

Manejo mínimamente invasivo de sinus anastomótico mediante terapia de vacío endoluminal (EndoSPONGE®)

Zahira Gómez Carmona.

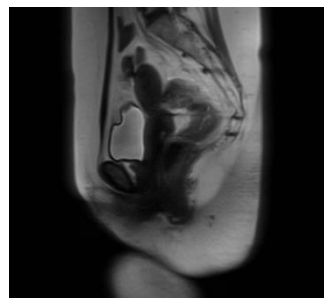
Cirugía General y Aparato Digestivo. Unidad de Coloproctología. Hospital Clínico Universitario Torrecárdenas (Almería)

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, que inicia estudio por cuadro de alteración del hábito deposicional y rectorragia, con diagnóstico de neoplasia de recto medio estadio IIA (T3aN0M0) (Fig. 1). Valorado el caso en Comité Multidisciplinar se remite para completar tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia según protocolo. Diez semanas tras finalizar el tratamiento, es sometida a una resección anterior baja laparoscópica mediante abordaje mesorrectal transanal (TaTME), realizándose anastomosis terminoterminal mecánica a 5 cm de margen anal, más ileostomía derivativa. El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias por lo que se da el alta hospitalaria el 5º día.



Colonoscopia: Lesión estenosante a 10 cm



RMN pélvica: Engrosamiento posteroLlq de recto medio. No adenopatías



TC tap: Engrosamiento circunferencial recto

Figura 1

El 14º día postoperatorio la paciente acude a urgencias refiriendo proctalgia y supuración rectal mucopurulenta ocasional. Analíticamente presentaba mínima leucocitosis y desviación izquierda. El tacto rectal evidencia área de dehiscencia parcial posterior sin acceso a cavidad ni con dedil ni con sonda Nelaton. La Tomografía Axial Computerizada (TAC) abdominopélvica confirma la presencia de una colección presacra

con nivel hidroaéreo a nivel de sutura quirúrgica de aprox. 4,5x 2,7x5,6cm, en relación dehiscencia de sutura. No líquido libre ni otras colecciones abdominales (Figura 2).

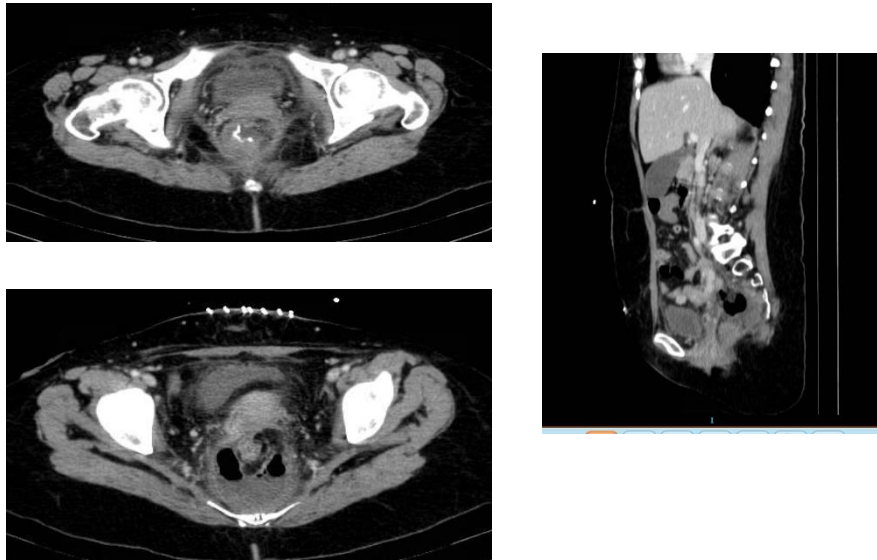


Figura 2

Dada la estabilidad de la paciente, sin repercusión sistémica y tratarse de una dehiscencia limitada a pelvis menor se opta por manejo conservador. Se inicia antibioterapia intravenosa de amplio espectro y se decide revisión en quirófano, bajo anestesia locorregional, con objeto con colocar dispositivo de vacío intraluminal (endoSponge®).

Al tratarse de una anastomosis baja (a 5 cm de margen anal), no se considera su colocación de forma endoscópica. Para facilitar el procedimiento, se utiliza el retractor Lone-Star® así como el dilatador del dispositivo GelPoint-Path® (introducido de forma parcial) (Figura 3). Se comprueba, con ayuda de la óptica de laparoscopia, la integridad del resto de anastomosis, con una solución de continuidad parcial en cara posterior, con acceso a una pequeña cavidad. Se procede a lavar dicha cavidad con suero salino. Se coloca la esponja de poliuretano que compone el sistema de vacío con objeto de realizar drenaje de la cavidad, ayudándonos con el sobretubo, hasta comprobar que nos encontramos en el punto más declive de la misma. Nos cercioramos de su correcta

coloración (Figura 4) y conectamos a botella de vacío regulable (Sistema Redyrob® Trans Plus), manteniendo presión constante a 150 mmHg (posición 1).

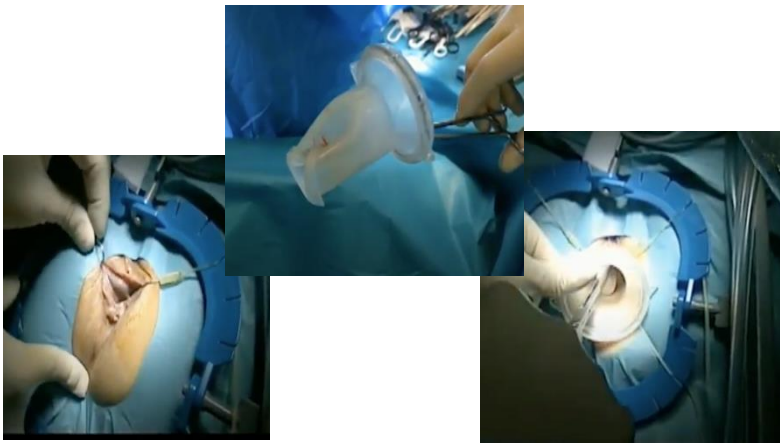


Figura 3



Figura 4

Se realizan recambios seriados cada 72 horas. Tras el tercer recambio se procede al alta de la paciente, continuando las sesiones de forma ambulatoria con sedación media. Presenta abundante tejido de granulación y ausencia de débito purulento por lo que se realiza finalización de las sesiones tras sexto recambio.

En TAC de control a los 15 días de finalizar tratamiento, no hay evidencia de colecciones definidas (Figura 5).

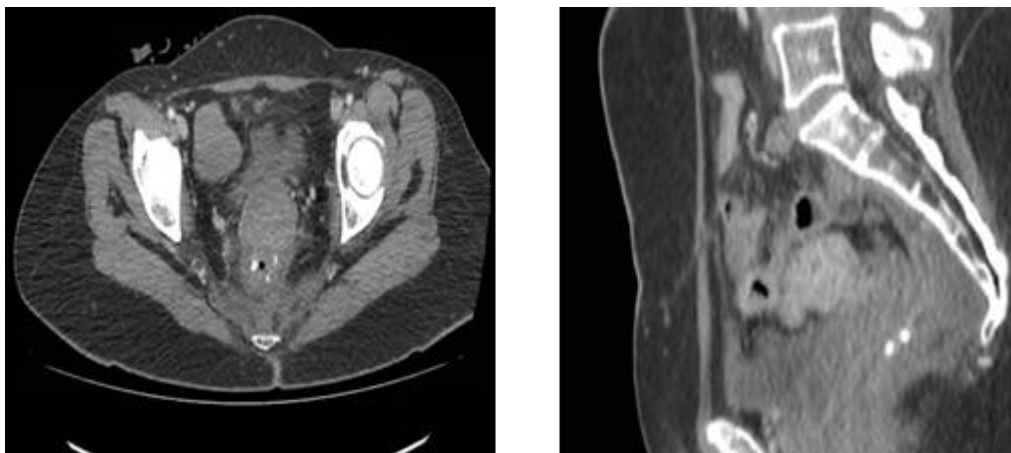


Figura 5

La paciente completa adyuvancia postoperatoria y se inicia estudio para reconstrucción de tránsito. El enema con gastrografín (Figura 6) muestra una anastomosis permeable, sin signos de fuga. La colonoscopia no presenta alteraciones significativas a nivel de anastomosis.



Figura 6

Se realiza reconstrucción del tránsito finalmente a los seis meses. Tras urgencia defecatoria inicial, la paciente se encuentra asintomática.

Ausencia de signos de enfermedad tras 18 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La fuga anastomótica es una complicación grave de la cirugía colorrectal, alcanzando cifras de hasta el 24 % en el caso de las resecciones de recto bajas/ultrabajas y conllevando a una tasa de morbilidad tanto a corto como largo plazo no desdeñable. En presencia de las mismas, el moco y fluido se acumula en la cavidad pélvica; si la dehiscencia es limitada con mínima extravasación de contenido, puede resolverse de forma espontánea. Sin embargo, y más frecuentemente, si la colección es de mayores dimensiones, su resolución espontánea es poco probable, pudiendo conllevar al desarrollo de un sinus presacro crónico¹.



Esta última condición puede conllevar a la afectación de la funcionalidad del “neorrecto” una vez restablecido el tránsito intestinal, condenar al paciente aun estoma definitivo y en casos excepcionales, a desarrollo tumoral en un sinus crónico.

Son varias y complejas las opciones para el tratamiento de las dehiscencias anastomóticas rectales. En algunos casos, la afectación sistémica del paciente y el tamaño de la dehiscencia condiciona la necesidad de una nueva intervención quirúrgica, con resección y creación de una nueva anastomosis (“redoanastomosis”) con unas tasas de éxito posterior poco esperanzadoras, no alcanzando cifras mayores del 54% en el caso de las dehiscencias extraperitoneales².

Sin embargo, en el lado opuesto el grupo de pacientes en el que no existe repercusión sistémica, con sepsis localizada en la pelvis menor. En estos casos es posible un tratamiento conservador, salvando la anastomosis, mejorando los resultados funcionales y calidad de vida posteriores. El objetivo principal para conseguir esto es drenar la cavidad presacra lo antes posible, evitando la fibrosis consecuente de una infección prolongada.

Entre las opciones, nos encontramos el drenaje percutáneo del absceso perianastomótico, creación de un estoma derivativo en caso de no tenerlo y en los últimos años, se ha postulado como otra opción a considerar la terapia de vacío endoluminal³.

Descrita inicialmente su factibilidad a partir de una serie de casos en 2008 por Weidenhagen et al ⁴, consiste en una esponja porosa de poliuretano que se aloja en la cavidad del absceso conectada a un dispositivo de succión continua que permite drenar de forma efectiva la colección pélvica, facilitando su desbridamiento y la proliferación del tejido de granulación.

Pese a su uso desde entonces, en casos aislados y series reducidas, su uso no ha sido validado de forma apropiada. Esto se confirma en una revisión sistémica reciente ⁵, donde la pobre calidad de los estudios disponibles en la literatura, heterogéneos y con metodología variada y de calidad dudosa, hace imposible tomar conclusiones firmes, con la consecuente necesidad clara de estudios randomizados o de cohortes bien diseñados.



Mientras tanto, como vemos en nuestro caso, parece útil este abordaje mínimamente invasivo en pacientes bien seleccionados con inicio del tratamiento de forma temprana, permitiendo el cierre del estoma derivativo y con escasa o nula repercusión funcional. Así mismo, la asistencia con óptica de laparoscopia en anastomosis bajas donde no resulta posible la endoscopia, facilita corroborar la correcta colocación, evitando también en consecuencia desgarros del defecto anastomótico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strangio G, Zullo A, Chiara E, Anderloin A, Crlino A et al. Endo-sponge therapy for management of anastomotic leakages after colorectal surgery: A case series and review of literature. *Digestive and Liver Disease* 47 (2015): 465-469.
2. Blumetti J, Chaudhry V, Cintron JR, Park JJ, Marecik S, Harrison JL et al. Management of anastomotic leak: lessons learned from a large colon and rectal surgery training program. *World J Surg* (2014) 38 (4): 985 - 991
3. Musseto A, Arena R, Buzzi A, Fuccio L, Dari S. Long-term efficacy of vacuum-assisted therapy (endo-Sponge) in large anastomotic leakages following anterior rectal resection. *Annals of Gastroenterology* (2017) 30, 1-5
4. Weidenhagen R, Gruetzner KU, Wiecken T, Spelsberg F, Jauch KW. Endoscopic vacuum assisted closure of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a new method. *Surg Endosc Other Interv Tech* 22 (8): 1818-1825
5. Mahendran B, Rossi B, Coleman M, Smolarek S. The use of Endo-SPONGE® in rectal anastomotic leaks: a systematic review. *Techniques in Coloproctology* (2020) 24: 684-694