



Artículo especial:

ESTOMA DERIVATIVO, DRENAJE PÉLVICO Y TUBO DE DRENAJE TRANSANAL DEFUNCTIONING STOMA. PELVIC DRAINAGE AND TRANSANAL DRAINAGE TUBE

F. Fernández López¹, I. Monjero Ares², A. Parajó Calvo³

(1) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.

(2) Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.

(3) Complejo Hospitalario Universitario. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.

Nota: Los contenidos de este artículo especial son una obra derivada de la "Guía práctica para el tratamiento quirúrgico del cáncer de recto del Grupo Gallego de Coloproctología y la Sociedad de Cirugía de Galicia, publicada por el Servicio Gallego de Salud en 2025 bajo licencia CC BY-SA 4.0.

Fecha de recibido: 12/01/2026 - Fecha de aceptación: 18/01/2026 - Fecha de publicación en línea: 31/03/2026.

Citar como: Fernández López F, Monjero Ares I, Parajó Calvo A. Estoma derivativo, drenaje pélvico y tubo de drenaje transanal. Rev Cir Gal. 2026; 10(14, supl1). Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons-BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

ESTOMA DERIVATIVO:

La utilización de un estoma de derivación temporal en los pacientes con RA baja por cáncer de recto sigue siendo un tema a debate. En un metaanálisis, que incluye 4 estudios aleatorizados²⁰⁹ se pudo comprobar que, en relación al grupo de pacientes sin estoma derivativo, hubo unos índices bajos de FA (RR 0,39; 0,23-0,66; $p < 0,001$) y reintervenciones (RR 0,29; 0,16-0,53; $p < 0,001$). De manera similar a otros metaanálisis²¹⁰⁻²¹² concluyen que un estoma derivativo disminuye las consecuencias clínicas de una FA y las reintervenciones y por ello se recomienda el uso de este procedimiento después de una resección baja por cáncer de recto.

En un metaanálisis reciente, los autores²¹³ detectaron un número significativamente mayor de fugas anastomóticas en pacientes sin

ileostomía derivativa que en aquellos con derivación (OR: 0,292, CI 95%: 0,177-0,481) y más pacientes requirieron reintervenciones (OR: 0,219, IC 95%: 0,114-0,422). No obstante, el índice de complicaciones, al margen de la fuga de anastomosis fue significativamente superior en el grupo de pacientes con ileostomía de derivación (OR: 3,337, IC 95%: 1,570-7,093).

Aunque se recomienda el uso de un estoma de derivación en pacientes con cáncer de recto y con RA baja²¹⁴, para algunos autores²¹⁵ el beneficio de un estoma temporal se vería equilibrado por un riesgo alto de complicaciones, tanto durante el tiempo en el que está en funcionamiento como tras su reversión y estas consecuencias no deberían subestimarse.

El estudio RALAR²¹⁶, recientemente publicado, multicéntrico y con una muestra de buen

tamaño, aunque retrospectivo, genera una puntuación específica de predicción de riesgo de FA y que podría ayudar al cirujano a decidir sobre la creación de un estoma derivativo (<http://www.marianotomatis.it/RALARscore>) y aunque, en experiencia de los autores, este estoma no reduzca significativamente la tasa de FA ayudaría a reducir sus consecuencias.

Varios metaanálisis comunican que la ileostomía comparativamente a la colostomía de protección se asocia a mayor índice de deshidratación, dermatitis e íleo pero los pacientes presentan un menor riesgo de sepsis y prolapso así como una tasa menor de infección de pared y eventración tras la reconstrucción del tránsito²¹⁷⁻²²¹, no obstante estas diferencias no se traducen a favor de la ileostomía cuando se evalúan las complicaciones generales de la formación y reversión del estoma y, aunque la ileostomía es la técnica de preferencia por muchos cirujanos, posiblemente por su mayor facilidad de construcción, serán necesarios estudios multicéntricos, homogéneos y con calidad para demostrar una evidencia que demuestre la superioridad de un procedimiento sobre el otro.

La evidencia no respalda el uso del estoma para disminuir la tasa de FA y, si bien se disminuyen significativamente sus consecuencias y el número de reintervenciones, el procedimiento no está exento de otras complicaciones.

De la revisión de las publicaciones existentes se concluye que un estoma derivativo de protección debería ser considerado en pacientes con ETM y RA baja o anastomosis coloanal por cáncer de recto pero se necesitarían más estudios de alta calidad antes de recomendar la técnica de manera rutinaria. Grado de recomendación A. Nivel de evidencia 1B.

DRENAJE PÉLVICO:

Existen cirujanos que, debido a su experiencia personal y a las conclusiones controvertidas existentes en la literatura, continúan haciendo uso del drenaje pélvico profiláctico (DPP) tras la RA y ETM por cáncer de recto. Posiblemente, gran parte de la controversia existente se deba

al análisis de estudios que presentan una serie de limitaciones, entre otras: inclusión de pacientes con cáncer de colon, recto, enfermedad diverticular o inflamatoria, anastomosis intra y/o extraperitoneales, estomas de protección o no, uso de drenaje con succión y/ o sin succión, tiempo variable de uso del drenaje y exclusión de pacientes con neoadyuvancia²²².

El ensayo holandés de ETM²²³, además de comprobar que la RT preoperatoria no se asociaba a una mayor tasa de FA, apoyó el uso de DPP para disminuir la tasa de FA y la necesidad de reintervención. Este estudio de control aleatorizado informó de una tasa de FA significativamente menor en pacientes con DPP (9,6% VS 23,5%). De la misma forma, el metaanálisis conducido por Rondelli et al.²²⁴ recomienda el uso del DPP ya que en su opinión reduce la incidencia de FA colorrectal extraperitoneal y la tasa de reintervención en comparación a los pacientes sin drenaje.

Otros metaanálisis no encuentran pruebas suficientes que demuestren que el drenaje rutinario pueda prevenir las complicaciones anastomóticas o de otro tipo^{225,226} como la FA clínica o radiológica, mortalidad, infección de pared, reintervenciones y complicaciones respiratorias²²², aunque puede tener impacto en la tasa de oclusión intestinal^{227,228}.

El ensayo clínico multicéntrico prospectivo aleatorizado realizado por el Grupo Francés de Investigación de Cirugía del Cáncer de Recto (GRECCAR) comunicó una tasa de sepsis pélvica del 17,1%, 16,1% vs 18% (p=0,58) en pacientes con o sin DP, respectivamente y concluye que el uso de un DPP después de escisión rectal por cáncer no confiere ningún beneficio al paciente²²⁹.

Por otro lado, existe cierta evidencia de que un DPP puede ser un factor predictivo independiente de FA clínica²³⁰ y algunos autores²³¹ informan de una probabilidad 2 veces mayor de riesgo de presentar esta complicación (OR=1,937, IC95% 1,062-3,531, p=0,0031). Sin embargo, estos resultados deberemos tomarlos con cautela ya que son estudios retrospectivos o prospectivos no

aleatorizados y por lo tanto sujetos a sesgo de selección.

En la actualidad existe un nivel alto de evidencia que permite sugerir que el uso de un DPP no aporta beneficios en la prevención de la FA y las complicaciones derivadas de la misma después de cirugía oncológica rectal con anastomosis extraperitoneal. Grado de recomendación A. Nivel de evidencia 1 A.

TUBO DE DRENAJE TRANSANAL:

Diversos estudios han avalado el uso rutinario de un tubo de drenaje transanal (TDT) con la finalidad de disminuir la incidencia de FA tras RA y ETM por cáncer de recto. Sin embargo, los resultados han de valorarse con cautela debido a las limitaciones que presentan: uso de TDT en estudios retrospectivos tras RA baja²³²⁻²³⁴ o resección interesfinteriana con escaso número de pacientes²³⁵, metaanálisis no bien diseñados con revisiones de estudios heterogéneos^{235,236}, metaanálisis de estudios aleatorizados que incluyen información de pacientes con TDT y estoma de protección concurrente²³⁷ o estudios con resultados inconsistentes que prueben la efectividad del procedimiento²³⁸⁻²⁴⁰.

Ensayos multicéntricos aleatorizados²⁴¹⁻²⁴³ y metaanálisis que incluyen solo estudios aleatorizados²⁴⁴ ponen de manifiesto que no existe diferencia significativa en la incidencia de FA y que el empleo de un TDT carece de efecto en la reducción de esta complicación. Varios metaanálisis^{245,246} que analizan separadamente los estudios aleatorizados y observacionales concluyen que existen diferencias entre aleatorizados y observacionales, prospectivos o retrospectivos. En los primeros un TDT no se asociaba con la incidencia de FA, la reducción de la tasa de reintervenciones o el incremento de sangrado; sin embargo, los resultados de los estudios observacionales mostraban una reducción significativa de la FA y la tasa de reintervenciones y no había diferencias significativas en el sangrado anastomótico.

La evidencia actual no apoya el uso rutinario de un TDT para reducir la FA o las complicaciones anastomóticas tras RA y ETM en el cáncer de recto. Grado de recomendación A. Nivel de evidencia 1A.

BIBLIOGRAFÍA:

209. Tan W. S., Tang C. L., Shi L., Eu K. W. Meta-analysis of defunctioning stomas in low anterior resection for rectal cancer. Br J Surg. 2009; 96:462-72. Doi: 10.1002/bjs.6594.
210. Chen J., Wang D. R., Yu H. F., Zhao Z. K., Wang L. H., et al. Defunctioning stoma in low anterior resection for rectal cancer: a meta-analysis of five recent studies. Hepatogastroenterology. 2012; 59:1828-31. Doi: 10.5754/hge11786.
211. Gu W. L., Wu S. W. Meta-analysis of defunctioning stoma in low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer: evidence based on thirteen studies. World J Surg Oncol 2015; 13:9. Doi: 10.1186/s12957-014-0417-1.
212. Garg P. K., Goel A., Sharma S., Chishi N., Gaur M. K. Protective Diversion Stoma in Low Anterior Resection for Rectal Cancer A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Visc Med. 2019; 35:156-60. Doi: 10.1159/000497168.
213. Ahmad N. Z., Abbas M. H., Khan S. U., Parvaiz A. A meta-analysis of the role of diverting ileostomy after rectal cancer surgery. Int J Colorectal Dis. 2021; 36:445-55. Doi: 10.1007/s00384-020-03771-z.
214. Chude G. G., Rayate N. V., Patris V., Koshariya M., Jagad R., Kawamoto J., et al. Defunctioning loop ileostomy with low anterior resection for distal rectal cancer: should we make an ileostomy as a routine procedure? A prospective randomized study. Hepatogastroenterology. 2008; 55:1562-7.
215. Munakata S., Ito S., Sugimoto K., Kojima E., Goto M., Tomiki E., et al. Defunctioning loop ileostomy with restorative proctocolectomy for rectal cancer: Friend or foe? J Anus Rectum Colon. 2018; 1:136-40. Doi: 10.23922/jarc.2017-023.
216. Degiuli M., Elmore U., De Luca R., De Nardi P., Tomatis M., Biondi A. et collaborators from the Italian Society of Surgical Oncology Colorectal Cancer Network Collaborative Group. Risk factors for anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer (RALAR study): A nationwide retrospective study of the Italian Society of Surgical Oncology Colorectal Cancer Network Collaborative Group. Colorectal Dis. 2022; 24:264-76. Doi: 10.1111/codi.15997.
217. Geng H. Z., Nasier D., Liu B., Gao H., Xu Y. K. Meta-analysis of elective surgical complications related to defunctioning loop ileostomy compared with loop colostomy after low anterior resection for rectal carcinoma. Ann R Coll Surg Engl. 2015;

- 97:494-501. Doi: 10.1308/003588415X14181254789240.
218. Rondelli F., Reboldi P., Rulli A., Barberini F., Guerrisi A., Izzo L., et al. Loop ileostomy versus loop colostomy for fecal diversion after colorectal or coloanal anastomosis: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2009; 24:479-88. Doi: 10.1007/s00384-009-0662-x.
219. Gavriilidis P., Azoulay D., Taflampas P. Loop transverse colostomy versus loop ileostomy for defunctioning of colorectal anastomosis: a systematic review, updated conventional meta-analysis, and cumulative meta-analysis. *Surg Today.* 2019; 49:108-117. Doi: 10.1007/s00595-018-1708-x.
220. Du R., Zhou J., Tong G., Chang E., Li D., Wang F., et al. Postoperative morbidity and mortality after anterior resection with preventive diverting loop ileostomy versus loop colostomy for rectal cancer: A updated systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol.* 2021; 47:1514-25. Doi: 10.1016/j.ejso.2021.01.030.
221. Chudner A., Gachabayov M., Dyatlov A., Le H., Essani R., Bergamaschi R. The influence of diverting loop ileostomy vs. colostomy on postoperative morbidity in restorative anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg.* 2019; 404:129-39. Doi: 10.1007/s00423-019-01758-1.
222. Zhang HY, Zhao CL, Xie J, Ye YW, Sun JF, Ding ZH, et al. To drain or not to drain in colorectal anastomosis: a meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2016; 31:951-60. Doi: 10.1007/s00384-016-2509-6.
223. Peeters K. C., Tollenaar R. A., Marijnen C. A., Klein Kranenbarg E., Steup W. H., Wiggers T., et al. Risk factors for anastomotic failure after total mesorectal excision of rectal cancer. *Br J Surg.* 2005; 92:211-6. Doi: 10.1002/bjs.4806.
224. Rondelli F., Bugiantella W., Vedovati M. C., Balzarotti R., Avenia N., Mariani E., et al. To drain or not to drain extraperitoneal colorectal anastomosis?. A systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2014; 16:35-42. <https://doi.org/10.1111/codi.12491>.
225. Karliczek A., Jesus E. C., Matos D., Castro A. A., Atallah A. N., Wiggers T. Drainage or nondrainage in elective colorectal anastomosis: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2006; 8:259-65. Doi: 10.1111/j.1463-1318.2006.00999.x.
226. Cavaliere D., Popivanov G., Cassini D., Cirocchi R., Henry B. M., Vettoretto N, et al. Is a drain necessary after anterior resection of the rectum? A systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2019; 34:973:81. <https://doi.org/10.1007/s00384-019-03276-4>.
227. Menahem B., Vallois A., Alves A., Lubrano J. Prophylactic pelvic drainage after rectal resection with extraperitoneal anastomosis: is it worthwhile? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Colorectal Dis.* 2017; 32:1531-8. Doi: 10.1007/s00384-017-2891-8.
228. Guerra F., Giuliani G., Coletta D., Boni M., Rondelli F., Bianchi P. P., et al. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials on the Use of Suction Drains Following Rectal Surgery. *Dig Surg.* 2018; 35:482-90. Doi: 10.1159/000485139.
229. Denost Q., Rouanet P., Faucheron J. L., Panis E., Meunier B., Cotte E., et al. French Research Group of Rectal Cancer Surgery (GRECCAR). To Drain or Not to Drain Infraperitoneal Anastomose After Rectal Excision for Cancer: The GRECCAR 5 Randomized Trial. *Ann Surg.* 2017; 265:474-80. Doi: 10.1097/SLA.0000000000001991.
230. Yeh C. Y., Changchien C. R., Wang J. Y., Chen J. S., Chen H. H., Chiang J. M., et al. Pelvic drainage and other risk factors for leakage after elective anterior resection in rectal cancer patients: a prospective study of 978 patients. *Ann Surg.* 2005; 241:9-13. Doi: 10.1097/01.sla.0000150067.99651.6a.
231. Le R. M., Gamboa A. C., Turgeon M. K., Prasad S., Kwakye G., Mohammed M., et al. Revisiting the Value of Drains After Low Anterior Resection for Rectal Cancer: a Multi-institutional Analysis of 996 Patients. *J Gastrointest Surg.* 2021; 25:2000-10. Doi: 10.1007/s11605-020-04781-6.
232. Kawada K., Takahashi R., Hida K., Sakai E. Impact of transanal drainage tube on anastomotic leakage after laparoscopic low anterior resection. *Int J Colorectal Dis.* 2018; 33:337-40. Doi: 10.1007/s00384-017-2952-z.
233. Goto S., Hida K., Kawada K., Okamura R., Hasegawa S., Kyogoku T., et al. Multicenter analysis of transanal tube placement for prevention of anastomotic leak after low anterior resection. *J Surg Oncol.* 2017; 116:989-95. Doi: 10.1002/jso.24760.
234. Ito T., Obama K., Sato T., Matsuo K., Inoue H., Kubota K., et al. Usefulness of transanal tube placement for prevention of anastomotic leakage following laparoscopic low anterior resection. *Asian J Endosc Surg.* 2017; 10:17-22. Doi: 10.1111/ases.12310.

235. Zhong X., Xie X., Hu H., Li E., Tian S., Qian Q, et al. Trans-Anastomotic Drainage Tube Placement After Hand-Sewn Anastomose in Patients Undergoing Intersphincteric Resection for Low Rectal Cancer: An Alternative Drainage Method. *Front Oncol.* 2022; 12:872120. Doi: 10.3389/fonc.2022.872120.
236. Chen H., Cai H. K., Tang Y. H. An updated meta-analysis of transanal drainage tube for prevention of anastomotic leak in anterior resection for rectal cancer. *Surg Oncol.* 2018; 27:333-40. Doi: 10.1016/j.suronc.2018.05.018.
237. Wang F. G., Yan W. M., Yan M., Song M. M. Comparison of anastomotic leakage rate and reoperation rate between transanal tube placement and defunctioning stoma after anterior resection: A network meta-analysis of clinical data. *Eur J Surg Oncol.* 2019; 45:1301-9. Doi: 10.1016/j.ejso.2019.01.182.
238. Yeow M., Soh S., Wong J., Koh F. H., Syn N., Fearnhead N. S., et al. Transanal tube versus defunctioning stoma after low anterior resection for rectal cancer: network meta-analysis of randomized controlled trials. *Br J Surg.* 2022; 109:900-3. Doi: 10.1093/bjs/znac170.
239. Yang C. S., Choi G. S., Park J. S., Park S. Y., Kim H. J., Choi J. I., et al. Rectal tube drainage reduces major anastomotic leakage after minimally invasive rectal cancer surgery. *Colorectal Dis.* 2016; 18: Ou445-Ou452. Doi: 10.1111/codi.13506.
240. Cong Z. J., Fu C. G., Wang H. T., Liu L. J., Zhang W., Wang H. Influencing factors of symptomatic anastomotic leakage after anterior resection of the rectum for cancer. *World J Surg.* 2009; 33:1292-7. Doi: 10.1007/s00268-009-0008-4.
241. Xiao L., Zhang W. B., Jiang P. C., Bu X. F., Yan Q., Li H., et al. Can transanal tube placement after anterior resection for rectal carcinoma reduce anastomotic leakage rate? A single-institution prospective randomized study. *World J Surg.* 2011; 35:1367-77. Doi: 10.1007/s00268-011-1053-3.
242. Tamura K., Matsuda K., Horiuchi T., Noguchi K., Hotta T., Takifuji K., et al. Laparoscopic anterior resection with or without transanal tube for rectal cancer patients - A multicenter randomized controlled trial. *Am J Surg.* 2021; 222:606-12. Doi: 10.1016/j.amjsurg.2020.12.054.
243. Zhao S., Zhang L., Gao F., Wu M., Zheng J., Bai L., et al. Transanal Drainage Tube Use for Preventing Anastomotic Leakage After Laparoscopic Low Anterior Resection in Patients With Rectal Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2021; 156:1151-8. Doi: 10.1001/jamasurg.2021.4568.
244. Zhao S., Hu K., Tian E., Xu E. Tong W. Role of transanal drainage tubes in preventing anastomotic leakage after low anterior resection: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Tech Coloproctol.* 2022; 26:931-9. Doi: 10.1007/s10151-022-02665-2.
245. Ha G. W., Kim H. J., Le M. R. Transanal tube placement for prevention of anastomotic leakage following low anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Treat Res.* 2015; 89:313-8. Doi: 10.4174/astr.2015.89.6.313.
246. Guo C., Fu Z., Qing X., Deng M. Prophylactic transanal drainage tube placement for preventing anastomotic leakage after anterior resection for rectal cancer: A meta-analysis. *Colorectal Dis.* 2022; 24:1273-84. Doi: 10.1111/codi.16231.