

# REINTERVENCIONES ELECTIVAS EN COLOPROCTOLOGIA

Juan Hernandis Villalba  
Hospital General de Elda



## ESTADO DE HARTMANN

Parámetro	Media	Roig JV, et al (2011)
Mortalidad Postop Precoz	16,7% - 20%	12,8%
Mortalidad Previa Reversión	21%	12,5%
Morbilidad Precoz	20%	
Morbilidad Tardía	0% - 37%	
Frecuencia Reconstrucción	40%	35,2%
Tiempo Espera Reconstrucción	> 1 año	11,4 meses
Mortalidad Reversión	5%	3,5%
Morbilidad Reversión	50%	45,2%

- Roig J. V. et al. Hartmann's operation: how often is it reversed and at what cost? A multicentre study *Colorectal Disease* 2011; 13, e396-e402

- Roque-Castellano C, et al. Analysis of the factors related to the decision of restoring intestinal continuity after Hartmann's procedure. *Int J Colorectal Dis.* 2007 Sep;22(9):1091-6. Epub 2007 Jan 26

- Oomen JTL et al. Mortality after acute surgery for complications of diverticular disease of the sigmoid colon is almost exclusively due to patient related factors. *Colorectal Dis.* 2006 Feb;8(2):112-9.

## ILEOSTOMIAS

<b>Morbilidad Estado</b>	<b>6% hernias 20% deshidrataciones</b>
<b>Morbilidad Cierre</b>	<b>17,3%</b>
<b>Mortalidad Cierre</b>	<b>0,4%</b>
<b>Reversión</b>	<b>90%</b>

*Luck J, Les Bokey E. Reoperative surgery for stomal complications and closure. En Longo W (ed). Reoperative colon and rectal surgery. London:Taylos&Francis,2003. p. 77.*

*Chow A, et al. The morbidity surrounding reversal of defunctioning ileostomies: a systematic review of 48 studies including 6,107 cases Int J Colorectal Dis (2009) 24:711-723*

## CALIDAD DE VIDA

- 3970 estomas en pacientes de 256 hospitales del Reino Unido.
- Estoma problemático: > 1 bolsa de recogida de heces en 24 horas para mantenerse limpio.
- 34% (1329 pacientes) fueron identificados como problemáticos.

*J. Cottam et al. Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery Colorectal Disease Volume 9, Issue 9, pages 834–838, November 2007*

- RAA sin estoma: Calidad de vida estable o mejorada
- RAB con estoma: Calidad de vida mala hasta el cierre.

*O'Leary DP, et al. Quality of life after low anterior resection with total mesorectal excision and temporary loop ileostomy for rectal carcinoma. Br J Surg 2001;88:1216-20.*

*Tsunoda A et al. Quality of life after low anterior resection and temporary loop ileostomy. Dis Colon Rectum (2008);51:218-222.*

## RESULTADOS FUNCIONALES DEL CIERRE DEL ESTOMA

- Tras el cierre del estoma los síntomas gastrointestinales, empeoran (55% peor vs 8% no síntomas).
- A partir del año, los síntomas gastrointestinales se han reducido a la mitad.
- Mejoría en el uso del tiempo de ocio y la imagen corporal, disminuyendo la reacción del medio ambiente hacia los problemas del paciente.
- Situación emocional, incluyendo miedo, depresión, ira, nerviosismo y esperanza se mantienen, excepto la ira que disminuya un 50% a partir del año del cierre.
- Disminución satisfacción respecto al tratamiento recibido.
- 34% consideran que la información recibida fue mala.

**ES IMPORTANTE ASESORAR CONVENIENTEMENTE A LOS PACIENTES**

## MOTIVO DE NO REVERSION

- Menos reversión en ASA elevado, edad avanzada, progresión de enfermedad neoplásica y renuncia por parte del paciente.
- El paciente traumatológico o con vólvulo se cierra casi en el 100% y el diverticular hasta el doble que el neoplásico.

## METODO DE CIERRE

**HARTMANN: Laparotómico vs Laparoscópico.**

**ILEOSTOMÍA**

## POLEMICAS ACTUALES

- ¿EXISTE LA POSIBILIDAD DE CERRAR ANTES EL ESTOMA PARA EVITAR LAS COMPLICACIONES DE SU ESTADO?
- ¿EXISTEN ALTERNATIVA AL CIERRE CLÁSICO MEDIANTE LAPAROTOMÍA?
- ¿EXISTEN ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO DE HARTMANN?

## MOMENTO DEL CIERRE

- Necesidad de recuperación del paciente
- Estadificación y completar tratamientos complementarios
- 14 días - 6 a 12 semanas: No man´s land. (Fazio)

**Mayor dificultad operatoria antes del la 15ª semana, aunque la misma morbimortalidad.**

-Keck JO et al. Reversal of Hartmann's procedure: effect of timing and technique on ease and safety. *Dis Colon Rectum*. 1994 Mar;37(3):243-8.

**El cierre primario se ha asociado con peores resultados, aconsejándose esperar al menos hasta la 15ª semana.**

-Maggard MA, et al. What proportion of patients with an ostomy (for diverticulitis) get reversed? *Am Surg* 2004; 70: 928–31.

-Tekkis PP, Fazio VW. Hartmann's reversal is associated with high postoperative adverse events. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 2117–26. 18

-Salem L, et al. Hartmann's colectomy and reversal in diverticulitis: a population-level assessment. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 988–95. 19

**El cierre precoz de ileostomías tras anastomosis bajas de recto es factible en pacientes seleccionados, con menor estancia hospitalaria, menos complicaciones médicas y obstrucciones intestino delgado, pero mas infecciones de herida.**

Alves A et al Randomized clinical trial of early versus delayed temporary stoma closure after proctectomy *British Journal of Surgery* 2008;95:693-698



## REVERSION LAPAROSCOPICA

Estudio	Pacientes	Mortalidad	Morbilidad	Tiempo opera	Estancia	Conversión
Delgado (1998)	11	0	0	144 min.	7	9% (1)
Scheidbach (2006)	71 (5000)	1.4%	16.9%	164 min.		12.7%
Van de Wall (2006)	396	1%	12.2%	153 min.	6.9	7%

## REVERSION ABIERTA vs LAPAROSCOPICA

	Pacientes	Mortalidad	Morbilidad	Tiempo operator	Estancia	Conversión
Abierta	5853	1%	20.3%	170 min. (57-500)	10.7 días (3-18)	
Laparoscópica	396	1%	12.2%	153 min. (30-356)	6.9 días (3-11)	12,6%
Van de Wall	35 estudios					

## ABORDAJE QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO

- **La Reversión Laparoscópica del procedimiento de Hartmann es viable y segura en manos expertas.**
- **Se asocia con baja morbilidad, recuperación temprana del tránsito intestinal y estancia hospitalaria corta.**
- **La conversión se asocia con peores resultados. Es imposible describir factores predictivos de conversión para evitar la alta incidencia de esta.**
- **La laparoscopia puede ser una alternativa pero faltan estudios randomizados.**

*-Delgado Gomis E, et al Laparoscopic reconstruction of intestinal continuity following Hartmann's procedure. Rev Esp Enferm Dig. 1998 Jul; 90(7):499-502. PMID: 9741206*

*-Scheidbach H, Lippert H. Laparoscopic approach for Hartmann reversal procedures. J Min Access Surg 2006;2:203-4.*

*-Huynh H et al. Laparoscopic colostomy reversal after a Hartmann procedure: a prospective series, literature review and an argument against laparotomy as the primary approach. Can J Surg (2011), Vol 54, N° 2:133-137.*

*-Bryan Joost Marinus van de Wall et al. Conventional and Laparoscopic Reversal of the Hartmann Procedure: a Review of Literature. J Gastrointest Surg (2010) 14:743–752*

## **¿EXISTEN ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO DE HARTMANN?**

**La intervención quirúrgica ideal para diverticulitis aguda complicada aún no ha sido definida.**

**El Hartmann se ha recomendado porque potencialmente podría evitar la sepsis intraabdominal debida a dehiscencia de anastomosis.**

**No está comprobado, y el paciente va a requerir una segunda intervención, con anastomosis secundaria.**



**DEBERÍAN IR DIRIGIDAS A EVITAR LA NECESIDAD DE REVERSIÓN ABIERTA Y CON MORBIMORTALIDAD MENOR QUE AQUELLA.**

## RESECCIÓN CON ANASTOMOSIS PRIMARIA

Estudio	Mortalidad	Morbilidad	
Constantinides et al (2006)	4.9% AP / 15% H AP = H (14%)	AP < H PA = H	
Biondo (2011)	AP = H	AP < H	

## A. P. + ILEOSTOMÍA DE PROTECCION

## A. P. + LAVADO INTRAOPERATORIO

- Constantinides VA, Tekkis P, et al. Primary resection with anastomosis vs. Hartmann's procedure in nonelective surgery for acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Dis Colon Rectum*. 2006 Jul;49(7):966-81.PMID: 16752192
- Trenti L, Biondo SL et al. Generalized peritonitis due to perforate diverticulitis: Hartmann's procedure or primary anastomosis?. *Int J Colorectal Dis*(2011) 26:377-384

- Anastomosis Primaria podría ser usada en pacientes con Peritonitis Diverticular.
- Anastomosis Primaria con Ileostomía de protección debería establecerse en pacientes con alto riesgo de dehiscencia de sutura.
- El Lavado Colónico intraoperatorio no es necesario en la cirugía urgente del colon izquierdo en pacientes seleccionados.
- Hartmann reservado para pacientes inestables o pacientes con muy alto riesgo.

# LAVADO LAPAROSCÓPICO SIN RESECCIÓN CON DRENAJE

- Morbilidad del 4%
- Mortalidad del 3%
- No precisaron reintervención
- Alta tras el 8º día
- Hinchey III
- No hay estudios randomizados.

- Alamili M, et al: Acute complicated diverticulitis managed by laparoscopic lavage. *Dis Colon Rectum* 2009, 52(7):1345-9.
- Bretagnol F, et al: Emergency laparoscopic management of perforated sigmoid diverticulitis: a promising alternative to more radical procedures. *J Am Coll Surg* 2008, 206(4):654-7.
- Franklin ME Jr, et al: Long-term experience with the laparoscopic approach to perforated diverticulitis plus generalized peritonitis. *World J Surg* 2008, 32(7):1507-11.
- Myers E, et al: Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis. *Br J Surg* 2008, 95(1):97-101.
- Taylor CJ, et al: Perforated diverticulitis managed by laparoscopic lavage. *ANZ J Surg* 2006, 76(11):962-5.

## ENSAYOS CLINICOS EN DESARROLLO

Thornell et al. Treatment of acute diverticulitis laparoscopic lavage vs. resection (DILALA): study protocol for a randomised controlled trial *Trials* 2011, 12:186 <http://www.trialsjournal.com/content/12/1/186>

Oresland T, Schultz J: Scandinavian Diverticulitis Trial. Laparoscopic Lavage vs Primary Resection as Treatment for Perforated Diverticulitis. A Randomized Prospective Multicenter Trial. 2010 [<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01047462?term=scandiv&rank=1>], [cited 2010 January 12]

Swank HA, et al: The ladies trial: laparoscopic peritoneal lavage or resection for purulent peritonitisA and Hartmann's procedure or resection with primary anastomosis for purulent or faecal peritonitisB in perforated diverticulitis (NTR2037). *BMC Surg* 2010, 10:29.

Hogan A, Ryan K, Winter D: Laparoscopic Lavage for Acute Non-Faeculant Diverticulitis. 2010 [<http://clinicaltrials.gov/show/NCT01019239>], [cited 2009 November 23].

## CONCLUSIONES

- Intervención de Hartmann debe reservarse para Peritonitis Fecaloidea y Pacientes Debilitados.
- Anastomosis Primaria con/sin Ileostomía podría indicarse en casos seleccionados de Peritonitis Purulenta.
- Lavado laparoscópico podría ser el futuro sobre todo en Hinchey III (pendiente resultado ensayos).
- El posible lavado percutáneo y drenaje guiado mediante TAC ¿Podría ser una estrategia futura en el manejo de los diferentes estadios de la enfermedad diverticular
- El tratamiento debería indicarse según situación del paciente y gravedad de enfermedad.