

Estudio del tratamiento quirúrgico mediante cierre precoz de ileostomía en cáncer de recto: impacto en la calidad de vida, descenso de morbimortalidad y gasto sanitario

Study surgical treatment of early closing of ileostomy in rectal cancer: impact on the quality of life, morbidity and mortality and health spending

Tania Gallart Aragón, Carolina Fernández Lao, Carlos Garde Lecumberri, Benito Mirón Pozo, Francisco Pérez Benítez, José Antonio Jiménez Ríos
Servicio Cirugía General Hospital San Cecilio de Granada.
Universidad de Granada, Facultad de Fisioterapia.

Resumen

Introducción: Los pacientes sometidos a cirugía de recto con anastomosis bajas y que portan ileostomías de protección, ven prolongado el intervalo entre la realización del estoma y la cirugía de reconstrucción a veces durante meses, mientras dure el tratamiento adyuvante. El objetivo de este estudio es valorar el impacto de la calidad de vida, modificaciones en la morbimortalidad y el gasto sanitario ante el cierre de la ileostomía previo al tratamiento adyuvante.

Material y métodos: Revisión retrospectiva. Se analizaron los pacientes sometidos a cierre de ileostomía entre enero 2012 y diciembre de 2013. El número de pacientes estudiado ha sido de 55: 41 varones (74,54%) y 14 mujeres (25,45%). En 27 pacientes se realizó cierre de ileostomía al año de su creación y en 28 al mes. En ambos grupos se analizó la morbimortalidad, coste sanitario y calidad de vida, este último parámetro mediante la aplicación del cuestionario GIQLI de calidad de vida.

Resultados: El número de pacientes estudiado es 55. La edad media 63,83 años. Los pacientes con cierre precoz de ileostomía presentaron una estancia media hospitalaria menor, 11,87 días respecto a los pacientes con cierre anual, 14,96 días, descendiendo así el coste sanitario. El 18,33 % de los pacientes con cierre precoz de ileostomía presentó íleo postoperatorio frente a un 65,3% del cierre tardío. La calidad de vida (bienestar total) valorada en pacientes con cierre precoz ha sido de un 61, 2% frente a un 33,44 % en pacientes con cierre tardío.

Conclusiones: La realización de ileostomías de protección en las anastomosis rectales bajas ha demostrado ser una medida preventiva eficaz para disminuir la morbimortalidad de las dehiscencias de las mismas. El cierre precoz de la ileostomía reduce el íleo postoperatorio, la estancia media hospitalaria, mejora la calidad de vida y el coste sanitario.

Abstract

Introduction: Patients undergoing rectal surgery with low anastomosis and carrying ileostomy protection, can see extended the interval between placing the stoma and the reconstructive surgery, sometimes during months, while the adjuvant treatment is being developed. The aim of this study was to assess the impact on the Quality of Life, changes in morbidity and mortality and health costs before the closure of the ileostomy prior to the adjuvant treatment.

Material and methods: Retrospective study. 55 patients underwent closure of the ileostomy between January 2012 and December 2013 were studied. The sample consisted on 41 (74.54%) men and 14 (25.45%) women. In 27 Patients the closure of the ileostomy was performed in 1 year from its creation and in 28 patients was closed in one month. Morbidity and mortality, medical cost and Quality of Life were analyzed.

Results: The average age was 63.83 years. Patients with early closure of ileostomy had a mean hospital stay lower, 11.87 days compared to patients with annual closure, 14.96 days, and so descending health costs. 18, 33% of patients with early closure of ileostomy presented postoperative ileus against the 65.3% of late closure. Quality of Life in Patients with early closure has been assessed 61, 2% compared to 33.44% in patients with late closure.

Conclusions: Performing protection ileostomy in low rectal anastomosis has proven to be a preventive effective measure in reducing morbidity and mortality dehiscence. Early closure of the ileostomy reduces postoperative ileus, the average of hospital stay, and improves quality of life and health costs.

Palabras clave: Cáncer de recto, ileostomía, calidad de vida.

Keywords: Rectal cancer, ileostomy, quality of life

INTRODUCCIÓN:

El uso de la ileostomía en el cáncer de recto tras neoadyuvancia (radioterapia), nos permite la protección de la anastomosis. Sin embargo, las ileostomías no están desprovistas de inconvenientes, ya que suponen una disminución de la calidad de vida de los pacientes, alterando su imagen corporal, su estilo de vida y sexualidad y presentan una morbimortalidad no despreciable: alteraciones hidroelectrolíticas, hernia paraestomal, fístula intestinal, alteraciones cutáneas... Además los pacientes que reciben tratamiento adyuvante ven prolongado el intervalo de tiempo entre la realización del estoma y la cirugía de reconstrucción, a veces durante meses (1,3).

Si realizamos un cierre precoz de la ileostomía, previo al tratamiento adyuvante (al mes de la cirugía rectal) se reducen las tasas de complicaciones, descendiendo la morbimortalidad, esto se traduce en una reducción de la estancia hospitalaria y el coste sanitario y mejora en la calidad de vida de nuestros pacientes.

La evaluación de la calidad de vida del paciente permite el análisis de la eficacia de las intervenciones sobre la salud, el conocimiento de dicha calidad de vida, y la mejora de la misma, nos permite mejorar en nuestro plan terapéutico y conocer las implicaciones económicas del proceso asistencial (2,4).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio retrospectivo. Los datos fueron recogidos a partir de un archivo histórico de los pacientes intervenidos de forma programada en el Servicio de Cirugía General. Se incluyeron a todos los pacientes sometidos a cierre de ileostomía en Hospital San Cecilio de Granada, en la Unidad de Coloproctología, en un periodo comprendido entre 1 de enero de 2012 a 31 de diciembre de 2013. Los parámetros analizados fueron: datos sociodemográficos, antecedentes personales, intervención quirúrgica, complicaciones postoperatorias, reingresos, coste sanitario, estancia media de ingreso, requerimiento de aporte nutricional y test de calidad de vida GIQLI (Gastrointestinal Quality of Life Index), (21) (el cual valora el bienestar gastrointestinal, físico, mental y social).

Se ha considerado cierre de ileostomía precoz cuando se ha realizado a la cuarta semana postoperatoria y tardío cuando se realiza tras finalizar la adyuvancia.

Se procedió al cierre del estoma cuando los pacientes cumplían los siguientes criterios: ausencia de infección local o sistémica, ausencia de complicaciones de la cirugía rectal, funcionamiento normal del estoma y ausencia de fuga anastomótica.

Todos los pacientes fueron intervenidos de forma programada y con anestesia general. Además, todos recibieron profilaxis antibiótica con cefazolina previa a la cirugía. La vía de abordaje fue incisión periestomal, se realizó desinserción de la ileostomía y refrescamiento de los bordes. La anastomosis se realizó en 47 casos de forma manual, con material reabsorbible mediante puntos sueltos extramucosos y en 8 casos de forma mecánica con GIA® 60. Los pacientes fueron dados de alta médica hospitalaria cuando existió integridad del tránsito gastrointestinal (comprobación mediante estudio radiológico) y ausencia de complicaciones graves inmediatas.

Análisis estadístico

La comparación entre los dos grupos de estudio se realizó mediante un test de ANOVA para las variables cuantitativas y la prueba Ji2 de Pearson o exacta de Fisher para variables cualitativas. Se consideró como significación estadística una p inferior a 0,05.

RESULTADOS:

El número total de pacientes estudiado fue de 55, de los cuales 28 pacientes tuvieron un cierre precoz y 27 cierre tardío.

Del total de la muestra 41 (74,54%) eran varones y 14 (25,45%) mujeres. La edad media era de 63,83 años. El riesgo anestésico-quirúrgico según la clasificación de ASA (American Society of Anesthesiologists): el 49,4% de los pacientes fueron ASA II, el 14,6% ASA III y el 36% ASA I. El 16 % de los pacientes sufrieron complicaciones quirúrgicas, siendo la más frecuente la infección de la herida quirúrgica: 4,2 %.

Los resultados de las diferencias entre los grupos están detallados en la Tabla 1.

	Cierre precoz	Cierre tardío	Valor p
Días estancia hospitalaria (media)	11,87	14,96	0,03
Complicaciones (16% del total)			
Íleo postoperatorio (%)	18,33 %	65,3 %	0,18
Calidad de vida (bienestar total, %)	61,2 %	33,44 %	0,02
Valores expresados como media y porcentajes absolutos. Significación estadística, p<0,05.			

Tabla 1. Resultados de las diferencias entre los grupos de estudio.

DISCUSIÓN:

Las complicaciones en la cirugía colorrectal, han ido disminuyendo progresivamente, gracias a la creación de unidades especializadas. Una de las complicaciones más temidas en la cirugía colorrectal es la dehiscencia anastomótica (3,5,6). La realización de un estoma ha demostrado ser la única medida preventiva para disminuir la morbi-mortalidad de dicha complicación, no evitándola, pero sí descendiendo su impacto y el número de reintervenciones (14,15).

El cirujano debe tener en cuenta el beneficio potencial de la ileostomía para la protección de la anastomosis y los inconvenientes de la misma, uno de los más importantes es la implicación sobre la calidad de vida del paciente (5,8,9).

Actualmente existe cierta controversia en cuanto al intervalo de tiempo óptimo entre la creación del estoma y su cierre. Dicho cierre se debe realizar, según la literatura, cuando la integridad de la anastomosis sea verificada, clínica o radiológicamente (7,10). Existen varias pruebas que nos pueden permitir la comprobación de la integridad de la anastomosis rectal, determinando posibles complicaciones como estenosis o fugas: radiología con gastrografín, prueba que se realizó en nuestro estudio (17).

Otro de los puntos de discusión es el tipo de anastomosis a realizar en el cierre de la ileostomía, existen grupos que defienden una menor tasa de complicaciones asociadas a la anastomosis mecánica frente a la manual (6,9,11), sobre todo de obstrucción intestinal. Sin embargo, otros estudios, no encuentran ningún tipo de diferencias (12). En nuestro estudio el predominio es de anastomosis manuales.

Al ser menor la estancia operatoria con el cierre precoz de ileostomía se produce un descenso del coste sanitario del 20%, dato que se corresponde con la literatura (11,13,20).

Cuando se ha procedido al cierre de la ileostomía de forma precoz el paciente es valorado de forma individual y diaria. Uno de los aspectos fundamentales es la restauración del tránsito gastrointestinal y el aporte nutricional del paciente, comprobándose en nuestro estudio que es más temprana cuando el cierre es precoz (16,18,19), asociando a esto el tiempo de hospitalización

y el coste sanitario del mismo. La reanudación precoz a las actividades de la vida diaria del paciente y la ausencia de estoma, permiten una mejora notable en su calidad de vida (13,18,20).

CONCLUSIONES:

La realización de ileostomías de protección en las anastomosis rectales bajas ha demostrado ser una medida preventiva eficaz para disminuir la morbimortalidad de las dehiscencias de las mismas. Su cierre no debe considerarse un procedimiento menor. El cierre precoz de la ileostomía reduce el íleo postoperatorio, la estancia media hospitalaria, mejora la calidad de vida y el coste sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Courtier R, Parés D, Silva CA, Gil MJ, Pascual M, Alonso S, et al. Clinical results of loop ileostomy closures in rectal cancer surgical patients. Effect of chemotherapy in the waiting period. *Cir Esp* 2010; 88(5):308-13.
- Thalheimer A, Bueter M, Kortuem M, Thiede A, Meyer D. Morbidity of temporary loop ileostomy in patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2006;49(7):1011-7
- Wong KS, Remzi FH, Gorgun E, Arrigain S, Church JM, Preen M, et al. Loop ileostomy closure after restorative proctocolectomy: outcome in 1,504 patients. *Dis Colon Rectum* 2005;48(2):243-50.
- Smedh K, Olsson L, Johansson H, Aberg C, Andersson M. Reduction of postoperative morbidity and mortality in patients with rectal cancer following the introduction of a colorectal unit. *Br J Surg* 2001; 88(2):273-7.
- Peeters KC, Tollenaar RA, Marijnen CA, Klein Kranenbarg E, Steup WH, Wiggers T, et al. Dutch Colorectal Cancer Group. Risk factors for anastomotic failure after total mesorectal excision of rectal cancer. *Br J Surg* 2005;92(2):211-6
- Gastinger I, Marusch F, Steinert R, Wolff S, Koeckerling F, Lippert H; Working Group 'Colon/Rectum Carcinoma'. Protective defunctioning stoma in low anterior resection for rectal carcinoma. *Br J Surg* 2005;92(9):1137-42
- Alves A, Panis Y, Lelong B, Dousset B, Benoist S, Vicaut E. Randomized clinical trial of early versus delayed temporary stoma closure after proctectomy. *Br J Surg* 2008;95(6):693-8
- Menegaux F, Jordi-Galais P, Turrin N, Chigot JP. Closure of small bowel stomas on postoperative day 10. *Eur J Surg* 2002;168(12):713-59. Perez RO, Habr-Gama A, Seid VE, Proscurshim I, Sousa AH Jr, Kiss DR, et al. Loop ileostomy morbidity: timing of closure matters. *Dis Colon Rectum* 2006;49(10):1539-45. 1
- Carlsen E, Bergan AB. Loop ileostomy: technical aspects and complications. *Eur J Surg* 1999;165(2):140-3
- Chude GG, Ravate NV, Patris V, Koshariva M, Jagad R, Kawamoto J, et al. Defunctioning loop ileostomy with low anterior resection for distal rectal cancer: Should we make an ileostomy as a routine procedure. A prospective randomized study. *Hepatogastroenterology*. 2008;55:1562-7.
- Rondelli F, Reboldi P, Rulli A, Barberini F, Guerrisi A, Izzo L, et al. Loop ileostomy for fecal diversion after colorectal or coloanal anastomosis: a meta-analysis. *Int J Colorrectal Dis*. 2009;24:479-88.
- Tang CL, Seow-Choen F, Fook-Chong S, Eu KW. Bioresorbable adhesion barrier facilitates early closure of the defunctioning ileostomy after rectal excision: A prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum*. 2003;46:1200-7.
- Shabbir J, Britton DC. Stoma complications: A literature overview. *Colorectal Dis*. 2010;12:958-64.
- Perez RO, Habr-Gama A, Seid VE, Proscurshim T, Sousa AH, Kiss DR, et al. Loop ileostomy morbidity: Timing of closure matters. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:1539-45.
- Thalheimer A, Bueter M, Kortuem M, Thiede A, Meyer D. Morbidity of temporary loop ileostomy in patients with colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:1011-7.
- Wijesuriya SR, Hewawisenth J, Deen KI. Patients with rectal cancer having neoadjuvant chemoradiation do not have increased complications of ileostomy closure. *Ceylon Med*. 2010;55:115-7.
- Ruiz MD, Durán MC, Rivera S y cols. Calidad de vida y necesidades de personas ostomizadas y sus cuidadores. *Rev ROL Enf* 2003; 26: 309-14.
- Turnbull GB, Colwell J, Erwin-Toth P. Quality of life : pre, post and beyond ostomy surgery. Clinician strategies for helping people with a stoma lead healthy productive lives. *Ostomy Wound Management* 2004; 50: 2-12.
- Furlani R, Ceolim MF. Living with a permanent intestinal stoma: changes told by stoma patient. *Rev Bras Enferm* 2002; 55: 586-91.
- Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, Ure BM, Schmillig C, Neugebauer E, et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg* 1995;82:216-22.