



Fístulas enterocutáneas posterior a cierre de ostomías terminales

Juan Antonio Villanueva-Herrero¹
Lisbeth Alarcón-Bernés²

¹ Unidad de Coloproctología del servicio de Cirugía General.

² Servicio de Cirugía General, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, DF.

Al Editor:

Recientemente, el Dr. Martínez Ordaz JL y colaboradores publicaron el trabajo “Factores de riesgo y evolución de fístulas enterocutáneas posterior a cierre de ostomías terminales”,¹ el cual consideramos sumamente atractivo y que nos animó a hacer un análisis del mismo ya que aborda uno de los grandes problemas que seguimos teniendo en la cirugía intestinal y que ocasiona estancias quirúrgicas prolongadas y un gran consumo de recursos. Los 293 pacientes incluidos nos parece sobresaliente, sin embargo es indispensable considerar algunos puntos.

El manejo estadístico que se debe dar a este tipo de estudio de factores de riesgo se queda corto sólo mencionando la significancia estadística, definitivamente, el estadístico de RR (riesgo relativo) o el OR (razón de momios) con su intervalo de confianza al 95% nos hubiera permitido tener una mayor claridad del efecto que está teniendo la variable considerada factor de riesgo sobre el desenlace que estamos observando. El título del artículo incita a encontrar este dato.²

Desde el punto de vista de la información, no me queda claro si se excluyeron a los pacientes que en el evento quirúrgico no pudieron reconectar; o en realidad entraron a reconectar a 293 pacientes y en todos se realizó la reconexión intestinal. Es importante mencionarlo sobre todo en relación a una reconexión posterior al procedimiento de Hartmann, el cual es una cirugía mayor, encontrando al menos, en las mejores series, 5% de pacientes en quienes no se puede restablecer la continuidad del tránsito intestinal.³

Por otra parte, me parece que no están señalando cuántos pacientes que tuvieron dehiscencia de la anastomosis tuvieron que volver a hacer el estoma; o ninguno de los 24 pacientes con esta complicación requirió nuevamente un estoma. Algunos autores reportan hasta un 50% de un nuevo estoma para manejo de la

Correspondencia

Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero
Dr. Balmis 148
06720 México, DF.
Tel. 2789200 ext. 1043 y 1045
javillanueva@doctor.com

fuga de la anastomosis,⁴ concluyendo algunos expertos que en el caso de una fuga mayor intraperitoneal esta es la mejor opción.⁵

En nuestra opinión el trabajo deja entrever de manera errónea, que las dehiscencias de anastomosis pueden ser manejadas en todos los casos como fístulas controladas con una baja morbilidad y mortalidad. No dejamos de reconocer la gran importancia y el mérito que implica la generación de trabajos originales que se realizan en nuestro país por investigadores nacionales.

REFERENCIAS

1. Martínez-Ordaz JL, Luque-de León E, Román-Ramos R, Juárez-Oropeza MA, Méndez-Francisco JD. Factores de riesgo y evolución de fístulas enterocutáneas posterior a cierre de ostomías terminales. *Cir Cir* 2013;81:394-399.
2. Machin D, Campbell MJ, Walters SJ. *Medical Statistics. A textbook for the Health Sciences*. 4th ed. West Sussex. John Wiley and Sons LTD; 2007;13-234.
3. Vaid S, Wallet J, Litt J, Bell T, Grim R, Ahuja V. Application of a Tertiary Referral Scoring System to Predict Nonreversal of Hartmann's Procedure for Diverticulitis in Community Hospital. *Am Surg* 2011;77:814-819.
4. Byrn JC, Schlager A, Divino CM, Weber KJ, Baril DT, Aufses AH Jr. The Management of 38 Anastomotic Leaks After 1,684 Intestinal Resection. *Dis Colon Rectum* 2006;49(9):1346-1353.
5. Phitayakorn R, Delaney CP, Reynolds HL, Champagne BJ, Heriot AG, Neary P, et al. Standardized Algorithms for Management of Anastomotic Leaks and Related Abdominal and Pelvic Abscesses After Colorectal Surgery. *World J Surg* 2008;32:1147-1156.

RESPUESTA A LA CARTA AL EDITOR

José Luis Martínez Ordaz

Servicio Gastrocirugía, Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia

Acad. Dr. José Luis Martínez Ordaz
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS
Hospital de Especialidades, servicio Gastrocirugía
Av. Cuauhtémoc 330
06725 México DF.
Tel. 56 27 69 00 extensiones: 21529 y 21530
jimo1968@hotmail.com

Estimados Dr. Juan Antonio Villanueva Herrero y Dra. Lisbeth Alarcón-Bernés, agradecemos el interés prestado al artículo "Factores de riesgo y evolución de fístulas enterocutáneas posterior a cierre de ostomías terminales". Responderemos de acuerdo al orden de los comentarios.

Sobre los factores de riesgo que encontramos relacionados con la formación de fístulas enterocutáneas post-reconexión intestinal, la razón de momios (intervalo de confianza al 95%) que encontramos para cada uno fue: antecedente de insuficiencia renal crónica 4.75 (1.12-20.11), escala de ASA III o mayor 2.70 (1.22-5.96), intervalo entre cirugía y reconexión intestinal mayor de 365 días 2.4 (1.07-5.37), reoperación 6.51 (2.92-14-48), y dehiscencia de anastomosis 71.14 (25.04-202.1).

La finalidad de nuestro trabajo fue identificar los factores asociados a formación de fístulas enterocutáneas posterior a cierre de ostomías terminales, por lo que únicamente fueron incluidos pacientes en que fue factible realizar la reconexión intestinal. Durante el periodo de estudio, en un paciente no fue posible realizar la reconexión intestinal, posterior a colostomía con procedimiento de Hartmann por enfermedad diverticular complicada. No hubo complicaciones en el postoperatorio de este paciente.

Con respecto al manejo de la dehiscencia de anastomosis, reportamos anteriormente que nuestro índice de reoperación por esta causa fue del 45%. La indicación principal para la reoperación fue el desarrollo de signos de sepsis sistémica y nuestra conducta es la formación de una nueva ostomía para el control de la misma. En los pacientes con dehiscencia de anastomosis y sin datos de sepsis, existe la posibilidad de manejo conservador y es en estos en los que es más factible la formación de fístulas enterocutáneas, motivo de este trabajo. En ninguna parte recomendamos o

sugerimos que en todos los casos de dehiscencia de anastomosis el manejo debe ser conservador. Sugerimos la revisión de nuestro anterior estudio para complementar los datos aquí presentados

REFERENCIAS

1. Martínez JL, Luque-de-León E, Andrade P. Factors Related to Anastomotic Dehiscence and Mortality After Terminal Stomal Closure in the Management of Patients with Severe Secondary Peritonitis. *J Gastrointest Surg* 2008;12:2110-2118.