

Colectomía total laparoscópica con descenso ileal transanal en un solo tiempo. Tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerativa

Dr. David Mejía-Camacho, Dr. Pedro Salvador Jiménez-Urueta, Dr. Roberto Suárez-Gutiérrez, Dr. José de Jesús Gutiérrez-Escobedo, Dr. Byron Alexis Pacheco-Mendoza

RESUMEN

La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI), es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y submucosa rectal y colónica. Algunos pacientes pueden llegar a requerir tratamiento quirúrgico. Clásicamente se recomienda colectomía e ileostomía en un primer tiempo y anastomosis ileoanal con reservorio en un segundo tiempo. Se presenta el caso de un paciente con CUCI operado con colectomía total laparoscópica y anastomosis ileoanal en un tiempo quirúrgico.

Palabras clave: Colitis ulcerativa, colectomía laparoscópica, reservorio ileal, anastomosis ileoanal, mucosa, submucosa rectal.

Existen varias indicaciones absolutas y relativas para el tratamiento quirúrgico de pacientes con CUCI. Si un paciente con CUCI es candidato a tratamiento quirúrgico las opciones son: Ileostomía; anastomosis ileoanal con reservorio ileal ya sea en S, J, W; ileostomía continente; colectomía total con anasto-

ABSTRACT

Ulcerative colitis (UC) is an inflammatory disease of the rectal and colonic mucosa and submucosa. Some patients may require surgical treatment. Classically colectomy and ileostomy is recommended as a first stage and ileoanal anastomosis in a second surgical stage. We report the case of a patient with UC treated with laparoscopic total colectomy and ileoanal anastomosis in a single surgical stage.

Keywords: Ulcerative colitis, laparoscopic colectomy, ileal reservoir, ileoanal anastomosis, rectal mucosa, submucosa.

mosis ileoanal. ¹ Estos procedimientos se pueden realizar por diferentes abordajes: laparoscopia, abdominoperineal, etc. Clásicamente se han realizado en dos o tres tiempos quirúrgicos. Se presenta el caso de un paciente de 14 años de edad, con diagnóstico de CUCI con indicación para cirugía la que se realizó con colectomía total laparoscópica y anastomosis ileoanal en un solo tiempo quirúrgico.

Informe del caso

Paciente masculino de 14 años con CUCI que fue tratado con medicamentos durante dos años; recibió mezalazina, prednisona, infliximab, bolos de metilprednisolona, inmunoglobulina. Finalmente fue referido al Servicio de Cirugía Pediátrica por tener rectorragia causante de anemia, además había datos de osteoporosis, lo que provocaba riesgo elevado de fractura por el uso crónico de esteroides. Hecha la valoración preoperatoria se decidió realizar una colectomía total laparoscópica con anastomosis ileoanal en un tiempo quirúrgico.

Se formaron dos equipos quirúrgicos integrados por tres cirujanos cada uno, para un doble abordaje, abdominal y perineal. Se puso al paciente en posición de litotomía, y

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE; Servicio de Cirugía Pediátrica.

Correspondencia: Dr. David Mejía-Camacho. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE. Félix Cuevas # 540, Col. Del Valle, Del. Benito Juárez, CP 03229, México D.F. Tel: 5200-5003, ext. 14315 dmejiamd@gmail.com

Recibido: junio, 2012.
Aceptado: mayo, 2013.

Este artículo debe citarse como: Mejía-Camacho D, Jiménez-Urueta PS, Suárez-Gutiérrez R, Gutiérrez-Escobedo JJ, Pacheco-Mendoza BA. Colectomía total laparoscópica con descenso ileal transanal en un solo tiempo. Tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerativa. Acta Pediatr Mex 2013;34:177-179.

Á

se realizó asepsia quirúrgica abdominoperineal. Se inició la intervención en la región abdominal por vía laparoscópica, se colocaron cuatro puertos de 5 mm, el primero bajo visión directa en la cicatriz umbilical utilizando óptica de 5 mm con cámara de 30°; los otros tres puertos en fosa iliaca derecha, hipocondrio derecho e hipocondrio izquierdo (Figura 1). Se inició neumoperitoneo con un flujo de 2 L/min, con presión de 12 mmHg. Se inició la disección a nivel de recto sigmoides, en contacto con el asa. La disección y la hemostasia se realizaron con bisturí armónico. Se hizo una ventana en el mesenterio y se fueron ligando y retirando las fijaciones del colon. El tiempo abdominal consistió básicamente en ese proceso hasta que se completó toda la disección del colon. El segundo equipo quirúrgico realizó a 1 cm de la línea pectina, una disección circunferencial endorectal de la mucosa y la submucosa, dejando un manguito muscular de alrededor de 4 cm; se hizo eversion del colon hasta el íleon terminal (Figuras 2 y 3). Se realizó la resección pancolonica transrectal y posteriormente se hizo anastomosis ileoanal. El tiempo quirúrgico fue de cuatro horas; el sangrado de 60 mL; no hubo complicaciones transoperatorias.

Evolución postoperatoria. El paciente salió extubado y fue llevado a piso. Se dejó una sonda transrectal Nelaton 16, para evitar el espasmo anal postoperatorio y permitir que drenara material libremente para proteger la anastomosis. Se inició la alimentación por vía oral a las 72 horas. Recibió doble esquema antimicrobiano por diez días; además, dentro de nuestro protocolo, al paciente se



Figura 1. Disposición de los puertos, a nivel umbilical óptico y los otros tres.



Figura 2. Totalidad del colon exteriorizado por vía transanal.



Figura 3. Acercamiento del colon, donde se observa apéndice cecal y ciego exteriorizado por vía transanal.

le aplicó un análogo de somatostatina, omeprazol, loperamida con el objeto de disminuir las secreciones a nivel del tubo digestivo debido a que estos pacientes colectomizados pueden tener gasto fecal elevado y en ocasiones evolucionan como un síndrome de intestino corto. Así fue en nuestro paciente a quien hubo que darle un aporte hídrico alto. La nutrición parenteral total, el octreotida, los inhibidores de la bomba de protones y los antibióticos de amplio espectro son parte del protocolo postoperatorio que ha sido útil en estos casos.

Durante la primera semana continuó con gasto fecal elevado; después de retirar la sonda transanal, los escapes nocturnos disminuyeron. Posteriormente tuvo cinco a seis evacuaciones diarias, algunas líquidas y otras pastosas.

El paciente permaneció hospitalizado para tratamiento dietético y control de la dermatitis del pañal. El informe de patología fue de colitis ulcerativa en todo el colon con margen libre de enfermedad a nivel ileal.

Análisis

La cirugía es muy importante en el tratamiento de los pacientes con CUCI. Es una valiosa alternativa terapéutica adicional y no se debe considerar como último recurso cuando falla el tratamiento medicamentoso. Entre las indicaciones quirúrgicas absolutas se incluyen: megacolon tóxico, perforación y sangrado colorrectal severo. Además se han descrito cuatro grandes grupos para el tratamiento quirúrgico en estos pacientes: 1. Colitis aguda con complicaciones severas que no responden a los medicamentos. 2. Enfermedad crónica, continua, que causa dependencia a esteroides en adultos y trastorno en el crecimiento o pubertad retrasada en niños o adolescentes. 3. Displasia, cáncer o ambos, de colon. 4. Reconstrucción después de una colectomía previa.^{1,2}

Se ha descrito que en la población pediátrica con CUCI hasta 25% de los pacientes puede requerir tratamiento quirúrgico ya sea por enfermedad refractaria fulminante o por una urgencia³⁻⁶.

En el Cuadro 1 se muestran las opciones quirúrgicas actuales. Cabe mencionar que mientras más radical sea la disección a nivel del hueso pélvico es mayor el riesgo de una lesión neuronal. Si además se agrega a esto la creación de un reservorio ileal o de una derivación intestinal con todos los riesgos de estos procedimientos, se vuelve dudosa su utilidad^{1,7}.

La necesidad de colectomía total con ileoproctoanastomosis es infrecuente en la población mexicana. En nuestro hospital se han realizado hemicolectomías y colectomías para el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung y la poliposis familiar⁸.

El presente caso es el primero que hemos visto con CUCI. Fue tratado con colectomía total laparoscópica e ileoproctoanastomosis. La decisión de no realizar reservorio se basó en los informes de la literatura sobre las complicaciones asociadas. Consideramos que el procedimiento que realizamos es reproducible; no se requiere ileostomía; se eliminan los riesgos asociados a una derivación intestinal y a un reservorio ileal; se logra un mejor resultado cosmético; hay menor dolor postoperatorio.

Cuadro 1. Opciones quirúrgicas actuales, con pros y contras de cada una¹.

<i>Técnica</i>	<i>Pros</i>	<i>Contras</i>
Anastomosis ileoanal.	Menos dispareunia o infertilidad, Buena función anorrectal.	Medicamentos, riesgo de displasia o cáncer, recidiva, seguimiento.
Anastomosis ileoanal con reservorio ileal.	Defecación transanal.	Bolsa colónica. Riesgo de incontinencia. Problemas sexuales: infertilidad, dispareunia. Impotencia, eyacu-lación retrograda
Ileostomía.	"Curado" de CUCI, requiere mínima medicación.	Problemas del estoma, Estética.
Reservorio de Kock.	Menos problemas del estoma.	Riesgo de bolsa colónica. Múltiples revisiones de la cirugía.

Video de la cirugía disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=228Rr-Do7aA>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson P, Söderholm JD. Surgery in ulcerative colitis: Indication and timing. *Diag Dis.* 2009;27:335-40.
2. Flores PM, Bailez MM, Cuenca E, Fraire C. Comparative analysis between laparoscopic (UCL) and open (UCO) technique for the treatment of ulcerative colitis in pediatric patients *Pediatr Surg Int.* 2010;26:907-11.
3. Von Allmen D, Goretsky MJ, Ziegler MM. Inflammatory bowel disease in children. *Curr Opin Pediatr.* 1995;7:547-52.
4. Coran AG, Sarahan TM, Dent TL. The endorectal pull-through for the management of ulcerative colitis in children and adults. *Ann Surg.* 1983;197:99-105.
5. Coran AG. New surgical approach to ulcerative colitis in children and adults. *World J Surg.* 1985;9:203-13.
6. Coran AG. A personal experience with 100 consecutive total colectomies and straight ileoanal endorectal pull-throughs for benign disease of the colon and rectum in children and adults. *Ann Surg.* 1990;212:24-8.
7. Dodero P, Magillo P, Scarsi PL. Total colectomy and straight ileo-anal Soave endorectal pull-through: Personal experience with 42 cases. *Eur J Pediatr Surg.* 2001;11:319-23.
8. Portillo J, Jimenez P. Ileoproctoanastomosis sin reservorio en poliposis adenomatoidea familiar. *Acta Pediatr Mex.* 2007;28(4):128-30.