

**¿QUÉ HALLAZGOS RADIOLÓGICOS  
ME AYUDAN A SER MÁS PRECISO  
EN EL DIAGNÓSTICO DE  
DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS  
INTESTINAL?**

**AUTORES**

Renzo Javier Andrade Gonzales  
Maria del Carmen Gutierrez Sanchez  
Andrés Francisco Jiménez Sánchez

## OBJETIVOS

- Conocer los conceptos sobre dehiscencia de anastomosis intestinal.
- Describiremos los hallazgos radiológicos descritos en la literatura así como aquellos que en nuestra experiencia nos han ayudado en la precisión diagnóstica.

## REVISION DEL TEMA

- GENERALIDADES

- La resección intestinal con anastomosis primaria o anastomosis de segunda intención es un procedimiento quirúrgico común con una amplia gama de indicaciones que incluyen malignidad y procesos benignos como inflamación e isquemia.

## REVISION DEL TEMA

- GENERALIDADES

- La dehiscencia de anastomosis se asocia a una alta morbilidad y mortalidad, y puede dar lugar a complicaciones como peritonitis y sepsis.
- El tratamiento de fugas a menudo requiere procedimientos invasivos adicionales, incluida la creación de drenaje percutáneo, desviación de ostomías y cirugía abierta repetida.

## REVISION DEL TEMA

- GENERALIDADES
  - La tasa de mortalidad puede ser tan alta como 50% si las fugas anastomóticas no son identificadas y tratadas adecuadamente.
  - Las fugas anastomóticas representan un tercio de las muertes después de la cirugía colorrectal, con una incidencia informada que oscila entre el 2% y el 51%.
  - No se han reportado diferencias significativas en la incidencia de fugas entre técnicas quirúrgicas "cosidas a mano" y "engrapadas".

## REVISION DEL TEMA

- FACTORES DE RIESGO
  - Malnutrición, sexo masculino, tabaquismo y uso de esteroides.
  - Factores perioperatorios: Sepsis intraoperatoria, sangrado perioperatorio y la tensión anastomótica excesiva

## REVISION DEL TEMA

- CLINICA
  - Generalmente se manifiestan en las primeras 2 semanas del post-operatorio (más frecuente entre los días 5 y 7).
  - Estos incluyen fiebre, dolor abdominal intenso, taquicardia, defensa abdominal y signo del rebote. El tenesmo o estreñimiento son más inespecíficos.

## REVISION DEL TEMA

- PRUEBAS DE IMAGEN
  - La tomografía computarizada (TC) multidetector es actualmente la modalidad de imagen de elección para evaluar la posible fuga anastomótica.
  - Se debe realizar con contraste oral en caso de sospecha de fuga de intestino delgado y con contraste rectal en el caso de sospecha de fuga colorrectal.
  - La mejor forma de definir una fuga anastomótica baja es con TC realizada con material de contraste intravenoso, oral y rectal.



## REVISION DEL TEMA

- HALLAZGOS
  - Una fuga puede diagnosticarse cuando hay una extravasación franca de material de contraste intestinal con aire o posiblemente heces.

1



2



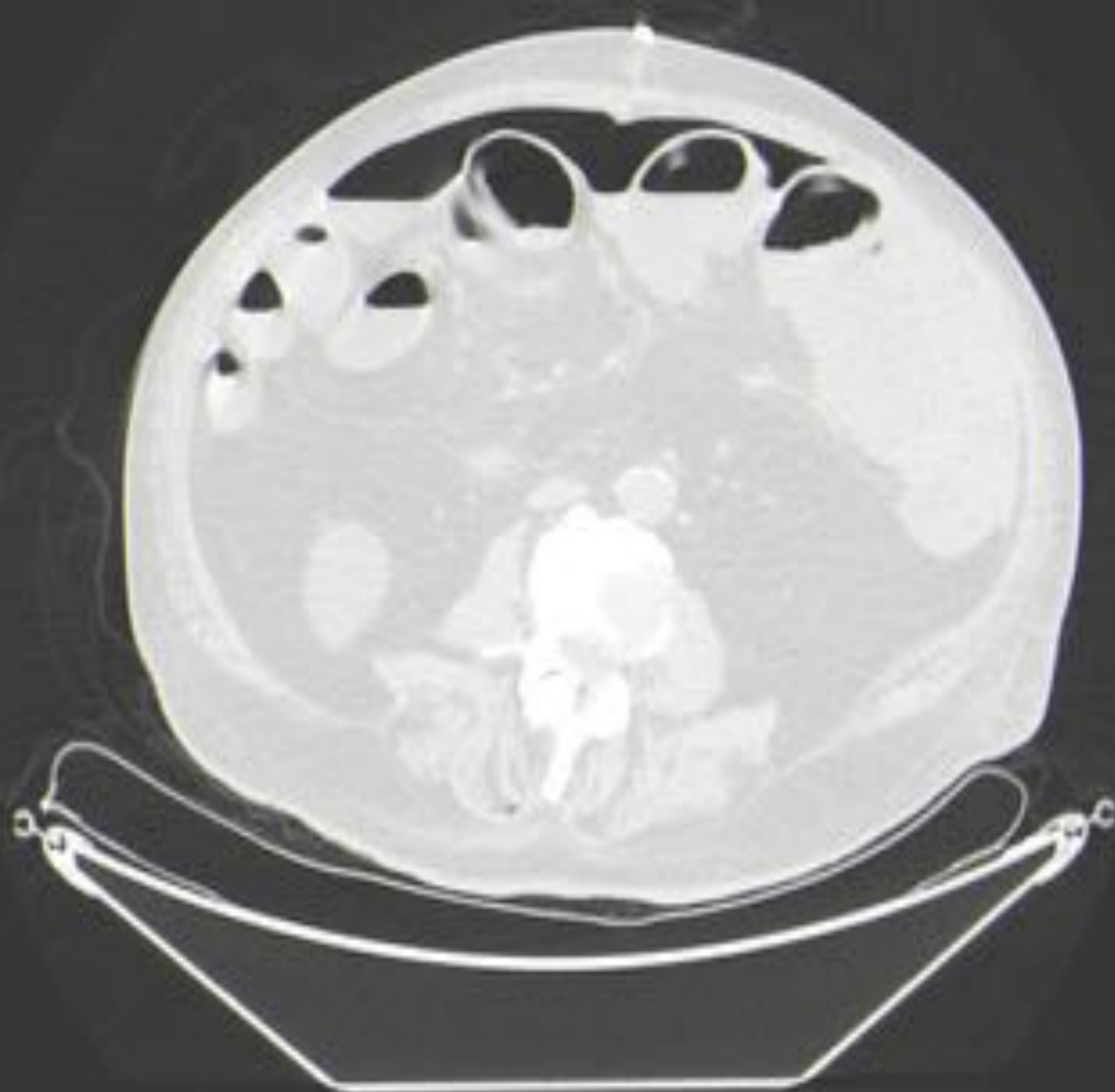
TC en corte axial con contraste rectal que muestra la fuga de contraste hacia cavidad abdominal (1). Ajustando la ventana podemos ver el material de sutura a nivel de la fuga (2).

## REVISION DEL TEMA

- HALLAZGOS

- Los signos menos definitivos pero sugestivos incluyen aire extraluminal en una proporción mayor en relación con el líquido en los espacios postoperatorios recién formados.
- La acumulación de aire en el espacio presacro más allá de los 6 meses posteriores a la cirugía sugiere una fuga en caso de sospecha de fuga anastomotica colo-rectal.

1



2



TC en corte axial que muestra neumoperitoneo (1) con líquido libre que forma nivel (2), en un paciente post-quirúrgico de cáncer de colon.

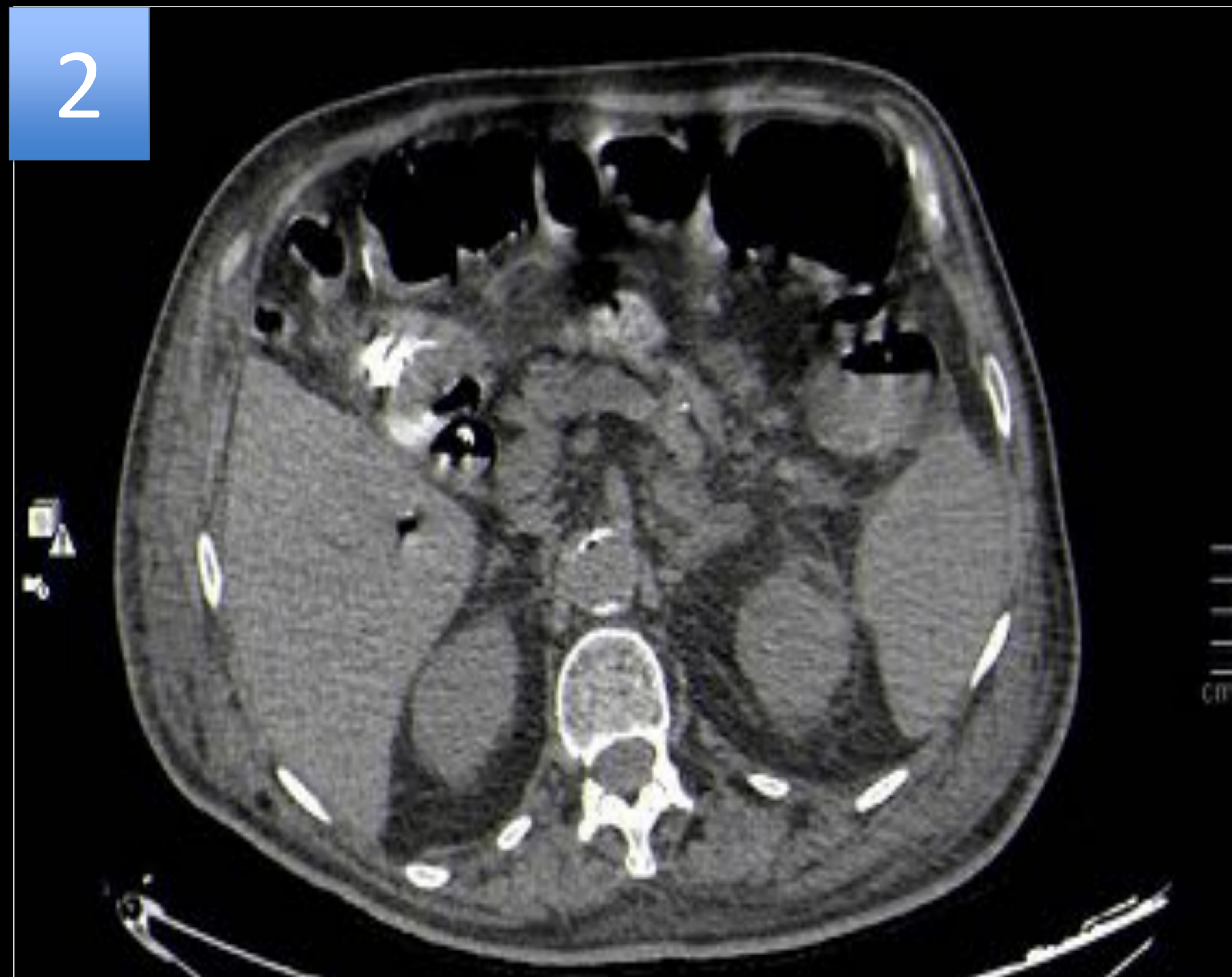
## REVISION DEL TEMA

- HALLAZGOS
  - El fluido loculado perianastomótico que contiene aire o fluido y aire desproporcionados es el indicador más común de una fuga anastomótica.

1



2



3

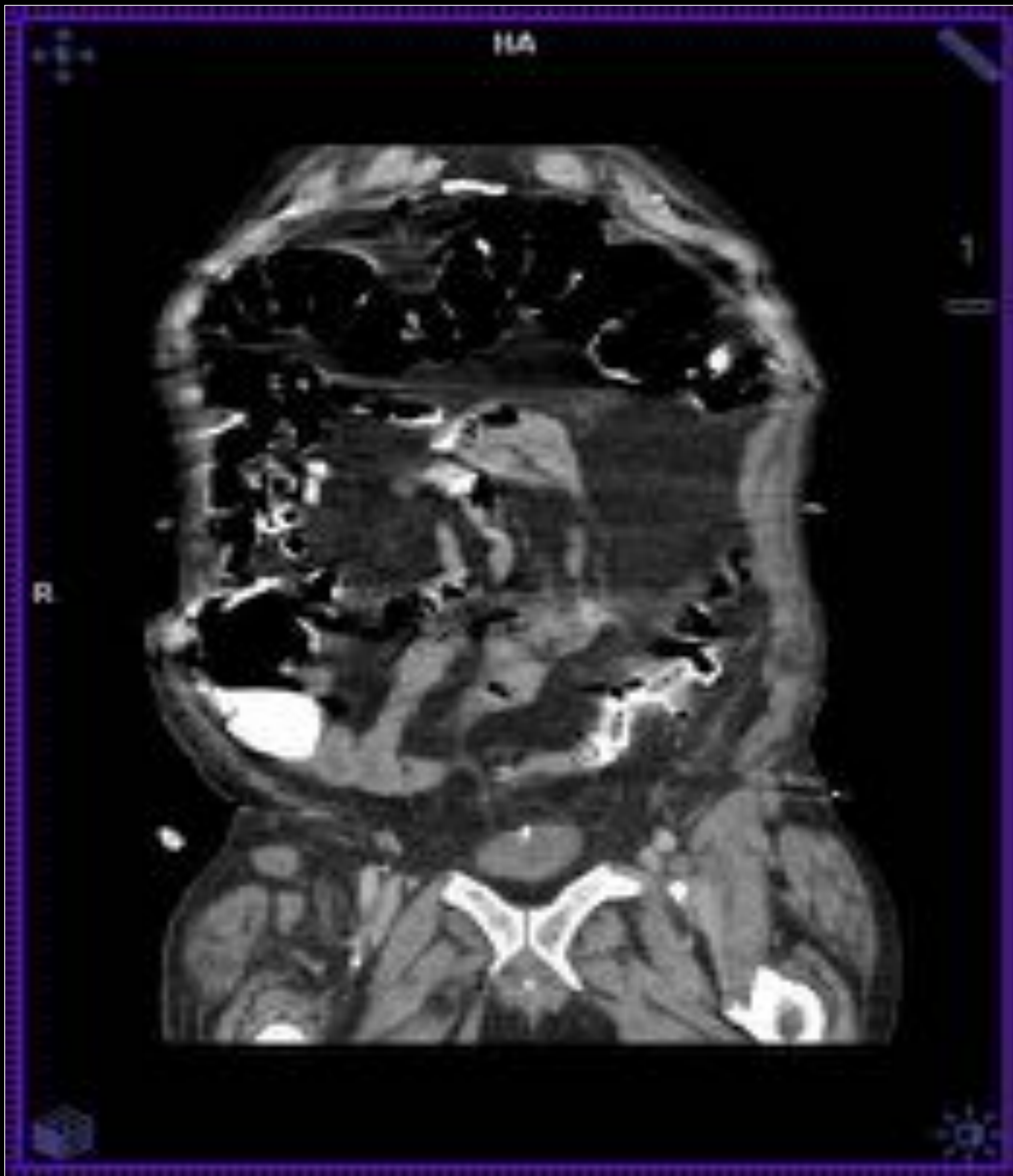


TC en corte axial que muestra cáncer de colon en ángulo hepático prequirúrgico (1). Al 6 día post-quirúrgico muestra neumoperitoneo (2) y líquido libre (3) próximo a la zona teórica de la anastomosis, sugestivo de fuga anastomótica.

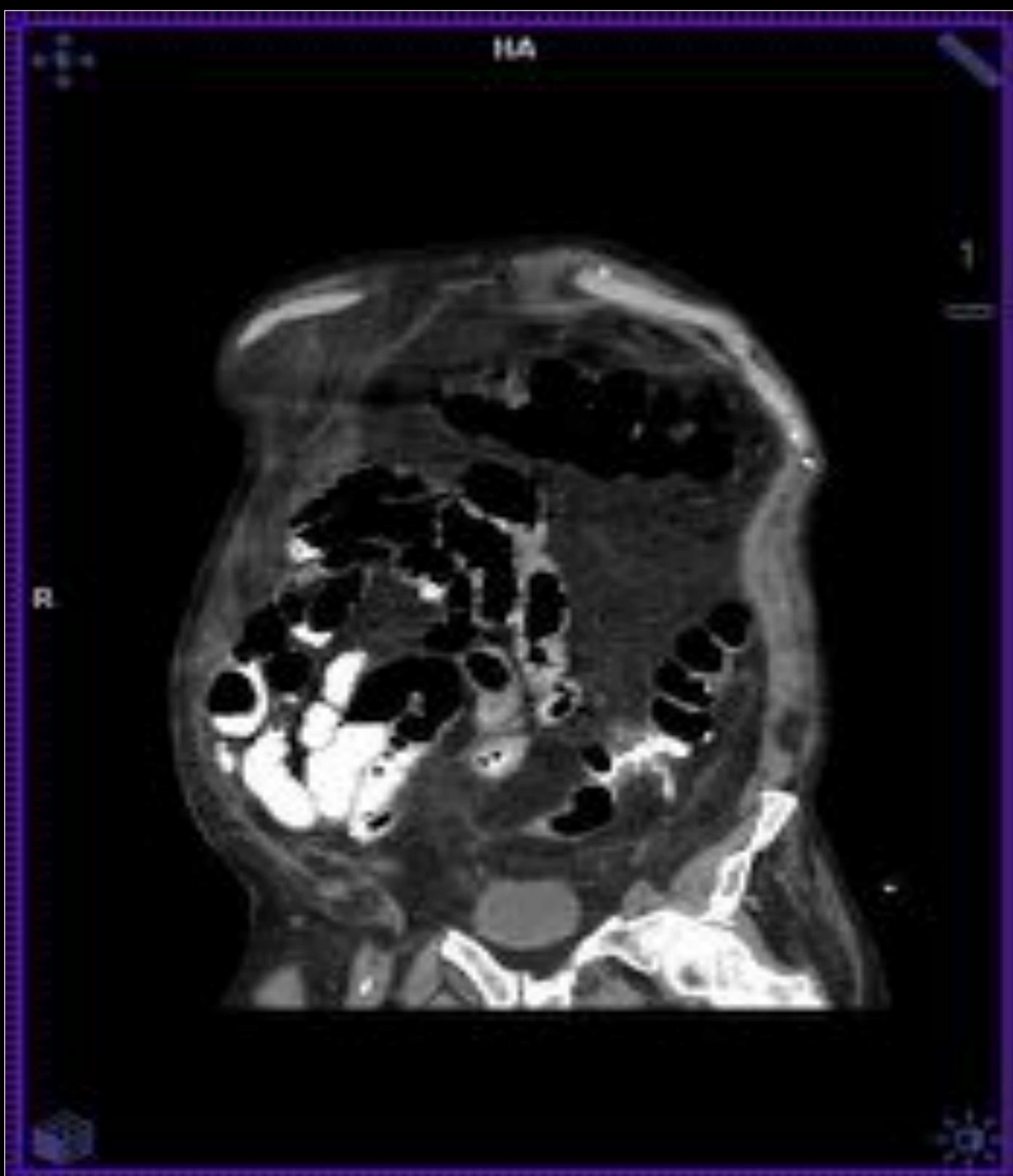
## REVISION DEL TEMA

- FUGAS SUBCLINICAS

- Fugas subclínicas en los exámenes radiológicos postoperatorios de rutina en 5.7% -10.7% de los casos. Estas filtraciones ocultas pueden persistir durante años sin síntomas significativos.
- Las fugas subclínicas parecen tener una mayor incidencia de curación espontánea en comparación con las fugas clínicas.



Fuga subclínica: TC con reconstrucción coronal y sagital con contraste oral, muestra fuga anastomótica en sigma en paciente asintomático.



Control en paciente previo: TC con reconstrucción coronal y sagital con contraste oral, muestra mejoría de la fuga.



## REVISION DEL TEMA

- SEGURIDAD DE LA PRUEBA
  - Tasas de falsos negativos del 35% al 49% para la obtención de imágenes radiológicas de fugas sospechosas de anastomosis.
  - Generalmente se relaciona con el momento del estudio radiográfico postoperatorio o con los factores que influyen en la calidad del estudio, como la distensión del segmento anastomótico, el uso de contraste rectal y el grosor de corte axial y la reconstrucción multiplanar.

## REVISION DEL TEMA

- SEGURIDAD DE LA PRUEBA
  - La tasa de falsos negativos puede ser mayor en el período postoperatorio inmediato, antes de que el líquido y el aire filtrados hayan tenido tiempo de acumularse.
  - Se puede pasar por alto una fuga anastomótica distal si el catéter de material de contraste rectal lo cierra, particularmente si la anastomosis es baja y se usa un balón en lugar de un catéter recto.

## REVISION DEL TEMA

- MANEJO
  - Los hallazgos radiológicos consistentes con una fuga anastomótica no siempre determinan el abordaje del tratamiento o cambian el manejo clínico.
  - Las fugas no siempre requieren manejo quirúrgico porque muchas de ellas, incluidas las pérdidas ocultas, parecen ser autolimitadas.

## REVISION DEL TEMA

- MANEJO
  - Las fugas no siempre requieren manejo quirúrgico porque muchas de ellas, incluidas las pérdidas ocultas, parecen ser autolimitantes.
  - Si la fuga está contenida y el paciente está estable sin signos de sepsis o peritonitis, el tratamiento inicial puede ser conservador y consistir en la administración de antibióticos.

## CONCLUSIONES

- La dehiscencia de la anastomosis es una complicación postoperatoria grave.
- La evaluación radiológica de potenciales fugas anastomóticas se realiza principalmente con TC.
- La identificación del contraste intraluminal fuera del intestino es el hallazgo de imágenes más específico.