

PINEDO M., GEORGE

Colectomía total laparoscópica para el tratamiento de inercia colónica. Resultados quirúrgicos y funcionales

Revista Chilena de Cirugía, vol. 60, núm. 5, octubre, 2008, pp. 410-417

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531932008>



Revista Chilena de Cirugía,
ISSN (Versión impresa): 0379-3893
editor@cirujanosdechile.cl
Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Colectomía total laparoscópica para el tratamiento de inercia colónica. Resultados quirúrgicos y funcionales*

Laparoscopic total colectomy for colonic inertia. Immediate and late results

Dr. GEORGE PINEDO M.¹

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

TRABAJO DE INGRESO

RESUMEN

Introducción: El abordaje laparoscópico en el tratamiento de la inercia colónica (IC) es una técnica que ha demostrado ser una excelente alternativa al abordaje clásico. **Objetivo:** Presentar la experiencia de la IC y los resultados funcionales obtenidos a mediano plazo luego de una colectomía total con ileoectomía anastomosis (CT+IRA) por vía laparoscópica. **Material y Método:** Se analizaron todos los pacientes operados con diagnóstico de IC a los que se les realizó una CT+IRA vía laparoscópica, en el período 2002 al 2007. Todos poseían un completo estudio para constipación (Historia clínica, manometría ano-rectal, enema baritado, defecografía, estudio radiológico del tránsito colónico y de intestino delgado). Se analizaron las variables preoperatorias y quirúrgicas. Se realizó un seguimiento telefónico evaluando el puntaje según la escala de Wexner para constipación e incontinencia, la recomendación de la cirugía a terceros y satisfacción con el procedimiento (Escala de 1 a 10). **Análisis estadístico:** Test T de Student. **Resultados:** En el período mencionado se intervinieron 20 pacientes, todos de sexo femenino. La edad promedio fue de 41,5 años (i: 18-52). El tiempo operatorio fue de 248 minutos (i: 170-360). Hubo una conversión (5%) por dificultad anatómica. El tiempo medio hasta la expulsión de gases y la realimentación fue al 2º (i: 1-4) y 3º (i: 2-6) día respectivamente. La mediana de estadía postoperatoria fue de 7 días. Se complicaron 7 pacientes (35%) (3 íleo postoperatorios, 1 trombosis portal, 1 rectorragia, 1 colección peri anastomótica y 1 hemoperitoneo). Hubo una relaparotomía por trombosis portal, una punción percutánea por colección perianastomótica y una relaparoscopia por hemoperitoneo. No hubo mortalidad postoperatoria. Seguimiento a una mediana de 25 meses (i: 1-60); puntaje de Wexner para constipación en el preoperatorio fue 22,3 (i: 19-29) y al control postoperatorio 1,8 (i: 0-6) ($p < 0,01$). El nivel medio de satisfacción fue 8 (i: 2-10) y sólo una paciente no recomendaría el procedimiento a otra persona. **Conclusión:** El abordaje laparoscópico para la IC es seguro, factible y con resultados funcionales satisfactorios a mediano plazo.

PALABRAS CLAVE: *Inercia colónica, colectomía total, cirugía laparoscópica.*

* Recibido el 23 de Septiembre de 2007 y aceptado para publicación el 4 de Julio del 2008.

Correspondencia: Dr. George Pinedo M.
Marcoleta 367. Santiago, Chile
E-mail: gpinedo@puc.cl

ABSTRACT

Background: Total colectomy with ileo-recto anastomosis has the best results in the treatment of colonic inertia but it is a complex procedure. Laparoscopic approach is a less invasive alternative. **Aim:** To report the results of laparoscopic total colectomy with ileo rectal anastomosis for the treatment of colonic inertia. **Material and Methods:** Review of medical records of patients with colonic inertia subjected to a laparoscopic total colectomy with ileo rectal anastomosis. All had a complete preoperative study for constipation. A telephone follow up was performed asking for constipation, fecal incontinence and if they would recommend the procedure to other patients. **Results:** Twenty female patients aged 18 to 52 years were operated. Mean operative time was 248 minutes. In 5% of patients, conversion to open surgery was required. The lapse for gas expulsion and resumption of oral feeding was two and three days after surgery, respectively. Mean hospital stay was seven days. Seven patients (35%) has complications (a postoperative ileus in three, a portal vein thrombosis in one, hematochezia in one and hemoperitoneum that required a new laparoscopy in one). The Wexler score for constipation was 22.3 (range 19-29) in the preoperative period and decreased to 1.8 (range 0-6) in the telephone follow up. The mean level of satisfaction was 8 (range 2-10) and only one patient would not recommend the procedure to other patients. **Conclusions:** Laparoscopic total colectomy for colonic inertia has a 35% rate of complications in immediate postoperative period and good functional results in the long term follow up.

KEY WORDS: **Laparoscopic colectomy, constipation, colonic inertia.**

INTRODUCCIÓN

La constipación en la población general es un problema frecuente alcanzando un 2 a 20% según series internacionales¹⁻⁴. Afortunadamente la gran mayoría de los pacientes responden a medidas médicas simples, como cambio en la dieta o laxantes comunes. Cuando estas medidas no son suficientes, se realiza habitualmente una evaluación para descartar causas secundarias de constipación como alteraciones metabólicas, neurológicas, orgánicas y farmacológicas, entre otras.

Si se descartan las causas secundarias^{5,6}, estamos frente a un cuadro de constipación crónica pertinaz o constipación crónica primaria. En este momento se comienza un estudio para intentar categorizar la constipación en uno de cuatro grupos: a. Inercia Colónica (IC); b. Obstrucción de salida; c. Trastornos funcionales; d. Mixto.

Habitualmente el estudio del paciente comienza con la evaluación anatómica del colon a través de un enema baritado o, en este último tiempo, coloclisis por tomografía axial computada (TAC). Estos exámenes, en general, pueden mostrar que el colon es más redundante de lo habitual, sin un significado patológico específico. En seguida el estudio continúa con la evaluación del tiempo de tránsito colónico a través de la ingesta de marcadores que son seguidos por radiografías de abdomen simple; de esta forma se determina si existe una demora patológica en el avance de los marcadores y en que lugar del intestino grueso se detienen. A continuación se realiza una manometría anorrectal (MAR) agregando el test de expulsión del balón; de

esta forma se evalúa si existen trastornos del piso pelviano que no permiten la expulsión del bolo fecal, como la enfermedad de Hirschsprung u otras causas de obstrucción de salida. Para certificar que la mecánica defecatoria está normal es necesario un examen como la defecografía, que evaluará en forma más certera la posibilidad de obstrucción de salida. El intestino delgado también debe estudiarse para descartar un enlentecimiento de este (por ejemplo: Pseudoobstrucción intestinal crónica).

Posterior a la realización del estudio enunciado, los pacientes con IC que no responden satisfactoriamente al tratamiento médico y en los cuales la calidad de vida está severamente afectada, serán los candidatos a una cirugía.

La colectomía total con ileorecto anastomosis (CT+IRA), es la cirugía que presenta los mejores resultados en la literatura nacional e internacional⁷⁻¹¹. Sin embargo, esta es una cirugía compleja, de la cual se describen múltiples complicaciones postoperatorias con hasta un 20% de obstrucción intestinal^{12,13}, y además cosméticamente es inadecuada considerando que la mayoría de los pacientes son mujeres jóvenes.

La cirugía laparoscópica ha revolucionado la forma de acceder al abdomen, permitiendo que se realice el mismo procedimiento, pero con mínimas secuelas cosméticas y tal vez disminuyendo las complicaciones a mediano y largo plazo¹⁴. La CT+IRA por vía laparoscópica, es una buena alternativa, considerando que esta patología es una enfermedad benigna principalmente en pacientes jóvenes.

El objetivo de este trabajo es presentar los resultados quirúrgicos y funcionales, basados en un protocolo prospectivo de pacientes con diagnóstico de IC sometidos a una CT+IRA por vía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde el protocolo prospectivo de cirugía laparoscópica colorrectal¹⁵ realizado entre 1998 hasta el 2007 en el Departamento de Cirugía Digestiva de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se revisan los registros clínicos de 20 pacientes que presentaron diagnóstico de IC y se les realizó una CT + IRA por vía laparoscópica.

El grupo de estudio está constituido sólo por mujeres. Todas las pacientes presentaban al menos 2 años de constipación crónica refractaria al tratamiento médico. A todas ellas se les realizó un completo estudio para diagnosticar IC, el cual incluyó 2 estudios de tránsito colónico en la mayoría, enema baritado de doble contraste o coloclisis por TAC, MAR, defecografía (por resonancia o clásico), estudio baritado de intestino delgado y exámenes de laboratorio de rutina como también exámenes para descartar enfermedad de Chagas e hipotiroidismo.

Se usó rutinariamente preparación de colon, la cual consistió en 2 frascos de fosfo-soda por vía oral el día previo a la operación; lo anterior se complementó con polietilenglicol para asegurar el arrastre de material fecal sólido en pacientes que no tuvieron respuesta adecuada a la preparación habitual. Se administró profilaxis antibiótica con 1 gr de Cefotaxima iv y 500 mg de Metronidazol iv en todas las pacientes.

La técnica quirúrgica, comenzó con la instalación de 5 trócares (3 de 10 mm y 2 de 5 mm) La disección fue realizada por vía medial inicialmente a izquierda y luego a derecha, con sección de todos los elementos vasculares en forma intracorpórea. Se seccionó el recto a nivel del promontorio con corchetera lineal laparoscópica. Incisión de Pfannenstiel de 5 cm. Rutinariamente se protegieron los bordes de la minilaparotomía con un anillo plástico previo a la extracción de la pieza operatoria. Extracción de la pieza y sección de ileon terminal por vía abierta. Instalación de "cabeza" de la corchetera, con jareta de prolene 2/0. Cierre de laparotomía y luego anastomosis ileorectal por vía laparoscópica. Realización rutinaria de la prueba neumática.

Se consignaron parámetros clínicos como estadía hospitalaria, tiempo operatorio, conversión, complicaciones, reinicio de la alimentación, deambulación, tiempo de la primera deposición.

Se evaluaron los resultados funcionales a través de un seguimiento clínico y telefónico a las pacientes, consignando: Score de Wexner para constipación¹⁶ e incontinencia¹⁷, uso de medicación antidiarreica, escala de satisfacción del procedimiento y recomendación de la operación a terceros. Análisis estadístico mediante la prueba T de Student. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el período descrito un total de 20 pacientes fueron sometidas a CT + IRA laparoscópica. La edad promedio fue de 41,5 años (i: 18-52) y el 100% fueron mujeres. Fueron ASA I y II, 14 y 6 pacientes respectivamente (Tabla 1).

Entre los antecedentes de las pacientes destaca que 15 (75%) refería síntomas de síndrome de intestino irritable y que 6 (30%) tenían antecedentes de impactación fecal.

La operación duró 248 minutos promedio (i: 170-360). Una paciente (5%) se convirtió a técnica abierta en la etapa preanastomosis, por dificultad en la evaluación anatómica del recto.

Complicaciones quirúrgicas fueron presentadas por siete pacientes (35%) en el postoperatorio (hasta 30 días posterior a la operación). Las complicaciones se detallan en la Tabla 2. Hubo una relaparotomía por trombosis portal, una punción

Tabla 1
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL GRUPO

Variable	n
Nº Total de pacientes	20
Pacientes mujeres	20
Edad promedio (años)	41,5
ASA I	14
II	6

Tabla 2
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS POSTOPERATORIAS, HASTA 30 DÍAS POSTERIORES A LA CIRUGÍA

Tipo de complicación	n	(%)
Trombosis vena porta	1	(5) *
Colección perianastomótica	1	(5) &
Hemoperitoneo	1	(5) #
Rectorragia	1	(5)
Ileo postoperatorio	3	(15)

*: Laparotomía. &: Punción percutánea. #: Relaparoscopia.

Tabla 3
RESULTADOS DE LA ESCALA DE CONSTIPACIÓN.
APLICACIÓN PRE Y POSTOPERATORIA

Variable	n pacientes	
	Preop	Postop
Evacuaciones 1 o menos/semana	18/20	0/20
Dificultad en evacuación usual	18/20	0/20
Evacuación incompleta usual	15/20	1/20
Dolor abdominal usual	18/20	1/20
Tiempo por defecación (> 20 min)	12/20	0/20
Evacuación sin métodos asociados	0/20	1/20
Evacuación insatisfactoria (3 o más/día)	9/20	0/20
Duración de la constipación (10 o más años previo a cirugía)	17/20	
Puntaje promedio escala de Wexner (constipación)	22,3	1,8 (*)

(*) = $p < 0,01$

percutánea por colección perianastomotica y una relaparoscopia por hemoperitoneo.

El tiempo medio hasta la expulsión de gases y la realimentación con régimen líquido fue de 2 (i: 1-4) y 3 (i: 2-6) días respectivamente. La mediana de días de la estadía postoperatoria fue de 7.

En un seguimiento promedio de 25 meses (i: 1-60), todas las pacientes han aumentado su frecuencia de evacuaciones intestinales semanales. El detalle de la encuesta de constipación se muestra en la Tabla 3. Además la sensación de distensión abdominal disminuyó desde un 75% de las pacientes a un 10%. Un 45% (9/20) de las pacientes refiere uso de antidiarreicos en forma ocasional. Ninguna paciente refiere incontinencia fecal. Una paciente, debido a una obstrucción intestinal a los 10 meses de operada, requirió laparotomía y adherenciólisis, sin embargo, es la misma paciente que requirió laparotomía por trombosis portal en el postoperatorio inmediato.

Al consultar acerca del grado de satisfacción sólo una paciente (5%) se mostró disconforme con el procedimiento. Un 85% (17/20) le recomendaría su cirugía a otro enfermo con similar patología.

DISCUSIÓN

Arbuthnot Lane describió el uso de la CT + IRA en 1908¹⁸; sin embargo, debido a la elevada morbilidad y mortalidad de aquella época fue que esta operación cayó en desuso. En las últimas décadas, a pesar del diagnóstico adecuado de

esta patología con el consecuente descarte de otras enfermedades que no necesitan una conducta quirúrgica, la realización de esta operación siguió siendo resistida por muchos clínicos. Esto último es debido a que la única posibilidad quirúrgica con buenos resultados a largo plazo es resecar completamente el colon anastomosando el ileon terminal al recto.

En la literatura existen estudios de resecciones segmentarias de colon^{19,20}, después de haber estudiado el tránsito colónico a través de estudios cintigráficos y determinar que hay un segmento colónico que es más lento. Sin embargo, a pesar de mostrar resultados a corto plazo aceptables, el mayor seguimiento de los pacientes evidenció sólo resultados regulares²¹.

La CT + IRA es una cirugía bastante agresiva, considerando que requiere una incisión amplia, supra e infraumbilical para realizar la exploración y posterior resección de la pieza quirúrgica. Al ser estos pacientes jóvenes, como se corrobora en nuestra serie con un promedio de edad de 41 años, y estar en un período de vida social activo y ser la constipación una patología benigna, cobra especial importancia el aspecto cosmético, ya que muchas veces la decisión de someterse a una cirugía de esta envergadura está puesto en duda por la deformidad estética que acompaña tradicionalmente a la cirugía abierta. Así, la posibilidad de realizar una cirugía mínimamente invasiva, como lo es el abordaje laparoscópico, resulta ser una opción deseable.

Además de las secuelas estéticas, existe un porcentaje de complicaciones mayores como obstrucción intestinal postoperatoria que puede llegar en algunas series hasta un 20%^{12,13,22-24}. Pikarsky et al⁹, evaluó los resultados a largo plazo después de 50 pacientes con CT + IRA por IC, con 106 meses de seguimiento promedio, donde todos los pacientes entrevistados consideraron los resultados como excelentes. Sin embargo, 20% de los pacientes requirieron rehospitalización por obstrucción intestinal, siendo la mitad de ellos reintervenidos mediante una laparotomía por esta causa. En nuestra serie sólo 1 paciente (5%) presentó reingreso por obstrucción intestinal, lo cual en parte, se puede deber al menor tiempo de seguimiento desde la cirugía. No obstante, sabemos que en teoría la cirugía laparoscópica produce menos adherencias¹⁴, por lo cual esperamos menos complicaciones por esta causa en el futuro.

La única paciente en nuestra serie que presentó obstrucción intestinal tardía y requirió laparotomía fue aquella que presentó una laparotomía en el postoperatorio inmediato por dolor abdominal intenso resultando en una trombosis portal. No

existió una causa clara para la trombosis portal (sin coagulopatías conocidas); sin embargo, luego de esta paciente el nivel de neumoperitoneo ha sido utilizado rutinariamente en 12 en vez de 15 mm Hg. Esta cirugía no está exenta de complicaciones postoperatorias como se describe en nuestra serie; sin embargo, la mayoría son de tratamiento médico.

Respecto a la satisfacción de los pacientes con la cirugía, en un estudio de la Universidad de Utah²⁵ (55 pacientes, 87% de sexo femenino), la mayoría de ellos se encuentran satisfechos con el procedimiento. En nuestra casuística, si bien el seguimiento promedio es de 25 meses, la gran mayoría de las pacientes consideran los resultados como buenos o excelentes. También estos resultados son concordantes con la serie de Piricillo et al²⁶, con un seguimiento de 27 meses. Además, la gran mayoría de los pacientes le recomendaría la cirugía a otro enfermo con similar patología, lo cual muestra el grado de satisfacción en la mayoría de los casos.

En una revisión realizada por Knowles et al, publicada en 1999²⁷, acerca de los estudios publicados en inglés hasta ese momento (32 estudios), demostraron que la operación tenía un éxito de un 86% (i: 39-100%). La presencia de incontinencia fecal en el postoperatorio, se reportó en el 14%, a diferencia del nuestro que fue 0%, a pesar de que hay un porcentaje considerable que utiliza fármacos antidiarreicos (45%) a lo menos en forma ocasional. En este mismo estudio la presencia de dolor abdominal persistente se presentó en el 41% de los pacientes, cifra también superior a nuestros resultados, que fue de 10%. La frecuencia defecatoria diaria es adecuada en la mayoría, y el uso de fármacos antidiarreicos es de baja frecuencia a mediano plazo.

De esta forma, si planteamos a esta cirugía como una solución para la constipación, los resultados son muy satisfactorios. Este hecho se refleja en la mejoría radical del puntaje de Wexner para la constipación, de 22,3 puntos promedio preoperatorio a 1,8 puntos postoperatorio.

Un punto a considerar, al realizar la operación por vía laparoscópica es el mayor tiempo operatorio respecto al descrito para el abordaje mediante cirugía abierta. Sin embargo, al finalizar la curva de aprendizaje, estandarizar la técnica de disección y aumentar progresivamente las destrezas laparoscópicas, es probable que cada vez más los tiempos laparoscópicos se asemejen a los obtenidos mediante el abordaje abierto.

Después de una revisión de la literatura internacional nuestra serie es la que cuenta con mayor número de pacientes intervenidos por esta patología

por vía laparoscópica y el seguimiento a mayor plazo permitirá definir si esta vía de abordaje es el elegido para esta patología.

En suma, en el paciente con un estudio completo para constipación crónica y descartadas causas secundarias, con un diagnóstico de IC, se puede plantear la CT + IRA por vía laparoscópica como una alternativa de tratamiento, con excelentes resultados cosméticos y buenos resultados funcionales a mediano plazo.

REFERENCIAS

1. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ 3rd. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 927-934.
2. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 750-759.
3. Schouten WR, de Graaf EJ. Severe, long-standing constipation in adults: indications for surgical treatment. *Neth J Surg* 1991; 43: 222-229.
4. Sonnenberg A, Koch TR. Epidemiology of constipation in the United States. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 1-8.
5. Bannura G. Estudio y tratamiento de la constipación crónica pertinaz. *Rev Chil Cir* 1998; 50: 139-147.
6. Bannura G, Pisano R, Contreras J, Melo C, Soto D. Enfermedad de Hirschsprung en adultos. *Rev Chil Cir* 2001; 53: 347-355.
7. Pinedo G, López F, Soto G, Zúñiga A, Rahmer A, Miquel JF, et al. Resultados del tratamiento quirúrgico en inercia colónica. *Rev Chil Cir* 2004; 56: 27-30.
8. Fan CW, Wang JY. Subtotal colectomy for colonic inertia. *Int Surg* 2000; 85: 309-312.
9. Pikarsky AJ, Singh JJ, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD. Long-term follow-up of patients undergoing colectomy for colonic inertia. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 179-183.
10. Eu KW, Lim SL, Seow-Choen F, Leong AF, Ho YH. Clinical outcome and bowel function following total abdominal colectomy and ileorectal anastomosis in the Oriental population. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 215-218.
11. Sample C, Gupta R, Bamehriz F, Anvari M. Laparoscopic subtotal colectomy for colonic inertia. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 803-808.
12. Nakamura T, Pikarsky AJ, Potenti FM, Lau CW, Weiss EG, Nogueras JJ, et al. Are complications of subtotal colectomy with ileorectal anastomosis related to the original disease? *Am Surg* 2001; 67: 417-420.
13. Elton C, Makin G, Hitos K, Cohen CR. Mortality, morbidity and functional outcome after ileorectal anastomosis. *Br J Surg* 2003; 90: 59-65.
14. Gutt CN, Oniu T, Schemmer P, Mehrabi A, Buchler MW. Fewer adhesions induced by laparoscopic surgery? *Surg Endosc* 2004; 18: 898-906.

15. López F, Soto G, Zárate A, Pinedo G, Pérez G, Avendaño R, y cols. Protocolo de cirugía laparoscópica intestinal. *Rev Chil Cir* 2003; 55: 225-231.
16. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 681-685.
17. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97.
18. Lane WA. Results of the operative treatment of chronic constipation. *BMJ* 1908; 1: 1126-1130.
19. Lundin E, Karlborn U, Palman L, Graf W. Outcome of segmental colonic resection for slow-transit constipation. *Br J Surg* 2002; 89: 1270-1274.
20. You YT, Wang JY, Changchien CR, Chen JS, Hsu KC, Tang R, et al. Segmental colectomy in the management of colonic inertia. *Am Surg* 1998; 64: 775-777.
21. Preston DM, Hawley PR, Lennard-Jones JE, Todd IP. Results of colectomy for severe idiopathic constipation in women (Arbuthnot Lane's disease). *Br J Surg* 1984; 71: 547-552.
22. Bernini A, Madoff RD, Lowry AC, Spencer MP, Gemlo BT, Jensen LL, et al. Should patients with combined colonic inertia and nonrelaxing pelvic floor undergo subtotal colectomy? *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1363-1366.
23. Pemberton JH, Rath DM, Ilstrup DM. Evaluation and surgical treatment of severe chronic constipation. *Ann Surg* 1991; 214: 403-413.
24. Eu KW, Lim SL, Seow-Choen F, Leong AF, Ho YH. Clinical outcome and bowel function following total abdominal colectomy and ileorectal anastomosis in the Oriental population. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 215-218.
25. Webster C, Dayton M. Results after colectomy for colonic inertia: a sixteen-year experience. *Am J Surg* 2002; 186: 639-644.
26. Piccirillo MF, Reissman P, Wexner SD. Colectomy as treatment for constipation in selected patients. *Br J Surg* 1995; 82: 898-901.
27. Knowles CH, Scott M, Lunniss PJ. Outcome of colectomy for slow transit constipation. *Ann Surg* 1999; 230: 627-638.

INFORME

Señor Presidente de la Sociedad de Cirujanos de Chile Dr. Juan Hepp Kuschel, Señores Miembros del Directorio de la Sociedad de Cirujanos de Chile, Señores Cirujanos Socias y Socios de la Sociedad de Cirujanos de Chile, Señoras y Señores.

En primer lugar quiero expresar el honor y satisfacción de haber sido designado por el Directorio de nuestra Sociedad para revisar e informar el trabajo de ingreso del Dr. George Pinedo Mancilla. Ha elegido el Dr. Pinedo el complejo tema del tratamiento quirúrgico de la constipación crónica pertinaz o idiopática causada por una inercia del colon.

Por tratarse de un tema casi de exclusivo dominio del coloproctólogo como subespecialista, pretendo, en una breve introducción, dar una visión lo más clara posible de este, lo que nos servirá para posteriormente analizar el trabajo de ingreso. Del amplio universo de pacientes que sufren de constipación crónica, fundamentalmente del sexo femenino, y una vez excluidas todas las causas y factores etiopatogénicos que pueden originar este síndrome, es decir fármacos (sicofármacos, anticolinérgicos, etc), enfermedades metabólicas, enfermedades neurológicas y patología orgánica del

colon, fundamentalmente megacolon con todas sus variedades (congénito o adquirido, por Enfermedad de Chagas, megacolon tóxico, metabólico, por hipotiroidismo, de altura, idiopático), quedará finalmente un pequeño grupo de pacientes que, presentando una constipación crónica de larga evolución, tienen como característica fundamental que su intestino grueso aparece como "normal" al estudio endoscópico y de imágenes, y que sin embargo no funciona como debería ser.

La historia de la cirugía de la constipación crónica pertinaz comenzó hace 100 años con el Dr. Arbuthnot Lane, cirujano militar de EUA que intervino un grupo de esas pacientes con elevada mortalidad (30%). Pertenecen a este grupo los pacientes con constipación crónica idiopática, y también los con problemas de obstrucción de salida o defecación obstructiva, existiendo por supuesto algunos que pueden presentar ambos problemas (inercia y defecación obstructiva) y por último y no menos importante aquellas enfermas en las que toda su sintomatología se explica por trastornos funcionales del colon. También es preciso identificar a aquellos enfermos que pueden presentar problemas de tránsito a nivel del intestino delgado, los que pueden ser tan serios y de difícil manejo como aquellos

derivados de la miopatía visceral difusa, en que hay compromiso de la túnica muscular en distintos niveles del tubo digestivo y no solamente a nivel colónico.

Es de fundamental importancia entonces el estudio a que deben ser sometidos estos pacientes para un correcto diagnóstico de aquellos que pueden finalmente ser propuestos para una solución quirúrgica de su problema. Es preciso decir que una indicación quirúrgica mal fundamentada lleva habitualmente a malos resultados, sin conseguir resolver la constipación y/o el dolor abdominal, que son los síntomas por los que consultan estos enfermos. Por lo anterior, es que se debe completar el estudio en cada enferma incluyendo una evaluación siquiátrica, la que según autores debe ser hecha en dos oportunidades, al igual que algunos de los exámenes preoperatorios, en especial el estudio del tránsito colónico con marcadores radioopacos.

Todo esto da cuenta de la cuidadosa y meticulosa selección de los pacientes que pueden llegar a la cirugía. Y ¿cuál o cuales han sido las alternativas quirúrgicas usadas en la constipación crónica pertinaz?. Fundamentalmente han sido de tres tipos:

Técnicas Resectivas, incluyendo todo tipo de colectomías, parciales, colectomías subtotales preservando el ciego y anastomosándolo al recto y colectomías totales con anastomosis ileorrectal.

También se ha usado la Proctocolectomía con reservorio en jota, usada en pediatría para pacientes en los que ha fracasado la colectomía parcial.

Técnicas para hacer Lavados anterógrados mediante la utilización de una sonda que se instala cada día o día por medio a través de una apendicostomía quirúrgica

Técnicas que intentan revertir la alteración fisiopatológica mediante la Instalación de marcapasos secuenciales en el colon para conseguir la contracción de la capa muscular de este órgano. Esta técnica ha sido desarrollada por Dr. Shaffik en el Cairo y sus resultados son buenos (6/9) en un grupo seleccionados de pacientes.

De todas estas técnicas descritas es en el momento actual el gold standard la colectomía total con anastomosis ileorrectal, que es la efectuada por el Dr. Pinedo en un período de 5 años en pacientes operados en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en que en forma prospectiva se han seguido todos los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica colorrectal.

Utiliza entonces en sus pacientes el abordaje laparoscópico para extirpar la totalidad del colon y reconstituir el tránsito con una anastomosis grapada entre el íleon y el recto.

Sus resultados son enteramente comparables a los publicados en la literatura internacional.

Los resultados analizados desde el punto de vista del abordaje laparoscópico presentan un bajo porcentaje de conversión (5%) y un 35% de complicaciones en el postoperatorio inmediato, destacando el íleo post operatorio entre ellas. Dos pacientes fueron reoperados y en un tercero la complicación fue resuelta por radiología intervencional.

En forma alejada un paciente fue reoperado por obstrucción intestinal secundaria a bridas, pero es la misma que en el post operatorio inmediato había sido laparotomizada por una trombosis portal.

Lo anterior cobra importancia ya que una de las ventajas de la cirugía laparoscópica sería disminuir el porcentaje de esta complicación.

Los resultados funcionales muestran una importante mejoría expresada en frecuencia de evacuaciones y con disminución de la sensación de distensión abdominal de 75 a 10%.

El 85% de las pacientes operadas recomendaría la operación y solo una (5%) se mostró disconforme con el resultado de la operación.

En suma, se trata de un trabajo científico prospectivo, bien fundamentado y en que el autor obtiene resultados similares a los publicados internacionalmente. En la literatura nacional se hace referencia a autores como Bannura y al grupo de la Pontificia Universidad Católica de Chile, que son los que han publicado al respecto.

Se debe destacar en forma especial que se trata de la serie con mayor número de pacientes operados por laparoscopia y que cuando alcance un mayor seguimiento se podrá apreciar si esta técnica constituye un real avance en el tratamiento quirúrgico de la constipación crónica pertinaz por inercia de colon.

La demostración final se conseguiría con un trabajo prospectivo y randomizado que compare ambos abordajes.

Señor Presidente, nos parece que el trabajo presentado por el Dr. George Pinedo Mancilla cumple con creces los requisitos para ser admitido como socio titular de la Sociedad de Cirujanos de Chile, pero antes de terminar este informe quiero decir algunas palabras sobre la trayectoria profesional y características personales del candidato.

Conocí al Dr. Pinedo cuando se formó como becado en Cirugía General en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, y desde entonces he podido seguir su desarrollo profesional que me atrevo a calificar de sobresaliente. Terminada su formación como cirujano general comenzó a trabajar en Iquique y luego accedió a una estadía en el Hospital de St. Mark en Londres. A su regreso se

trasladó a Santiago integrándose a la Pontificia Universidad Católica de Chile, lugar donde permanece hasta hoy día.

En forma paralela ha participado en la Sociedad Chilena de Coloproctología, donde ha ocupado los cargos de Director, Tesorero y Secretario, y en un futuro próximo llegará a ser Presidente de ella. A quienes nos ha tocado compartir con el Dr. Pinedo tareas en el Directorio en referencia, hemos podido conocer de sus dotes de persona de bien, de gentileza, educación y mesura, lo que le ha permitido ganarse el afecto de sus pares y ac-

tuar habitualmente como un factor de unión en la búsqueda permanente de consenso.

Señor Presidente de la Sociedad de Cirujanos de Chile, solo me resta decir que propongo que el Dr. George Pinedo Mancilla sea aceptado como Socio Titular con todas prerrogativas y derechos que eso implica, ya que ha cumplido con los requisitos exigidos por los Estatutos de nuestra sociedad. No me cabe duda que su presencia será un factor importante que contribuirá a elevar más aún el nivel científico de la Sociedad de Cirujanos de Chile.

DR. CHRISTIAN JENSEN B.
Hospital Clínico Universidad de Chile