



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):57-61  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944163](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944163)

## VALORACIÓN CRÍTICA DE LA EVIDENCIA.

### TÍTULO:

En pacientes con cáncer rectal, tras resección anterior baja, la creación de un estoma protector de derivación debe ser individualizada.

### Autores de la revisión:

Juan Ignacio Martín Sánchez. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

José Manuel Ramírez Rodríguez. Profesor Titular. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

### Cómo citar este artículo:

**Martín Sánchez JI, Ramírez Rodríguez JM.** En pacientes con cáncer rectal, tras resección anterior baja, la creación de un estoma protector de derivación debe ser individualizada. *Archivos de coloproctología*. 2019; 2(4):57-61.

## ARTÍCULO ORIGINAL

### Referencia bibliográfica del estudio original:

Garg PK, Goel A, Sharma S, Chishi N, Gaur MK. Protective Diversion Stoma in Low Anterior Resection for Rectal Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Visc Med*. 2019;35(3):156-60.

### Resumen estructurado

#### Objetivo:

Calcular la efectividad de la creación de un estoma protector de derivación para disminuir la tasa de fuga anastomótica y la tasa de reoperaciones en pacientes intervenidos por cáncer rectal mediante una resección anterior baja.

#### Diseño:

Revisión de la literatura científica en busca de ensayos clínicos controlados y aleatorizados con metaanálisis de los estudios seleccionados.

#### Emplazamiento:



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):57-61  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944163](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944163)

Ámbito hospitalario.

### **Población de estudio:**

768 pacientes con cáncer rectal. A 390 se les practica estoma de derivación y a 378 se les realiza anastomosis.

### **Intervención:**

Seleccionados 5 ensayos clínicos controlados y aleatorizados.

### **Medición del resultado:**

Tasa de fugas anastomóticas. 5 estudios. Definición del International Study Group of Rectal Cancer (ISREC) 2010. Se define como un defecto de la integridad de la pared intestinal en la localización de la anastomosis colorectal o coloanal (incluidas las líneas de sutura y grapas de los depósitos neorrectales), lo que conduce a la comunicación entre los compartimentos intra y extraluminales.

Tasa de reintervenciones quirúrgicas. 4 estudios.

### **Resultados principales:**

Tasa de fugas anastomóticas. RR: 0,33; IC95%: 0,21 a 0,51. P<0,001 [ $I^2=0\%$ ]

Tasa de reintervenciones quirúrgicas. RR: 0,26; IC95%: 0,15 a 0,45. P<0,001 [ $I^2=21\%$ ]

### **Conclusión:**

La ileostomía de derivación protectora en cirugía con resección anterior baja por cáncer rectal disminuye las tasas de fuga anastomótica en un tercio y las tasas de reintervenciones en un cuarto.

### **Conflicto de intereses:**

No tienen conflictos de interés que declarar.

### **Fuente de financiación:**

Afirman no haber recibido ingresos económicos para la realización del estudio.



## COMENTARIO CRÍTICO

### Justificación:

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más común y la cuarta causa de muerte por cáncer en el mundo<sup>1</sup>.

La resección anterior baja (LAR) con anastomosis colorrectal o coloanal para el cáncer rectal se asocia con un mayor riesgo de fuga anastomótica en comparación con la resección anterior alta y los procedimientos restauradores de colon<sup>2</sup>.

Los avances en terapéutica han llevado a un mayor número de resecciones que preservan el esfínter en los cánceres rectales bajos con una mejora asociada del control local de esfínteres y la preservación de las funciones pélvicas viscerales autónomas<sup>1</sup>.

La derivación fecal proximal a través de una ileostomía o colostomía temporal es una estrategia común utilizada para reducir el riesgo de fuga anastomótica después de LAR. Sin embargo, la evidencia sobre su beneficio no está clara<sup>2</sup>.

### Validez o rigor científico:

Utilizan una fuente de datos (MedLine) y búsqueda inversa. Deseable analizar otros desenlaces como mortalidad, sangrado postquirúrgico, obstrucción de intestino delgado, peritonitis o creación de un estoma permanente.

### Importancia clínica:

La reducción relativa del riesgo de desarrollar una fuga anastomótica fue un 67% (IC95%: 79% a 49%) tras la derivación mediante un estoma protector frente a la no realización del estoma. Esto supone una reducción absoluta del riesgo en torno al 12% (IC95%: 8% a 17%), lo que muestra un número necesario a tratar en torno a 8 pacientes (IC95%: 6 a 13 pacientes). Este dato es consistente con el estimador calculado por Phan et al. 2019, que presenta una reducción relativa del riesgo del 64% (IC95%: 76% a 46%).

Tanto en el trabajo analizado como en la revisión de Phan et al. 2019, la creación de una derivación mediante estoma protector en los pacientes, redujo la tasa de reintervenciones quirúrgicas relativas en un 74% (IC95%: 85% a 55%) y 60%



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):57-61  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944163](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944163)

(IC95%: 74% a 40%) respectivamente. El valor de los estimadores absolutos es similar respecto a los obtenidos para las fugas anastomóticas.

### **Aplicabilidad en la práctica clínica:**

La realización de un estoma temporal no es una decisión fácil para el clínico pues tiene importantes implicaciones, unas reales, como la necesidad de una segunda intervención y la perturbación de la calidad de vida percibida por el paciente, y otras potenciales, como el aumento de morbilidad debido a las complicaciones asociadas con el estoma (prolapso, retracción del mismo...), más aún en muchas ocasiones no es posible la reversión y algo que se diseñó como temporal pasa a ser definitivo.

Sin embargo, de manera general, en la resección de recto bajas la tendencia actual es a realizar un estoma de derivación para evitar una complicación entendida como mucho más seria que es la sepsis por dehiscencia de anastomosis.

Cualquier estudio que pretenda comparar dehiscencia debe ser consciente de la dificultad de diagnóstico de la misma, sobre todo si hablamos de las dehiscencias de tipo A ó B (ISREC) que en no pocos casos se comportan de manera subclínica, y ante la sospecha se resuelven de manera conservadora con dieta absoluta y antibioticoterapia. La forma de diagnosticar la dehiscencia de anastomosis debe quedar clara desde el principio, cosa difícil en estudios previos al 2010, incluso la clasificación de la ISREC es posterior. En este contexto, de los cinco ensayos clínicos seleccionados, 3 son de hace más de 10 años, con lo que sus resultados son poco útiles en la actualidad pues en este tiempo se han incorporado avances en cuidados perioperatorios e innovaciones técnicas, no existentes antes.

Otro debate es la denominación: estoma de derivación. Debe quedar claro si hablamos de ileostomía o de colostomía. Colocar las dos en el mismo saco significa no ser consciente de los diferentes manejos, aceptación por parte del paciente y complicaciones, que las separan y sobre esto hay varios metaanálisis. Cuando en la actualidad se habla de estoma de derivación se suele hablar de ileostomía en asa, pero somos conscientes que aún hay muchos, generalmente en centros no especializados, que mantienen las colostomías transversas sobre varilla como primera opción de estoma temporal de derivación.



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):57-61  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944163](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944163)

Pero aún hay otro problema clínico no resuelto en este trabajo. Parece que hay una mezcla de pacientes con resección anterior baja (anastomosis colo-rectal) y de resección anterior ultrabaja (con anastomosis colo-anal), de nuevo las complicaciones y las tasas de dehiscencia son muy diferentes.

Según nuestro criterio, este trabajo aporta poca luz al debate que ha abierto. Somos de la opinión de que la decisión de crear una ileostomía temporal debe ser considerada en cada caso, de acuerdo al riesgo individual, el tratamiento que el paciente ha llevado o está llevando y los problemas del intraoperatorio, sean técnicos o de cualquier otra causa. En definitiva, ante lo que todos los cirujanos conocemos como “anastomosis de riesgo” lo más prudente es hacer un estoma de derivación.

#### **Análisis de la declaración de intereses de los autores del estudio original:**

No hay indicios de la existencia de potenciales conflictos de interés.

#### **Conflicto de intereses de los autores del comentario:**

No hay conflictos de interés.

#### **Bibliografía:**

1. Garg PK, Goel A, Sharma S, Chishi N, Gaur MK. Protective Diversion Stoma in Low Anterior Resection for Rectal Cancer: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Visc Med.* 2019;35(3):156-60.
2. Phan K, Oh L, Ctercteko G, Pathma-Nathan N, El Khoury T, Azam H, et al. Does a stoma reduce the risk of anastomotic leak and need for re-operation following low anterior resection for rectal cancer: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gastrointest Oncol.* 2019;10(2):179-87.