

12/2007

El problema de la fuga de la anastomosis: antibióticos en cirugía colorectal



Las operaciones quirúrgicas colorrectales (en las que se interviene sobre el colon, el recto o ambos) pueden presentar complicaciones. Una de estas complicaciones es la fuga de la anastomosis, la unión que se hace entre los extremos que han quedado abiertos tras la intervención. Esta fuga, que se produce por el despegamiento de los bordes de la sutura, conlleva una complicación quirúrgica grave, principalmente el riesgo de infección en los días posteriores a la operación. El uso adecuado de antibióticos puede reducir el riesgo de estas infecciones postoperatorias.

La finalidad de la administración del tratamiento antibiótico en la cirugía colorrectal electiva en la que se realiza una anastomosis está encaminada a prevenir la "infección nosocomial del sitio quirúrgico" (ISQ). Según la *Wound Infection Task Force*, las ISQ, cuya gravedad aumenta con la profundidad, se pueden clasificar en incisionales superficiales (hasta la aponeurosis), incisionales profundas (hasta el músculo) y organocavitarias (afectan a la cavidad donde están alojados los órganos).

En este tipo de infecciones influye mucho la actuación quirúrgica y en ellas hay que tener en cuenta:

- a. el grado de contaminación durante la intervención.
- b. la duración de la intervención por encima de 3 horas.
- c. el estado, la patología que indica la intervención y las patologías previas del paciente.

Para la prevención de la ISQ que depende del acto quirúrgico disponemos:

- a. por un lado, de las medidas de asepsia, antisepsia y técnica quirúrgica
- b. por otro lado, de la correcta preparación del paciente, tratamiento de la comorbilidad y la vigilancia y corrección de los parámetros fisiológicos durante todo el seguimiento del paciente.
- c. y por último, de la administración de profilaxis antibiótica, justificada por tratarse de cirugía limpia-contaminada. Se aconseja pautar 30 minutos antes de la cirugía, durante la inducción anestésica, debiendo administrar dosis adicionales si la duración de la cirugía supera en 2 veces la vida media del fármaco administrado o si las pérdidas hemáticas (de sangre) superan los 1.500 ml. La pauta antibiótica administrada debe cubrir gérmenes entéricos (principalmente gramnegativos y anaerobios). La tendencia actual en el uso de antibiótico es hacia la aplicación de monoterapias, limitando antibióticos con posible toxicidad, las cefalosporinas por su capacidad para seleccionar enterobacterias con betalactamasas de espectro extendido y de antibióticos de uso restringido para gérmenes multirresistentes y la administración de antibioterapia oral no absorbible que no ha demostrado una superioridad terapéutica.

Siguiendo estas premisas se puede disminuir al máximo la posibilidad de que se presente una ISQ, pero en la cirugía colorrectal puede presentarse una segunda contaminación por la fuga de material intestinal a través de la anastomosis dando lugar a una ISQ profunda con la gravedad que ello supone.

Este problema suele acontecer en la primera semana postoperatoria y sus manifestaciones clínicas pueden ser las de un proceso infeccioso localizado leve (abceso-fístula) o difuso y grave (peritonitis fecaloidea) dependiendo del grado de dehiscencia y vertido de material intestinal (heces).

Es por este motivo que los cirujanos optan ocasionalmente por mantener el antibiótico administrado como tratamiento, a la espera de la evolución clínica del paciente, retirándolo cuando se supera el tiempo de riesgo de tener esta complicación o manteniéndolo durante más

tiempo si se presenta clínicamente, acompañándolo de tratamiento quirúrgico en los casos de mala evolución clínica.

Aunque no existe ninguna escala que determine qué pacientes van a sufrir una dehiscencia de sutura, y sabiendo que la administración de antibióticos como tratamiento no van a evitarla, la precocidad del tratamiento antibiótico puede ayudar reducir significativamente la morbimortalidad del proceso infeccioso, quedando en manos del cirujano responsable la decisión final del mismo así como de la necesidad y el momento de reintervenir al paciente, valorando el riesgo beneficio de algunos tratamientos innecesarios y de los potenciales efectos adversos del uso prolongado de antibióticos.

Glosario médico:

Anastomosis: en Botánica y Zoología, la unión de unos elementos anatómicos con otros de la misma planta o del mismo animal.

Antisepsia: Método que consiste en combatir o prevenir los padecimientos infecciosos, destruyendo los microbios que los causan.

Aponeurosis: Membrana fibrosa (formada principalmente por fibras de colágeno), que sirve para la inserción de los músculos. Antes también se designaban con este nombre las cubiertas musculares, especialmente las más gruesas, pero en la actualidad se suelen denominar fascias.

Asepsia: es la "condición libre de microorganismos que producen enfermedades o infecciones". El término puede aplicarse tanto a situaciones quirúrgicas como médicas. La práctica de mantener en estado aséptico un área, se denomina técnica aséptica.

Cirugía colorrectal: intervención quirúrgica sobre el colon o el recto que puede implicar retirar un tramo de los mismos y volver a unir los extremos que han quedado sueltos

Cirugía electiva: toda aquella cirugía que no sea de emergencia y que pueda ser demorada al menos por 24 horas.

Comorbilidad: es el efecto que tienen en una enfermedad primaria todo el resto de enfermedades que pueda estar sufriendo en ese momento.

Dehiscencia de sutura: (Cirugía general) Despegamiento de los tejidos, artificialmente unidos mediante suturas, por fallo técnico, que conduce a la separación de los bordes de la sutura y a la fuga del contenido orgánico que tenga. Suele referirse a las suturas del aparato digestivo y gástrico-urinario y conllevan una complicación quirúrgica habitualmente grave.

Entérico: del intestino o relativo a él.

Infección nosocomial: infección hospitalaria que aparece durante las primeras 48 horas después del ingreso, pero que es secundaria respecto a la condición original del paciente. Es

equivalente a una complicación no relacionada con la enfermedad que llevó al paciente al hospital pero que aparece como consecuencia de su estancia en el mismo

Morbilidad: (Cirugía general) f. Conjunto de complicaciones derivadas de un procedimiento médico. Pueden ser efectos secundarios o complicaciones de procedimientos técnicos (diagnósticos o terapéuticos)

Mortalidad: (Microbiología) f. Número total referido al total de habitantes. En el caso de una enfermedad, es el número de muertes producido por ella entre los que se han visto afectados por la misma.

Peritonitis fecaloidea: (Anatomía patológica) Inflamación del peritoneo que se produce por la salida de contenido fecal a la cavidad peritoneal (por perforación de intestino delgado o grueso o por una dehiscencia de una sutura intestinal).

Benjamín Oller Sales

Universitat Autònoma de Barcelona

Hospital Germans Trias i Pujol
ud.hospital.germanstrias@uab.cat

Referencias

"Colorectal surgery: single preoperative dose of antibiotics versus prolonged therapy after surgery", B. Oller Sales, J. Troya Díaz, MA Pacha González, Medicina Clínica (Barcelona). 2007 Jun 23;129(4):137-9

[View low-bandwidth version](#)