

Guías de manejo del síndrome de resección anterior baja

El Proyecto MANUEL

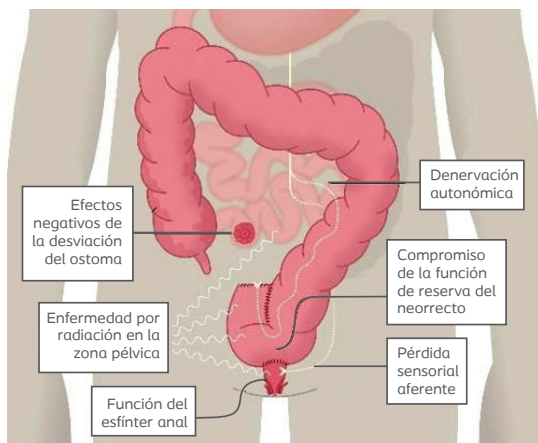
P. Christensen, C Im Baeten, E. Espin-Basany, J. Martellucci, K. Nugent, F. Zerbib, G. Pellino, H. Rosen. Colorectal Disease 2021;00:1-15.

Resumen

Ocho cirujanos especialistas en colon y recto y gastroenterólogos con experiencia en la evaluación y el tratamiento del síndrome de resección anterior baja crearon una guía práctica para los profesionales de la salud que atienden pacientes con este síndrome. Le llamaron “Proyecto MANUEL” por su nombre en inglés (MANagement gUIdeLines for Low anterior resection syndrome) y constituye un resumen de consenso actualizado que abarca todos los aspectos de la fisiopatología, la evaluación y el tratamiento del síndrome de resección anterior baja.

Método

El proyecto se subdividió en grupos de trabajo, cada uno dedicado a una sección del proyecto MANUEL. Se elaboró y se acordó una estrategia de búsqueda bibliográfica, y cada uno de los miembros dirigió individualmente la redacción de un conjunto de trabajos sobre su especialidad. Se llegó a consenso mediante un debate en mesa redonda a partir de la evidencia publicadas y de la experiencia clínica. Luego, el manuscrito fue revisado por un paciente con síndrome de resección anterior baja, quien también contribuyó en la sección sobre el punto de vista del paciente.



Epidemiología y sintomatología

El síndrome de resección anterior baja presenta una alta prevalencia (60–90%) y puede durar muchos años después de la cirugía rectal. Se lo define como “trastorno de la función intestinal tras la resección del recto, que conlleva un deterioro de la calidad de vida”. Las secuelas más frecuentes son la incontinencia (97%), la elevada frecuencia de las deposiciones (80%), la sensación de urgencia (67%), la disfunción de la evacuación (47%), los problemas de discriminación entre gases y heces (34%) y los efectos sobre la calidad de vida relacionados con la salud (80%).

Fisiopatología

El tratamiento del cáncer rectal puede afectar la función de los esfínteres anales interno y externo, la sensibilidad anorrectal, la distensibilidad rectal, el vaciado rectal y la consistencia de las heces. Por lo tanto, se considera que la etiología del síndrome de resección anterior baja es multifactorial, ya que tienen un complejo trasfondo anatómico, neurológico, fisiológico y psicológico.



Los mejores cuidados de acompañamiento

Al principio del tratamiento, la atención está centrada en que el paciente sobreviva al cáncer y se cure; las expectativas de que haya problemas intestinales después de la cirugía son mínimas. Las principales inquietudes son poder encontrar baños fuera de casa o llegar al baño a tiempo, la posibilidad de emitir olor en situaciones sociales, sufrir accidentes intestinales o sentir que no se controlan los esfínteres, así como saber qué alimentos ingerir al salir a comer afuera. El tratamiento debe ser multimodal y se deben utilizar diversas técnicas de rehabilitación según las necesidades individuales del paciente. La tabla de tratamientos sugeridos (derecha) fue elaborada por los autores.

Irrigación transanal como opción de tratamiento del síndrome de resección anterior baja

Las investigaciones efectuadas para evaluar la irrigación transanal como tratamiento del síndrome de resección anterior baja revelaron un efecto muy importante. Los autores afirman que, a la hora de considerar la irrigación transanal como opción de tratamiento, es importante una adecuada selección y formación de los pacientes. Se recomienda contar con un equipo multidisciplinario que incluya un gastroenterólogo, antes, durante y después de la irrigación transanal. El criterio de selección de pacientes para irrigación transanal como tratamiento del síndrome de resección anterior baja dependerá de la gravedad de los síntomas. Deberán haberse iniciado los cuidados de soporte y haberse demostrado que son insuficientes, y deberá haberse descartado toda mejoría espontánea de la situación del paciente.

Según los autores, es imprescindible que los pacientes cuenten con el apoyo de personal experimentado que los asista no solo en el hospital, sino (y lo que es más importante) también en su hogar, hasta que el paciente sea capaz de realizar la irrigación transanal por sí mismo. Si bien la perforación se considera una complicación infrecuente, debe realizarse un examen rectal y endoscópico para excluir cualquier anomalía anatómica. Para minimizar este riesgo, es necesario ofrecer una capacitación intensiva y estandarizada.

Cuando utiliza el catéter rectal de balón en pacientes con síndrome de resección anterior baja, los especialistas aconsejan inflar el balón únicamente al mínimo para controlar la filtración del líquido de irrigación durante la instilación, debido al riesgo de inflar el balón en la zona de la anastomosis.

Cualquier consulta o sugerencia comuníquese con nosotros. ¡Estamos para asesorarlo!

Asesoramiento
Gratuito **0800 777 7008**

 /ColoplastAR  Coloplast.ar

