, la intervención habitual fue la exéresis total del mesorrecto (96%) y en el B la subtotal (90%). No hubo diferencias en las complicaciones postoperatorias (34,4 frente a 28,2%;  $p = 0,322$ ) ni en la de dehiscencias anastomóticas (8,3 frente a 10,8%;  $p = 0,475$ ), o íleo prolongado (20,7 frente a 10,9%;  $p = 0,140$ ). Tampoco las hubo en la estancia postoperatoria (7,9 frente a 6,9 días;  $p = 0,058$ ), reingresos (7 frente a 13,6%;  $p = 0,22$ ), o en la estancia total incluyendo reingresos (8,4 frente a 9,1 días;  $p = 0,49$ ).

**Conclusiones:** La asociación de una ileostomía no alarga la EP ni incrementa las complicaciones en pacientes intervenidos de resección rectal en régimen de RHMM.

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roigvila@telefonica.net (J.V. Roig).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.016>

0009-739X/© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Impact of a diverting stoma in an enhanced recovery programme for rectal cancer

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Loop ileostomy  
Rectal cancer  
Anterior rectal resection  
Total mesorectal excision  
Multimodal rehabilitation program

**Purpose:** The association of a loop ileostomy decreases the severity of complications after rectal surgery but can increase the postoperative stay. The aim of this study is to investigate if a diverting ileostomy influences the postoperative outcomes in a series of patients included in a multimodal rehabilitation program (MMRP).

**Methods:** We analyzed a series of 104 patients that underwent elective surgery with primary anastomosis for rectal adenocarcinoma using a MMRP: 66 men and 38 women, with a median age of 64 (IQR: 55-75) years. Group A included patients with an associated loop ileostomy, and Group B, those without a protective stoma.

**Results:** Group A = 58, group B = 46 patients without differences in age, ASA, BMI and other risk factors, nor in the surgical approach (laparoscopic in 34%), although there were more neoadjuvant treatments in group A: 77.5 vs. 36.9%;  $P=.001$ . In group A, the most common operation was total mesorectal excision (96%) and in the B, a subtotal mesorectal excision (90%). There were no differences in postoperative complications (Group A 34.4 vs. group B 28.2%;  $P=.322$ ), anastomotic leaks (8.3 vs. 10.8%;  $P=.475$ ), or postoperative ileus (20.7 vs. 10.9%;  $P=.140$ ), neither in postoperative stay (7.9 vs. 6.9 days;  $P=.058$ , readmissions (7 vs. 13.6%;  $P=.22$ ), or postoperative stay, including readmissions (8.4 vs. 9.1 days;  $P=.49$ ).

**Conclusions:** The association of a loop ileostomy does not extend the length of stay nor increases the rate of complications in patients that underwent a rectal resection with anastomosis included in a MMRP.

© 2014 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La resección con anastomosis es la técnica más empleada actualmente en el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, consiguiendo preservarse la función esfinteriana anal en más del 70% de casos<sup>1</sup>. Sin embargo, cuanto más baja es una anastomosis, mayor es la tasa de dehiscencias anastomóticas, y la realización de un estoma derivativo (generalmente una ileostomía) reduce su morbilidad<sup>2-4</sup>, aunque se ha referido que incrementa la estancia postoperatoria<sup>5</sup>. Dado que la cirugía colorrectal ha estado entre las primeras en la implementación de los cuidados perioperatorios incentivados de forma estandarizada, con la consiguiente reducción en complicaciones y estancias<sup>6-9</sup>, cabe preguntarse si la realización de un estoma derivativo interfiere con la evolución y estancia postoperatoria en pacientes intervenidos mediante cirugía de cáncer de recto cuando se siguen estos cuidados, siendo el objetivo de nuestro estudio.

## Métodos

Analizamos retrospectivamente una base de datos prospectiva de pacientes operados electivamente efectuando una anastomosis primaria colorrectal o coloanal por adenocarcinoma de recto desde enero de 2007 hasta noviembre de 2011. Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en 2 centros de referencia (uno de ellos universitario), por el mismo equipo quirúrgico. Los pacientes fueron divididos en un grupo A formado por aquellos pacientes a los que se asoció un estoma y en un grupo B, por aquellos sin estoma.

Realizamos el cálculo del tamaño muestral asumiendo que los pacientes con estoma asociado tendrían una estancia 2 días superior por término medio a aquellos sin estoma. Así, considerando un 5% de significación estadística con una potencia del 80% se requerían unos 50 pacientes por brazo.

Todos los pacientes siguieron un protocolo de rehabilitación multimodal perioperatoria (RHMM) y una vía clínica previamente aprobados por el Comité Ético de Investigación clínica local (tabla 1), y la información específica acerca de la posibilidad de realización de un estoma y su marcado fue dada respectivamente por un cirujano colorrectal y por un estomaterapeuta. Las intervenciones fueron realizadas o supervisadas directamente por cirujanos con dedicación específica a la coloproctología (European Board). Se excluyó del estudio a los pacientes a los que se les realizó una amputación abdominoperineal, una intervención de Hartmann o microcirugía endoscópica transanal. El estoma se realizó cuando se hizo una escisión total del mesorrecto (ETM) y, a criterio del cirujano, cuando se estimó un riesgo aumentado de dehiscencia de sutura.

Se obtuvieron de forma prospectiva datos generales demográficos, comorbilidades, variables relacionadas con el tumor, parámetros operatorios, morbilidad y duración de la estancia. Dichos datos se recogieron y analizaron usando el programa estadístico SPSS (versión 20) para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, EE. UU.). El análisis estadístico se efectuó mediante el test de la *t* de Student para datos independientes o el de la *U* de Mann-Whitney para variables numéricas, según fuese apropiado, y el test de chi-cuadrado o el exacto de Fisher para variables cualitativas. Se consideró un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252308>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252308>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)