

Pautas para el tratamiento del Síndrome de resección anterior baja

El proyecto MANUEL

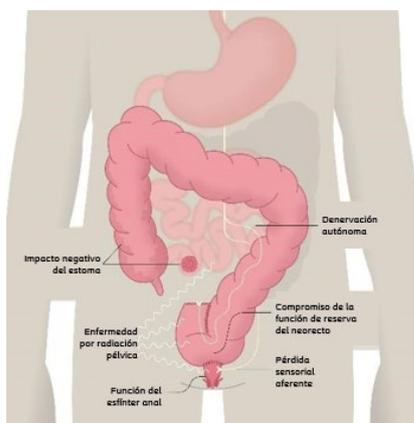
P. Christensen, C IM Baeten, E. Espín-Basany, J. Martellucci, K. Nugent, F. Zerbib, G. Pellino, H. Rosen. *Colorectal Disease* 2021; 00:1-15.

Resumen

Ocho cirujanos colorrectales y gastroenterólogos con experiencia en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de resección anterior baja (LARS, por sus siglas en inglés) tenían como objetivo desarrollar una guía práctica para el personal sanitario que trata a pacientes con LARS. El proyecto MANUEL consiste en un documento de consenso actualizado que aborda todos los aspectos fisiopatológicos del LARS, así como su evaluación y el tratamiento.

Método

El proyecto se divide en diferentes grupos de trabajo, encargándose cada uno de ellos de un apartado específico de MANUEL. Se estableció una estrategia de búsqueda bibliográfica, procediéndose posteriormente a que cada uno de los miembros liderase el apartado del que eran especialistas. Con todo lo anterior, se alcanzó el consenso de todos los bloques mediante la realización de una mesa redonda, en base a las publicaciones científicas y a la experiencia clínica. Por último, un paciente con LARS revisó el manuscrito creado, a la vez que contribuyó con la sección que habla sobre la perspectiva del paciente.



Epidemiología y síntomas

El LARS tiene una alta prevalencia (de entre un 60% y un 80%) y puede estar presente durante años tras del tratamiento quirúrgico del recto. Se define como «la alteración de la función intestinal tras la resección de recto y provoca el detrimento de la calidad de vida». Las consecuencias más comunes son la incontinencia (97%), una mayor frecuencia de las evacuaciones (80%), la urgencia en la evacuación (67%), alteración en las evacuaciones (47%), problemas para diferenciar los gases de las de deposiciones (34%) y efectos sobre la calidad de vida vinculado al estado de salud (80%).

Fisiopatología

El tratamiento para el cáncer de recto puede afectar al funcionamiento de los esfínteres anales, tanto internos como externos, la sensibilidad anorrectal, la distensión rectal, el vaciado rectal y la consistencia de las heces. Por lo tanto, la etiología del LARS se considera multifactorial: por el complejo contexto anatómico, neurológico, fisiológico y psicológico.

El mejor cuidado paliativo

Dado que, en una primera instancia, el objetivo principal para estos pacientes es la supervivencia al proceso oncológico, las expectativas por los problemas intestinales tras la cirugía son mínimas. Las preocupaciones más frecuentes que manifiestan estos pacientes son las de encontrar aseos fuera de casa, llegar al baño a tiempo, emitir olores en ambientes sociales, problemas intestinales, pérdida del control intestinal y saber qué comer fuera del hogar. Se debe considerar un enfoque multidisciplinar para el tratamiento, mediante numerosas técnicas rehabilitadoras según las necesidades de cada paciente. El gráfico con el tratamiento sugerido (derecha) fue desarrollado por varios autores.



Irrigación transanal (ITA) como una opción para tratar el LARS

Las investigaciones que han evaluado el efecto de la ITA como tratamiento para el LARS mostraron resultados significativos. Los autores señalan que la selección del paciente y la preparación adecuadas son importantes a la hora de considerar la ITA como una opción. Se recomienda un equipo multidisciplinario que incluya a un gastroenterólogo antes, durante y después de la ITA. Elegir a un paciente para que se adhiera a la ITA como tratamiento del LARS dependerá de la gravedad de los síntomas. Se tendría que demostrar que los cuidados paliativos que se pusieron en marcha son insuficientes y descartar cualquier mejora espontánea de la situación del paciente.

Según los autores, es obligatorio que los pacientes cuenten con el apoyo de un sanitario sanitario/colaborador con experiencia que les ayude tanto en el centro hospitalario como en casa especialmente, hasta que el paciente sea capaz de efectuar la ITA de forma autónoma. Aunque se considere que la perforación es una complicación rara, se debería realizar una exploración rectal y endoscópica para descartar cualquier anomalía anatómica. Debería ser obligatoria una formación intensiva y estandarizada para mantener este riesgo lo más bajo posible.

La sonda rectal que se usa con el sistema ITA puede tener forma de cono o ser un dispositivo con balón. Si se usa la sonda rectal con balón en pacientes con LARS, los expertos recomiendan que se infle el balón al mínimo para controlar la fuga de los fluidos de la irrigación durante la instilación, debido al riesgo de inflar el balón en la zona de la anastomosis.