

Ileostomía desfuncionalizante con cánula luego de resección anterior baja por cáncer de recto.
Hua H y cols. Dis Colon Rectum 2014;57:1267-74

Antecedentes: La mayoría de los cirujanos realiza una derivación fecal en los pacientes sometidos a una resección anterior baja con un riesgo elevado de dehiscencia anastomótica. Los autores describen un estudio exploratorio para evaluar la eficacia y seguridad de un nuevo método de derivación fecal llamado ileostomía con cánula de cierre espontáneo (SCCI), que fue diseñado para proteger una anastomosis rectal en pacientes con alto riesgo de filtración de la anastomosis. Los resultados fueron comparados con un grupo de pacientes protegidos mediante una ileostomía en asa (IA).

Medición de resultados: Tasa de dehiscencia anastomótica (DA); tasa de reoperaciones y otras complicaciones; estadía hospitalaria y costos.

Pacientes: Desde enero de 2011 a diciembre de 2012, 294 pacientes fueron sometidos a una anastomosis colorrectal baja o coloanal protegida por una SCCI o una IA tradicional. Se registraron los datos demográficos, clínicos y operatorios en cada grupo.

Resultados: La tasa de DA fue 8,1% en el grupo con cánula y 8,3% en el grupo con IA ($p = 0,1$). La

tasa de reoperación fue 3% versus 3,4% ($p = 0,75$), respectivamente. La estadía hospitalaria fue 8,6 días en el grupo con cánula y 17,1 días en el grupo con IA ($p < 0,01$), incluyendo el tiempo de hospitalización del cierre de la IA. El tiempo promedio de la primera evacuación en el grupo con cánula fue 16,5 días luego de la operación. En el seguimiento, 13 pacientes en el grupo con IA mantienen la ostomía versus 2 casos en el grupo con cánula ($p < 0,01$).

Limitaciones: Este estudio no es aleatorizado y carece de estudios contrastados para verificar la DA.

Conclusiones: La ileostomía con cánula es segura y efectiva como técnica de protección de una anastomosis colorrectal baja. Los pacientes con esta técnica reducen la estadía hospitalaria y el riesgo de quedar con una ileostomía permanente.

Nota del Revisor: Para la técnica de ileostomía propuesta por los autores utilizan dos tipos de cánulas de traqueostomía (dura) según el diámetro del íleon: una cánula de 7 mm de diámetro interno, 9,3 mm de diámetro externo y 25 mm de diámetro del *cuff* ($n = 80$) y otra cánula de traqueostomía de 7,5 mm, 10 mm y 27 mm ($n = 69$), respectivamente.

Dr. Guillermo Bannura C.
Hospital Clínico San Borja Arriarán,
Universidad de Chile, Santiago, Chile.