

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

Revisión dehiscencia de sutura en cirugía colorrectal en nuestro Servicio

Autores:

Autor presentador:

Federico Grasa González

Resto de autores:

David Sánchez Relinque, Tatiana Gómez Sánchez, Lotfi Elmalaki Hossain, Manuel Rodriguez Ramos, Pablo Saenz de Tejada, Luis Tejedor Cabrera, Sonia Salas Diaz, Maria Ruiz de Gopegui, Susana Gómez Modet, Jorge Santos Martínez, Emilio Garcia-Sosa Romero.

Institución:

Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Punta de Europa. Algeciras. España.

Resumen de comunicación:

Introducción:

La dehiscencia de sutura es una de las complicaciones más temidas de la cirugía colorrectal por su elevada gravedad, con una incidencia que varía entre un 3 y un 15% según la literatura. Esta complicación es más frecuente tras la cirugía del cáncer de recto y se asocia a una considerable morbilidad y mortalidad.

Objetivo:

Analizar la tasa de dehiscencia de sutura en pacientes que fueron sometidos a cirugía colorrectal laparoscópica electiva con anastomosis, frente a vía laparotómica.

Material y método:

Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal programada en nuestro Servicio, entre enero de 2010 y enero de 2012, por vía laparoscópica y laparotómica. Se definió como dehiscencia de sutura la demostración clínica y/o radiológica de filtración anastomótica o colección adyacente al lugar de la anastomosis. Hemos descartado los pacientes intervenidos con técnicas como la amputación abdominoperineal o la panproctocolectomía, ya que no se realizaron anastomosis intestinales.

Resultados:

Fueron intervenidos un total de 149 pacientes, 102 vía laparotómica y 47 vía laparoscópica. 72 varones y 77 mujeres, en edades comprendidas entre los 30 y 86 años. Se han contabilizado 17 dehiscencia de sutura (11,4%), 9 en 2010 (12,16%) y 8 en 2011 (10,66%). En 2010 encontramos un 10,9% de dehiscencia por vía laparotómica frente a un 15,78% vía laparoscópica. En 2011 obtenemos un 10,63% vía laparotómica frente a un 10,71% vía laparoscópica. De forma global obtenemos un 10,78% vía laparotómica frente a un 12,76% vía laparoscópica. Tan sólo 3 en 2010

SECLA

ENDOSURGERY

(4,05%) y 2 en 2011 (2,66%) requirieron reintervención quirúrgica (3,35% del total), de las cuales 4 fueron vía laparotómica y 1 vía laparoscópica. Del total de dehiscencias el 70,5% corresponden a cirugía rectal, 17,7% a cirugía de colon derecho y 11,8% a cirugía de colon izquierdo. No se registró ningún caso de mortalidad. La edad no ha supuesto un factor determinante en nuestro estudio, con una edad media en 2010 de 68 años y de 66 años en 2011. La estancia media global fue de 15,13 días para la vía laparotómica frente a 9,57 días de la vía laparoscópica.

Conclusiones: La cirugía colorrectal por vía laparoscópica es una técnica válida, que aunque necesita de una curva de aprendizaje por parte del cirujano, muestra resultados similares o superiores a la vía laparotómica en cuanto a morbi-mortalidad. Existe una mayor incidencia de dehiscencias en la cirugía rectal. El impacto clínico de la dehiscencia queda claramente expresado en el mayor tiempo de hospitalización de estos pacientes, la elevada tasa de reintervenciones y la morbi-mortalidad asociada.