



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

LÓPEZ-KÖSTNER, FRANCISCO; ZÁRATE C., ALEJANDRO

Proctocolectomía restauradora con reservorio íleoanal laparoscópica sin ileostomía de protección

Revista Chilena de Cirugía, vol. 60, núm. 1, febrero, 2008, pp. 63-66

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531928014>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CASOS CLÍNICOS

Proctocolectomía restauradora con reservorio íleoanal laparoscópica sin ileostomía de protección*

Restorative proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis without loop ileostomy

Drs. FRANCISCO LÓPEZ-KÖSTNER,¹ ALEJANDRO ZÁRATE C.²

¹Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica, Santiago, Chile.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es presentar el resultado de la primera proctocolectomía laparoscópica con reservorio íleo-anal, sin ileostomía de protección, practicada en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La operación se realizó en un paciente de 34 años con poliposis adenomatosa familiar. El paciente tuvo un cuadro clínico de un mes y medio de evolución, caracterizado por dolor abdominal y cambio del hábito intestinal. El estudio colonoscópico reveló la presencia de múltiples pólipos en colon (>100 pólipos), así como también, compromiso rectal. Dado los hallazgos intraoperatorios se decidió efectuar una proctocolectomía laparoscópica más un reservorio ileal en J, sin ileostomía de protección; la pieza operatoria se extrajo mediante una incisión de Pfannenstiel. La cirugía se realizó sin dificultades en un tiempo de 340 minutos. El paciente se realimentó con líquidos al 5º día y se dio de alta al 9º día postoperatorio, sin complicaciones. No se registraron complicaciones en el seguimiento temprano a 30 días del alta hospitalaria. Luego de 6 meses desde su operación, el paciente presenta 4-6 deposiciones diarias, sin urgencia y utiliza loperamida® en forma esporádica.

PALABRAS CLAVE: *Cirugía laparoscópica, poliposis adenomatosa familiar, proctocolectomía.*

SUMMARY

The aim of this paper is to present the result of the first laparoscopic proctocolectomy with ileo anal pouch, without loop ileostomy, made in the Clinical Hospital of the Pontificia Universidad Católica de Chile. The operation was made in a patient of 34 years old, with adenomatous familial polyposis. The patient had a clinical presentation of a month and a half with abdominal pain and change of abdominal bowel evacuation. The colonoscopic study reveal the presence of multiples polyps in the colon (>100 polyps), and rectal compromise. In order to the intraoperative findings we decided made a laparoscopic proctocolectomy with an ileal J pouch, without protection ileostomy, and surgical specimen was extracted through Pfannenstiel's incision. The surgery was made without difficulties, with an operative time of 340 minutes. The patient was feed with liquid diet in the 5º postoperative day, and was discharge the 9º postoperative day, without complications. There were not complications in the early follow up (<30 days since the operation). After 6

*Recibido el 5 de Junio de 2007 y aceptado para publicación el 26 de Junio de 2007.

Correspondencia: Dr. Francisco López Köstner
Marcoleta 367. Santiago
Fax: 6329620
e-mail: flopez@med.puc.cl.

months, the patient presents 4-6 bowel movements per day, without urgency and use loperamida sporadically.

KEY WORDS: *Laparoscopic surgery, familial adenomatous polyposis, proctocolectomy.*

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica ha presentado un sostenido desarrollo desde la década anterior^{1,2}, lo que ha permitido que procedimientos más complejos como la proctocolectomía restauradora con reservorio ileal sean realizados con este mismo acceso^{3,4}.

La principal ventaja del acceso laparoscópico radica en la menor tasa de complicaciones asociados a la laparotomía (hernias, infección de la herida operatoria), íleo postoperatorio y obstrucción intestinal a largo plazo⁵. Junto con estas ventajas, se asocia a una recuperación postoperatoria más rápida y finalmente a un resultado cosmético superior⁶. Con respecto a este último punto, se debe destacar su papel específico en los pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF) ya que la mayoría de ellos son jóvenes y la proctocolectomía se hace en forma profiláctica.

Siguiendo estas mismas consideraciones, distintos grupos de especialistas han planteado que en estos pacientes "sanos" excepto por la presencia de sus múltiples pólipos, se podría evitar el uso de la ileostomía transitoria⁷. Dado que en Chile no hay reportes de esta modalidad técnica, se ha decidido describir el caso clínico de un paciente sometido a proctocolectomía restauradora con reservorio íleoanal laparoscópico (PCRL) sin ileostomía de protección.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 34 años, quien como antecedente familiar sólo destaca a su abuelo paterno quien habría presentado un cáncer gástrico a los 47 años. El cuadro clínico actual se caracteriza por dolor abdominal intermitente, asociado a cambio del hábito intestinal de un mes y medio de evolución, por lo cual se sometió a una evaluación mediante colonoscopia evidenciándose la presencia de más de 100 pólipos, con tamaño variable entre 2 mm y 2 cm y distribuidos en forma difusa, tanto en el colon como en el recto.

La biopsia de los pólipos confirmó el diagnóstico de adenoma tubular con displasia leve. En el estudio endoscópico alto se encontraron escasos pólipos duodenales. El estudio radiológico mediante tomografía axial computada de abdomen y pelvis, realizada con el objetivo de detectar la presen-

cia de tumores desmoides, no evidenció otras lesiones. El diagnóstico definitivo fue de poliposis adenomatosa difusa. Al momento del diagnóstico ningún otro familiar presentaba antecedentes de poliposis en la familia. A sus padres se les ofreció realizar un estudio colonoscópico y al paciente se le tomó muestras para realizar un estudio genético. Considerando las características del paciente, se indicó una PCRL.

En la exploración en pabellón, se encontró la presencia de placas de fibrosis en la raíz del mesenterio sospechosas de "reacción desmoides" lo cual generó cierta preocupación respecto al alcance del intestino del paciente para la construcción del reservorio. La cirugía fue llevada a cabo sin incidentes por vía laparoscópica y, previo a la sección del recto distal, se procedió con una laparotomía de Pfannestiel para medir correctamente la llegada del intestino delgado. Efectivamente, el meso del intestino delgado se encontraba más retraído, lo que permitió una llegada ajustada del reservorio y representó una franca dificultad para lograr una ileostomía satisfactoria. Frente a esta situación se decidió seccionar el recto aproximadamente a 3 cm por encima del plano de los elevadores y no dejar ileostomía en asa. La construcción del reservorio, los picarones y las pruebas de filtración de aire habían sido todos satisfactorios, lo que permitió cumplir el plan señalado.

El tiempo operatorio fue 340 minutos, sin incidentes y la evolución postoperatoria fue satisfactoria y sin complicaciones. La expulsión de gases por ano se evidenció al 4º día postoperatorio y la realimentación con líquidos al 5º día postoperatorio, indicándose el alta al 9º día postoperatorio.

El examen de la pieza operatoria confirmó el diagnóstico, demostrando la presencia de más de 100 pólipos, algunos pediculados y otros sésiles, que al examen microscópico correspondían a adenomas tubulares con displasia epitelial moderada sin malignización.

Habiendo transcurrido 6 meses de su operación, el paciente presenta 4-6 deposiciones diarias, sin urgencia y utiliza loperamida® en forma esporádica.

DISCUSIÓN

La proctocolectomía restauradora es una cirugía que incluye la colectomía, proctectomía, cons-

trucción de un reservorio, anastomosis reservorio anal y clásicamente la construcción de una ileostomía en asa, de protección de las anastomosis.

Lo anterior, permite la remoción de los tejidos patológicos en el caso de enfermedades como la colitis ulcerosa y la PAF. La indicación de la PCRL, es hoy en día, aceptada ampliamente para el tratamiento quirúrgico de las dos entidades previamente mencionadas^{8,9}.

Tradicionalmente esta cirugía ha sido realizada con la desfuncionalización temporal de la zona de las anastomosis mediante una ileostomía en asa, para evitar el posible impacto desfavorable de complicaciones sépticas de la zona. Sin embargo, la construcción de una ileostomía también es susceptible de complicaciones como altos débitos por la ostomía (desequilibrios hidroelectrolíticos), retracción, hernia paraostómica e irritación de la piel circundante. Además, implica someter al paciente a una nueva cirugía como es el cierre de la ileostomía, la cual no está exenta de diversas morbilidades^{10,11}.

Se ha propuesto que un grupo seleccionado de pacientes^{12,13} podría verse beneficiado de la omisión de la ileostomía al realizar la proctocolectomía restauradora. Este grupo está compuesto por pacientes jóvenes, en los cuales la cirugía haya sido realizada sin incidentes y con mínimos factores que puedan hacer prever una filtración.

En Chile existen escasos reportes de cirugía en pacientes con variantes hereditarias del cáncer colorrectal¹⁴. Al momento actual, no hay reportes de una proctocolectomía restauradora sin ileostomía de protección.

El desarrollo de la cirugía laparoscópica por PAF, comenzó en la década pasada, practicándose colectomías totales y proctocolectomías^{15,16}.

En nuestra institución, en 1998 se inició un protocolo de cirugía laparoscópica¹⁷, en el cual se han realizado 400 cirugías colorrectales hasta Mayo 2007. En este registro, el paciente n° 89 de la serie fue el primero en realizarse una PCRL y, luego de 14 operaciones con la realización sistemática de una ileostomía de protección, se decide realizar una PCRL sin ileostomía en asa.

En nuestro caso se trató de un paciente joven, sin cirugías abdominales previas, sin antecedentes médicos relevantes y con un buen estado nutricional; estas variables se han mencionado en la literatura como las deseables para la construcción de un reservorio sin ileostomía de protección^{12,13}. El detalle del abordaje laparoscópico en cuanto a la construcción del reservorio ya fue expuesto en un artículo previo¹⁸.

La PCRL sin ileostomía de protección, también

posee un tiempo operatorio mayor al descrito en el abordaje abierto⁴. Respecto a las variables postoperatorias como el íleo postoperatorio, realimentación y estadía postquirúrgica, este paciente se enmarca en lo descrito en la literatura^{4,19,20}. En estos pacientes, la realización de la cirugía en un solo tiempo no ha demostrado mayores complicaciones sépticas, mayor tasa de pérdida de los reservorios, ni una mayor mortalidad¹². Además, en los grupos con experiencia se mantienen las ventajas clásicas del abordaje laparoscópico como son un menor íleo, menor estadía hospitalaria y un mejor resultados cosmiológico^{13,21}. Esta última ventaja, en el caso de omitir la ileostomía, es aún más manifiesta y un punto importante a considerar en los pacientes con PAF, dado que un porcentaje considerable de ellos son jóvenes insertos en periodos críticos de su vida social, personal y profesional.

Los resultados funcionales en cuanto a la frecuencia evacuatoria y episodios de incontinencia no son mayores en los pacientes en los cuales se le realiza la cirugía en un solo tiempo en el seguimiento a mediano plazo¹².

Otra de las potenciales ventajas al realizar esta operación mediante laparoscopia sería el menor desarrollo de adherencias²², lo cual eventualmente podría traducirse en una menor probabilidad de íleo a largo plazo.

En resumen, creemos que la PCRL sin ileostomía de protección es actualmente factible. La omisión de la ileostomía dependerá de la experiencia del equipo quirúrgico y las condiciones en que se ha desarrollado la cirugía. Así, será posible realizar esta operación en pacientes jóvenes, sin patologías asociadas, y con una cirugía sin incidentes adversos.

REFERENCIAS

1. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic resection). *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 144-150.
2. Tomita H, Marcello PW, Milsom JW. Laparoscopic surgery of the colon and rectum. *World J Surg* 1999; 23: 397-405.
3. Peters WR. Laparoscopic total proctocolectomy with creation of ileostomy for ulcerative colitis: report of two cases. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2: 175-178.
4. Gill TS, Karantana A, Rees J, Pandey S, Dixon AR. Laparoscopic proctocolectomy with restorative ileoanal pouch. *Colorectal Dis* 2004; 6: 458-461.
5. Delaney CP, Kiran RP, Senagore AJ, Brady K, Fazio VW. Case-matched comparison of clinical and financial outcome after laparoscopic or open colorectal surgery. *Ann Surg* 2003; 238: 67-72.

6. Larson DW, Cima RR, Dozois EJ, Davies M, Piotrowicz K, Barnes SA, *et al.* Safety, feasibility, and short-term outcomes of laparoscopic ileal-pouch-anal anastomosis: a single institutional case-matched experience. *Ann Surg* 2006; 243: 667-672.
7. Ky AJ, Sonoda T, Milsom JW. One-stage laparoscopic restorative proctocolectomy: an alternative to the conventional approach? *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 207-211.
8. Cohen JL, Strong SA, Hyman NH, Buie WD, Dunn GD, Ko CY, *et al.* Standards Practice Task Force American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the surgical treatment of ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1997-2009.
9. Church J, Simmang C. Standards Task Force; American Society of Colon and Rectal Surgeons; Collaborative Group of the Americas on Inherited Colorectal Cancer and the Standards Committee of The American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the treatment of patients with dominantly inherited colorectal cancer (familial adenomatous polyposis and hereditary nonpolyposis colorectal cancer). *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1001-1012.
10. Senapati A, Nicholls RJ, Ritchie JK, Tibbs CJ, Hawley PR. Temporary loop ileostomy for restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1993; 80: 628-630.
11. Mowschenson PM, Critchlow JF, Peppercorn MA. Ileoanal pouch operation. Long-term outcome with or without diverting ileostomy. *Arch Surg* 2000; 135: 463-436.
12. Hainsworth PJ, Bartolo DC. Selective omission of loop ileostomy in restorative proctocolectomy. *Int J Colorectal Dis* 1998; 13: 119-123.
13. Kienle P, Weitz J, Benner A, Herfarth C, Schmidt J. Laparoscopically assisted colectomy and ileoanal pouch procedure with and without protective ileostomy. *Surg Endosc* 2003; 17: 716-720.
14. Soto G, López F, Zárate A, Vúletin F, Zúñiga A, Rahmer A. Resultados alejados en poliposis adenomatosa familiar. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 149-154.
15. Santoro E, Carlini M, Carboni F, Feroce A. Laparoscopic total proctocolectomy with ileal J pouch-anal anastomosis. *Hepatogastroenterology* 1999; 46: 894-899.
16. Milsom JW, Ludwig KA, Church JM, Garcia-Ruiz A. Laparoscopic total abdominal colectomy with ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 675-658.
17. López F, Soto G, Zárate A, Pinedo G, Pérez G, Avendaño R, *et al.* Protocolo de cirugía laparoscópica intestinal. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 225-231.
18. López F, Fullerton D, Pinedo G, Molina M. Proctocolectomía laparoscópica y reservorio íleo-anal en poliposis adenomatosa familiar. Análisis de un caso. *Rev Chil Cir* 2004; 56: 598-603.
19. Marcello PW, Milsom JW, Wong SK, Hammerhofer KA, Goormastic M, Church JM, *et al.* Laparoscopic restorative proctocolectomy: case-matched comparative study with open restorative proctocolectomy. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 604-608.
20. Maartense S, Dunker MS, Slors JF, Cuesta MA, Gouma DJ, van Deventer SJ, *et al.* Hand-assisted laparoscopic versus open restorative proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis: a randomized trial. *Ann Surg* 2004; 240: 984-992.
21. Rivadeneira DE, Marcello PW, Roberts PL, Rusin LC, Murray JJ, Collier JA, *et al.* Benefits of hand-assisted laparoscopic restorative proctocolectomy: A comparative study. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1371-1376.
22. Gutt CN, Oniu T, Schemmer P, Mehrabi A, Buchler MW. Fewer adhesions induced by laparoscopic surgery? *Surg Endosc* 2004; 18: 898-906.