

COMPLICACIONES DE ANASTOMOSIS COLORRECTALES



Dra. Felisa Díaz Gómez
Hospital Marina Alta de Denia

Varón de 75 años.

A. PERSONALES

- Antecedente familiar de cáncer de colon (madre).

- HTA

DIAGNÓSTICO

CÁNCER DE TERCIO MEDIO RECTAL (u/RT3, u/RN+)

TRATAMIENTO NEOADYUVANTE

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

•RESECCIÓN ANTERIOR BAJA (anastómosis a 4 cm) CON TME E ILEOSTOMÍA DE PROTECCIÓN.

•Pequeña fuga cara posterior, no se suturó.

Anatomía patológica

Ulceración con dos focos microscópicos de adenocarcinoma de 3 y 1 mm. 13 ganglios negativos.

POSTOPERATORIO

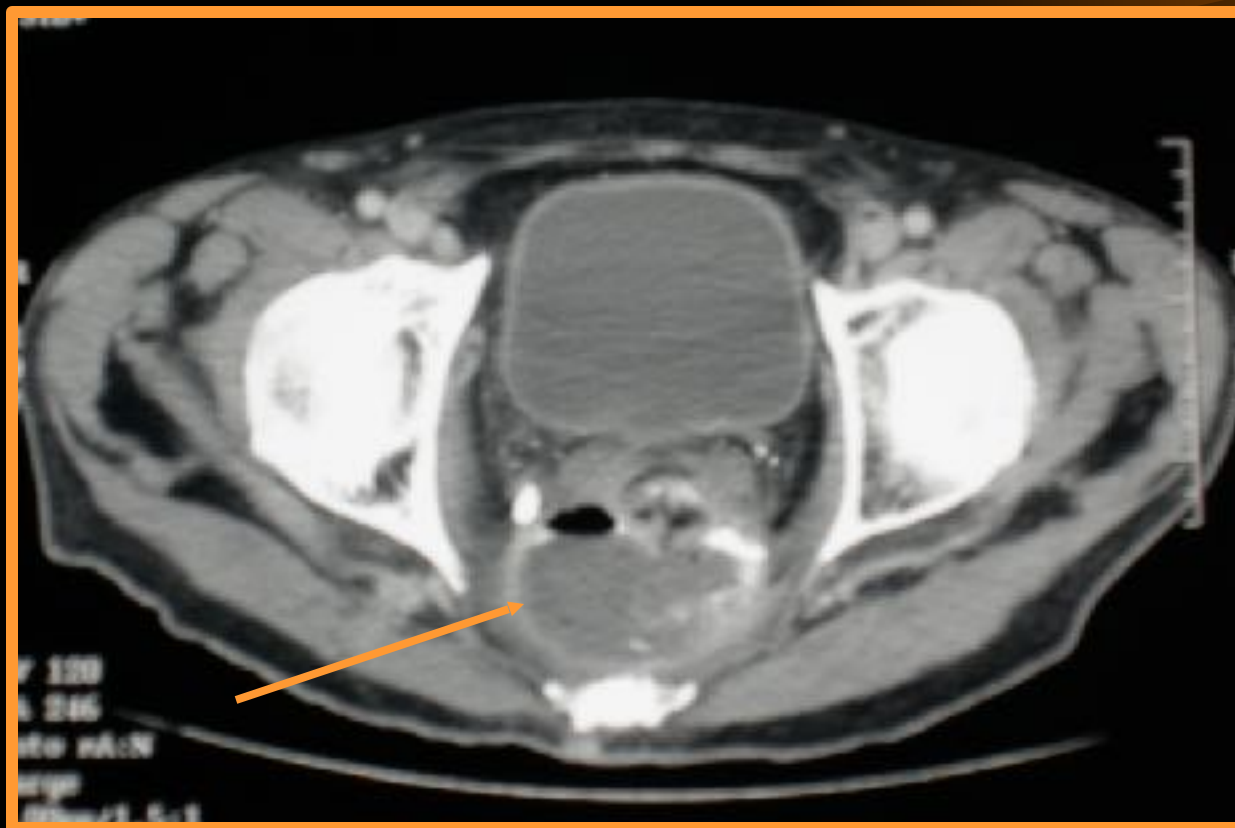


- Insuficiencia renal prerrenal a las 48 horas.
- 7º día po : Febrícula que desaparece en dos días.
- Hipotonía vesical.
- Alta al 17º día tras la intervención.

UN MES POSTOPERATORIO

- Febrícula y proctalgia.
- Tacto rectal normal, sutura íntegra.
- Se solicita TAC ABDOMINOPÉLVICO que se realiza 48 horas después.

TAC OCTUBRE 06



TRAS REALIZAR TAC

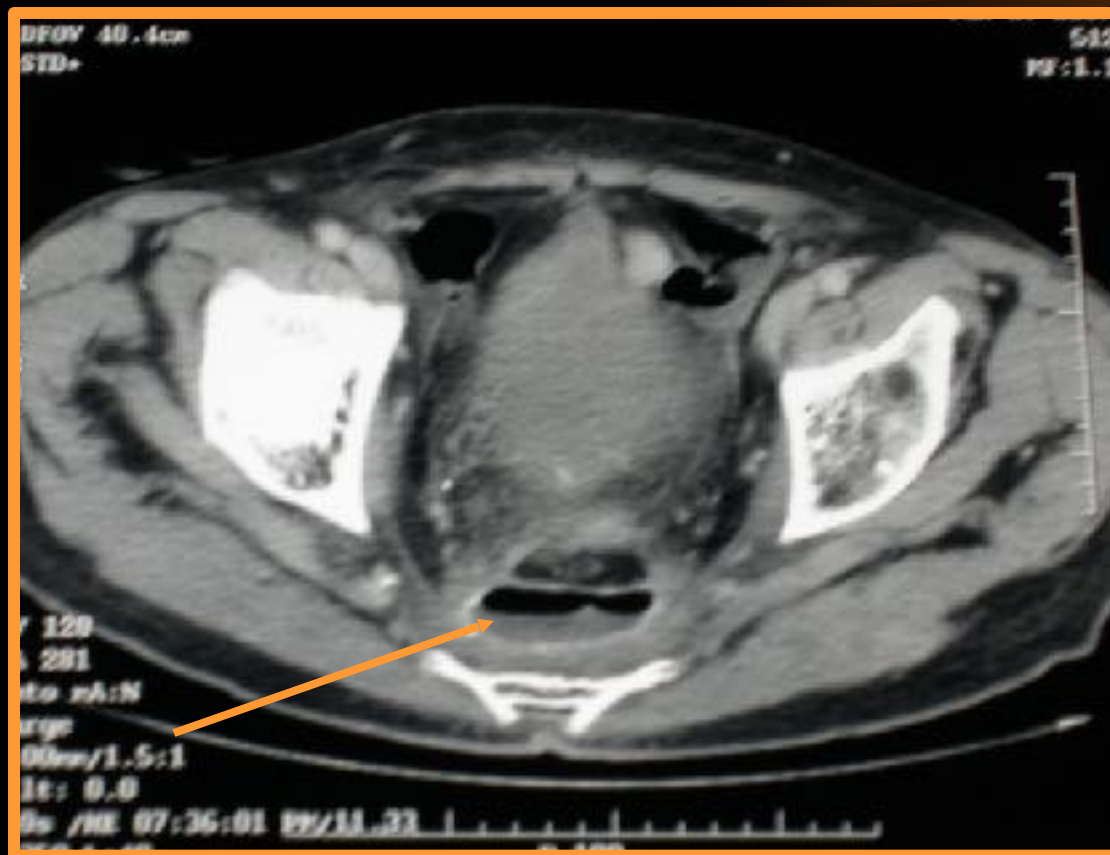


- Persiste febrícula y proctalgia.
- Tacto rectal: Pus en recto. Defecto menor de 0,5 cm en línea de grapas posterior.
- DRENAJE TRANSANASTOMÓTICO DE ABCESO PRESACRO CON SONDA DE PETZER Y LAVADOS.

EVOLUCIÓN

- Dificultades para mantener sonda en cavidad.
- Supuración intermitente por ano y desaparición de la febrícula.
- Nuevo episodio de proctalgia y fiebre a los dos meses.

TAC DICIEMBRE 06



REINTERVENCIÓN

- NUEVO DRENAJE TRANSANASTOMÓTICO DE ABCESO PRESACRO CON SONDA DE PETZER Y LAVADOS CON UROKINASA.

EVOLUCIÓN II



- En controles seriados por TAC:
CAVIDAD PRESACRA PERSISTENTE
- Asintomático.
- Exploración: Persistencia de orificio en línea anastomótica menor de 1 cm.
- Mantiene ileostomía de protección.
- ¡ Ya ha pasado 1 año! ¿Qué hacemos?

TAC DE SEPTIEMBRE 07



REINTERVENCIÓN (nov-07)

- Posición de talla.
- Legrado transanal de orificio.
- No se encuentra comunicación con cavidad.
- Importante fibrosis de cara posterior de neo-recto y canal anal.

EVOLUCIÓN TRAS LEGRADO

- Asintomático.
- Pendiente de nuevo TAC.
- Tacto rectal: Fibrosis en cara posterior sin evidencia de supuración.

¿QUE HACEMOS?

•Persiste la cavidad?

- Incidimos la pared posterior del neo-recto y lo convertimos en una cavidad única?
- Drenaje externo? Fístula recto perineal.
- Tiramos la toalla?
- ¿Alguien cerraría la ileostomía?

¿QUÉ HACEMOS?

Desaparece la cavidad?

- Reconstruimos el tránsito?
- Valoramos primero la funcionalidad del neo-recto y los esfínteres sometidos a proceso inflamatorio crónico y fibrosis?