

Complicación temprana de ileostomía derivativa. Abordaje laparoscópico.

Early complication of diverting ileostomy. Laparoscopic approach.

Lobato Bancalero L, Gómez Pérez R

Hospital Clínico Virgen de la Victoria. Málaga

RESUMEN

Presentamos la imagen correspondiente a una complicación temprana de una ileostomía en asa. Se trata de una paciente de 25 años a la que se ha realizado una colectomía total con reconstrucción mediante anastomosis ileoanal en J por vía laparoscópica e ileostomía de protección, en el contexto de una neoplasia rectal a 5 centímetros del margen anal con neoadyuvancia previa y una poliposis juvenil con múltiples pólipos irreseccables en el colon ascendente y transversal. Se confecciona ileostomía de protección en punto previamente marcado en consulta de estomoterapia. La paciente presenta cuadro oclusivo con ileostomía no funcionando en el postoperatorio inmediato y distensión abdominal así como elevación de PCR en

control analítico, por lo que se decide reintervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico apreciándose torsión ("twister") del asa de la ileostomía, se desinserta la ileostomía y se vuelve a fijar a la piel correctamente orientada. Las ileostomías no están exentas de complicaciones con una morbilidad que puede alcanzar el 70% en algunas series¹ siendo la obstrucción intestinal de un 7%² y se debe ser muy cuidadosos en su confección ya que al ser el último paso de la cirugía puede dar lugar fallos por pérdida de concentración. Del mismo modo el abordaje laparoscópico se muestra como eficaz y seguro en este tipo de reintervenciones.

Palabras clave: ileostomía, Laparoscopia, Complicación.

CORRESPONDENCIA

Luis Lobato Bancalero
Hospital Clínico Virgen de la Victoria
29010 Málaga
lobatobanc@hotmail.com

XREF

Fecha de recepción: 07-11-20
Fecha de aceptación: 15-03-21

ABSTRACT

We present the image corresponding to an early complication of a loop ileostomy. This is a 25-year-old patient who underwent a total colectomy with reconstruction by laparoscopic ileoanal J-anastomosis and protective ileostomy, in the context of a rectal neoplasm 5 centimeters from the anal margin with prior neoadjuvant

CITA ESTE TRABAJO

Lobato Bancalero L, Gómez Pérez R. Complicación temprana de ileostomía derivativa. Abordaje laparoscópico. *Cir Andal*. 2021;32(2):189-91. DOI: 10.37351/2021322.17.

and a Juvenile polyposis with multiple unresectable polyps in the ascending and transverse colon. A protective ileostomy is made at a previously marked point by stomotherapy nurse. The patient presented occlusive symptoms with a non-functioning ileostomy in the immediate postoperative period and abdominal distension as well as elevated CRP in analytical control, for which a surgical reintervention was decided by means of a laparoscopic approach, appreciating twisting of the ileostomy loop, she disinserted the ileostomy and is reattached to the properly oriented skin. Ileostomies are not exempt from complications with a morbidity that can reach 70% in some series¹ with intestinal obstruction of 7%² and very careful preparation must be exercised since being the last step of surgery can lead to failures due to loss of concentration. In the same way, the laparoscopic approach is shown to be effective and safe in this type of reintervention.

Key words: ileostomy, Laparoscopy, Complication.

INTRODUCCIÓN

Presentamos la imagen correspondiente a una complicación temprana de una ileostomía en asa.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 25 años a la que se ha realizado una colectomía total con reconstrucción mediante anastomosis ileoanal en J por vía laparoscópica e ileostomía de protección, en el contexto de una neoplasia rectal (Adenocarcinoma infiltrante con expresión conservada de proteínas MLH1, PMS2, MSH2 y MSH6) a 5 centímetros del margen anal T3D N+ con neoadyuvancia previa (Capacitavina + Radioterapia). Se decide realizar una colectomía total porque la paciente es diagnosticada de una poliposis juvenil hamartomatosa (variante patogénica en el Gen PMP1A) con múltiples pólipos irsecables en el colon ascendente y transverso (pólipos hamartomatosos). Previo al tratamiento neoadyuvante la paciente es sometida a una transposición ovárica y salpinguectomía laparoscópica. A las 6 semanas de la neoadyuvancia la paciente es sometida a intervención quirúrgica realizándose una colectomía total y escisión total del mesorrecto con reconstrucción del tránsito intestinal mediante reservorio ileoanal en J. Se confecciona ileostomía de protección sobre varilla en punto previamente marcado en consulta de estomoterapia. La paciente presenta cuadro oclusivo con ileostomía no funcionante en el postoperatorio inmediato y distensión abdominal así como elevación de PCR en control analítico, por lo que se decide reintervención quirúrgica mediante abordaje laparoscópico apreciándose torsión ("twister") del asa de la ileostomía, provocando una obstrucción intestinal, se procede a desinsertar la ileostomía detorsionando la misma y se vuelve a fijar a la piel correctamente orientada, comprobándose por vía laparoscópica. La paciente evoluciona favorablemente tras esta intervención, tolerando la ingesta oral y siendo dada de alta a las 72 horas.

DISCUSIÓN

La necesidad de ileostomías de protección en las anastomosis rectales ha sido largamente debatido por la comunidad científica,

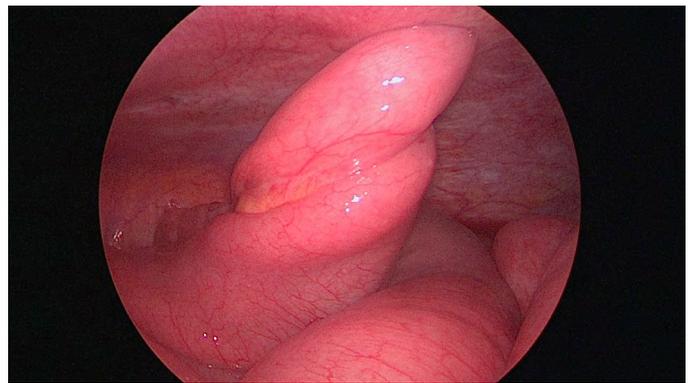


Figura 1

Imágen laparoscópica de ileostomía torsionada.

mostrándose en diferentes estudios como el único medio eficaz para disminuir la morbimortalidad en el caso de fuga anastomótica¹, ya que aunque no parece que disminuya el número de fugas, sí palián su repercusión clínica y facilita su manejo². En los últimos años han existido diferentes alternativas como la ileostomía en tubo o la ileostomía fantasma³ que no se han llegado a protocolizar de forma generalizada, siendo la ileostomía derivativa al uso el "gold standard" en la actualidad en las anastomosis rectales para la mayoría de los grupos de trabajo y por supuesto en el caso de la confección de reservorios ileoanales. Las ileostomías no están exentas de complicaciones con una morbimortalidad que puede alcanzar el 70% en algunas series⁴ siendo la obstrucción intestinal de un 7%⁵ y se debe ser muy cuidadosos en su confección ya que al ser el último paso de la cirugía puede dar lugar a fallos por pérdida de concentración o dificultades técnicas. Del mismo modo el abordaje laparoscópico se muestra como eficaz y seguro en este tipo de reintervenciones. Aconsejamos que se compruebe bajo visión laparoscópica la correcta orientación del asa de la ileostomía, asegurándose de que no queda torsionada o estenótica en su salida, antes de dar por concluida la intervención. La sistematización de este proceso debe minimizar las complicaciones de las ileostomías derivativas, que como muestra la literatura y nuestra experiencia personal no son desdeñables en cuanto a la morbimortalidad y la estancia hospitalaria. Nos parece que un abordaje laparoscópico precoz cuando se sospeche esta complicación puede ser más rentable que la realización de pruebas de imagen (TAC), que pudieran dar lugar a un retraso en el diagnóstico y el tratamiento. Nosotros abogamos porque los datos clínicos y analíticos (con elevación de la PCR) pueden ser elementos suficientes para la realización de una laparoscopia exploradora en estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peeters KC, Tollenaar RA, Marijnen CA, Klein Kranenbarg E, Steup WH, Wiggers T, et al. Dutch Colorectal Cancer Group. Risk factors for anastomotic failure after total mesorectal excision of rectal cancer. *Br J Surg* 2005;92(2):211-6.
2. Gastinger I, Marusch F, Steinert R, Wolff S, Koeckerling F, Lippert H; Working Group 'Colon/Rectum Carcinoma'. Protective defunctioning stoma in low anterior resection for rectal carcinoma. *Br J Surg* 2005;92(9):1137-42.

3. Sacchi M, Legge PD, Picozzi P. Virtual ileostomy following TME and primary sphincter-saving reconstruction for rectal cancer. *Hepatogastroenterology*. 2007;54(78):1676-8.
4. J. Shabbir, D.C. Britton. Stoma complications: A literature overview. *Colorectal Dis.*, 12 (2010), pp. 958-964.
5. B. Gonzalez Sierra, et al. Complicación mecánica de ileostomía de protección. *Cir Andal*. 2018. Vol 29. 4, pp 530-533.