



Original

Morbilidad y mortalidad de la ileostomía derivativa temporal en la cirugía por cáncer de recto



Lucinda Pérez Domínguez*, María Teresa García Martínez, Nieves Cáceres Alvarado, Ángeles Toscano Novella, Antonio Pedro Higuero Grossoy José Enrique Casal Núñez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de agosto de 2013

Aceptado el 8 de diciembre de 2013

On-line el 23 de junio de 2014

Palabras clave:

Ileostomía

Ileostomía derivativa temporal

Cierre de ileostomía

Morbilidad

Cáncer rectal

RESUMEN

Introducción: La ileostomía derivativa temporal es utilizada frecuentemente para disminuir las consecuencias de una dehiscencia anastomótica distal tras la escisión total del mesorrecto en la cirugía del cáncer rectal. Esta técnica quirúrgica está asociada a una alta morbilidad y a una mortalidad no despreciable. El objetivo de este estudio es evaluar la morbilidad y la mortalidad asociadas a la ileostomía y su posterior cierre.

Material y métodos: Entre 2001 y 2012 fueron analizados retrospectivamente 96 pacientes con ileostomía derivativa temporal. Se analizó la morbimortalidad tras la creación de la ileostomía y posteriormente al cierre de la misma, incluyendo como variables la edad, sexo, comorbilidades, tiempo transcurrido hasta la reconstrucción del tránsito y tratamiento adyuvante.

Resultados: El estoma fue permanente en 5 pacientes y 5 fueron exitus. La morbimortalidad relacionada con el estoma mientras este estuvo presente fue del 21 y 1% respectivamente. Se realizó el cierre del estoma en 86 pacientes y el 57% había recibido previamente adyuvancia. No hubo mortalidad postoperatoria tras el cierre y la morbilidad fue del 24%. El tiempo medio entre la cirugía inicial y la reconstrucción intestinal fue de 152,2 días. Este intervalo fue significativamente superior en los pacientes que recibieron adyuvancia. No se encontró significación estadísticamente significativa entre las variables analizadas y las complicaciones.

Conclusiones: La ileostomía está asociada a una baja mortalidad y a una morbilidad alta antes y después de su cierre. La quimioterapia adyuvante retrasa significativamente la reconstrucción intestinal, aunque en este estudio no ha influido en el índice de complicaciones.

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lucindaperezdominguez@hotmail.com (L. Pérez Domínguez).

0009-739X/\$ - see front matter © 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.12.011>

Morbidity and mortality of temporary diverting ileostomies in rectal cancer surgery

A B S T R A C T

Keywords:
Ileostomy
Temporary diverting ileostomy
Ileostomy closure
Morbidity
Rectal cancer

Introduction: A temporary diverting ileostomy is frequently used to reduce the consequences of a distal anastomotic leakage after total mesorectal excision in rectal cancer surgery. This surgical technique is associated with high morbidity and a not negligible mortality. The aim of this study is to evaluate the morbidity and mortality rate associated with an ileostomy and its posterior closure.

Material and methods: Between 2001 and 2012, 96 patients with temporary diverting ileostomy were retrospectively analyzed. Morbidity and mortality were analyzed before and after the stoma closure. The studied variables included age, sex, comorbidities, time to bowel continuity restoration and adjuvant chemotherapy.

Results: In 5 patients the stoma was permanent and another 5 died. The morbidity and mortality rates associated with the stoma while it was present were 21 and 1% respectively. We performed a stoma closure in 86 patients, 57% of whom had previously received adjuvant therapy. There was no postoperative mortality after closure and the morbidity rate was 24%. The average time between initial surgery and restoration of intestinal continuity was 152.2 days. This interval was significantly higher in patients who had received adjuvant therapy. No statistically significant difference was found between the variables analyzed and complications.

Conclusions: Diverting ileostomy is associated with low mortality and high morbidity rates before and after closure. Adjuvant chemotherapy significantly delays bowel continuity restoration, although in this study did not influence in the rate of complications.

© 2013 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La dehiscencia anastomótica es una complicación grave en la cirugía del cáncer rectal. Sus consecuencias pueden reducirse con la construcción de una colostomía o una ileostomía derivativa temporal (IDT)^{1,2}, siendo preferible esta última por su asociación a un menor riesgo de complicaciones³⁻⁶.

La creación de una IDT es considerada un procedimiento simple, sin embargo se asocia a un 21-70% de complicaciones⁷. Del mismo modo, tras su cierre, las complicaciones tienen un impacto significativo en el paciente, con una morbilidad de hasta el 45,9%⁸, una mortalidad comunicada en algunas series del 6%⁹ y un índice de reintervenciones que alcanza el 7%¹⁰.

Aunque se aconseja la reconstrucción del tránsito intestinal entre las 8-12 semanas¹¹ y algunos autores recomiendan un cierre precoz^{12,13}, este intervalo de tiempo puede estar condicionado por varios factores, entre ellos la necesidad de tratamiento adyuvante.

El propósito de este estudio retrospectivo es evaluar la morbimortalidad asociada con la creación y cierre de IDT realizadas de manera electiva en pacientes con anatomosis colorrectal y exéresis total del mesorrecto (ETM) por cáncer rectal.

Material y métodos

Desde abril de 2001 hasta diciembre de 2012 fueron incluidos de forma prospectiva en la base de datos de la Unidad de Coloproctología del Complejo Hospitalario Universitario

de Vigo 134 pacientes a los que se les realizó una ileostomía en asa. Se excluyeron del estudio aquellos casos en los que el estoma se construyó en pacientes con un diagnóstico distinto a cáncer de recto o como tratamiento de una dehiscencia anastomótica. Finalmente, se analizaron los datos relativos a 96 pacientes consecutivos a los que se les realizó ETM con IDT por cáncer de recto.

La localización de la ileostomía fue elegida por el cirujano. Aunque en nuestra unidad no existe un protocolo respecto al estudio preoperatorio que se realiza previamente al cierre de la ileostomía, en más de la mitad de los casos se realizó un enema con gastrografía para descartar complicaciones en la anatomosis. El cierre del estoma se practicó a través de una incisión perileostomía y la anatomosis ileoileal se realizó término-terminal manual y latero-lateral manual o mecánica, a juicio del cirujano. Las incisiones se cerraron primariamente y los pacientes recibieron profilaxis antibiótica. Nunca se dejó drenaje intraabdominal. El momento del cierre de la ileostomía respecto al tratamiento adyuvante se decidió por el cirujano de acuerdo con el oncólogo.

Las complicaciones postoperatorias se dividieron en 2 grupos: complicaciones mayores y menores según precisaran reintervención o no.

Se incluyeron las variables siguientes: sexo, edad, tiempo transcurrido desde la primera cirugía, existencia o no de comorbilidades (diabetes, hipertensión arterial, broncopatía crónica, cardiopatía) y tratamiento adyuvante. Se analizó la morbimortalidad asociada al estoma con relación a 2 etapas: tras su construcción (etapa I) y tras su cierre (etapa II).

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa SPSS® para Windows (SPSS versión 21; SPSS, Chicago, Illinois,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252400>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252400>

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