



Tratamiento laparoscópico de patología benigna de colon

Laparoscopic treatment of benign pathology of the colon

Dr. Octavio Rojas Díaz

Dr. Manuel Rodríguez Díaz

Dr. Ricardo Romero Martínez

Dr. José Farrera Grajales

Dr. Jorge Amézquita Landeros

Resumen

Objetivo: Informar de los resultados del método laparoscópico en el tratamiento de la patología benigna del colon.

Diseño: Estudio prospectivo, longitudinal, observacional, no aleatorio y no comparativo.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Pacientes y métodos: Se analizaron los resultados y complicaciones de 34 cirugías laparoscópicas de colon, consecutivas, en pacientes no seleccionados, realizadas entre noviembre de 1993 y septiembre de 1998.

Las indicaciones principales del procedimiento quirúrgico fueron: 1) complicaciones de la enfermedad diverticular (diverticulitis recurrente en 17 pacientes, perforación en cinco, estenosis colónica en cinco y hemorragia en uno. 2) estreñimiento crónico grave en dos enfermos. 3) reversión de procedimientos de Hartman en dos pacientes. 4) intususcepción íleo-cólica en uno. 5) vólvulos de sigmoides en un caso. En todos los casos de resección se efectuó confirmación histopatológica.

Resultados: Se trató de 11 pacientes masculinos y 23 femeninos. Sus edades variaron entre 48 y 87 años con una edad promedio de 63. Se realizaron 26 cirugías programadas y 8 cirugías de urgencia. Se efectuaron 20 sigmoidectomías, 12 hemicolectomías iz-

Abstract

Objective: To inform the results obtained with laparoscopic treatment of benign colon pathology.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Prospective, longitudinal, observational, non-randomized, non-comparative study.

Patients and methods: We analyzed the results and complications of 34 consecutive laparoscopic surgeries of the colon performed in non-selected patients between November 1993 and September 1998. Main indications for surgery were: 1) complication of diverticular disease (recurring diverticulitis in 17 patients, perforation in 5, colonic stenosis in 5, and hemorrhage in 1). 2) Severe chronic constipation in 2 patients. 3) Reversion of Hartman procedure in 2 patients. 4) Ileocolic intususception in 1 patient. 5) Sigmoid volvulus in 1 patient. Histological confirmation was obtained for all resection cases.

Results: Eleven patients were men and 23 were women. Their ages ranged from 48 to 87 years with an average of 63. Twenty-six surgeries were programmed and 8 were emergency surgeries. Twenty sigmoidectomies, 12 left assisted hemicolectomies, 2 colostomy closures of Hartman procedures were performed; two cases were resolved without resection. Average surgical time was 120

Hospital American British Cowdray, Español y Tiber de la Ciudad de México.

Recibido para publicación: 25 de enero de 1999.

Aceptado para publicación: 8 de marzo de 1999.

Correspondencia: Dr. Octavio Rojas Díaz. Avenida Coyoacán No. 715, Colonia Del Valle. México, D.F. C.P. 03100,

Telefax: 55-36-80-17, E-mail: orojas@data.net.mex

quierdas asistidas, dos cierres de colostomías de procedimientos de Hartman y dos resoluciones sin resección. El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 minutos (de 90 min a 4 horas). En promedio la hemorragia fue de 300 ml (de 150 a 700 ml). El promedio de hospitalización fue de 96 horas (de 48 horas a 7 días). Dos pacientes (6%) presentaron complicaciones y uno falleció (3%). El periodo de seguimiento varió de 30 días a 58 meses con un promedio de 18 meses.

Conclusión: El tratamiento laparoscópico de las enfermedades benignas del colon es un método posible, seguro y eficiente que ofrece todos los beneficios de la cirugía laparoscópica.

Palabras clave: Colon, diverticulitis, cirugía laparoscópica, constipación.

Cir Gen 2000;22:41-44

Introducción

Las enfermedades benignas del intestino grueso aumentan con la civilización, ya que la dieta altamente refinada y pobre en residuos conduce al estreñimiento crónico y a la enfermedad diverticular con sus diversas complicaciones (diverticulitis, hemorragia, perforación, etcétera), además favorece el desarrollo de crecimiento y dilatación anormales del colon, lo que, aunado a trastornos motores, ha aumentado las indicaciones quirúrgicas para esta patología.¹⁻⁶ Las indicaciones de la cirugía laparoscópica en los últimos años abarcó diversas especialidades hasta alcanzar la cirugía colo-rectal.

El entusiasmo se inició con la colecistectomía laparoscópica con la subsecuente expansión a la apendicectomía y a la colectomía laparoscópica. Jacobs, en 1991, informó la primera colectomía laparoscópica con buenos resultados técnicos.⁷ La resección colónica mini-invasora es en la actualidad una alternativa de abordaje a la patología colónica.⁷⁻¹⁰

Después de haber adquirido experiencia y destreza laparoscópica para trabajar con dos manos en nudos y suturas endoscópicas en colecistectomía, apendicectomía, funduplicatura laparoscópica, etcétera,¹¹⁻¹⁷ y desarrollado la técnica en animales de laboratorio, iniciamos este estudio en el que informamos nuestra experiencia preliminar en cirugía laparoscópica para el tratamiento de la patología benigna del colon.

Pacientes y métodos

Entre noviembre de 1993 y septiembre de 1998 los autores ejecutaron 34 cirugías laparoscópicas de colon en los Hospitales American British Cowdray, Español y Centro Médico Tiber de la ciudad de México.

El objetivo del trabajo es evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento de enfermedades benignas del colon por el abordaje laparoscópico. Los pacientes fueron incluidos consecutivamente, sin selección, en forma no aleatoria y no comparativa. A todos los

min (from 90 min to 4 hours). Average hemorrhage was of 300 ml (from 150 to 700 ml). Average hospital stay was of 96 hours (from 48 hours to 7 days. Two patients (6%) presented complications and one died (3%). Follow-up period varied from 30 days to 58 months, with an average of 18 months.

Conclusion: Laparoscopic treatment of benign colon diseases is feasible, safe, and efficient, offering the advantages of minimally invasive surgery.

Key words: Colon, diverticular disease, laparoscopic surgery.

Cir Gen 2000; 22:41-44

pacientes se les informó del procedimiento y todos aceptaron.

Las indicaciones para cirugía fueron:

- 1) Complicación de la enfermedad diverticular: diverticulitis recurrente en 17 pacientes; perforación en cinco, estenosis en cinco y hemorragia en uno
- 2) Estreñimiento crónico grave en dos enfermos
- 3) Cierre de colostomía (procedimientos de Hartman) en dos pacientes
- 4) Intususcepción íleo-colónica en uno
- 5) Vólvulos de sigmoides en uno.

Todos los pacientes recibieron terapia antibiótica profiláctica, todos los operados electivamente tenían preparación de colon. En todos los enfermos en que se hizo resección se efectuó confirmación histopatológica. En los casos que ameritaron asistencia, ésta se realizó a través de incisiones umbilicales o suprapúbicas de 6 cm, o menos, para extraer la pieza. Por esta incisión se colocó el vástago de la engrapadora y se completó la anastomosis transanal con engrapadora circular en 28 casos y en 6 casos se realizó anastomosis manual.

Resultados

De los 34 pacientes, 11 correspondieron al sexo masculino y 23 al sexo femenino. Las edades variaron de 48 a 87 años con promedio de 63. En 28 se efectuó colonoscopia con toma de biopsia, en 26 colon por enema, en 10 se realizó tomografía abdominal; manometría anorrectal en dos casos. Se efectuaron 20 sigmoidectomías, 12 hemicolectomías izquierdas asistidas, dos cierres de procedimientos de Hartman y dos resoluciones sin resección (intususcepción y vólvulos). En todos los pacientes se realizó rectosigmoidoscopia y/o colonoscopia transoperatoria.

Veintiséis pacientes se operaron electivamente y 8 de urgencia. El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 minutos con extremos de 90 a 240 minutos, hubo conversión en dos pacientes. La hemorragia fue en pro-

medio de 300 ml con valores extremos de 150 ml a 700 ml. Dos pacientes requirieron transfusión por anemia previa. La vía oral se inició entre 24 y 72 h después de la operación. Ocho pacientes tenían antecedente de cardiopatía.

El promedio de hospitalización fue de 96 horas (de 48 horas a 7 días). Hubo complicación en dos enfermos y mortalidad en uno. Una paciente presentó hernia incisional por la herida suprapúbica 30 días después del procedimiento quirúrgico. Una paciente presentó infarto agudo al miocardio en el posoperatorio inmediato y falleció 96 horas después.

El periodo de seguimiento varió de 30 días a 58 meses con un promedio de 18 meses.

Discusión

Las enfermedades benignas del colon son un problema multifactorial, que afecta a un número importante de la población, tienen un fuerte impacto socioeconómico por el uso de medicación crónica, incapacidad laboral, estudios de diagnóstico, hospitalización, etcétera.¹⁸⁻²¹ Además, algunos pacientes continuarán con sintomatología a pesar de terapia médica enérgica.^{3,20,21} Aunado a lo anterior, una mejor comprensión de las enfermedades benignas del colon y una excelente metodología de estudio, tales como rectosigmoidoscopia y/o colonoscopia,^{22,23} manometría anorrectal,^{24,25} enema baritado,^{26,27} defecografía, medicina nuclear, ultrasonido, tomografía, etcétera, nos ha ayudado a seleccionar a los pacientes para efectuar los procedimientos quirúrgicos antes de que aparezcan las complicaciones. Los buenos resultados obtenidos con la cirugía por laparoscopia y lo mencionado en los párrafos anteriores han influido para que un mayor número de médicos y pacientes acepten el tratamiento quirúrgico laparoscópico en las enfermedades benignas del colon.

Esto denota que las indicaciones clásicas del tratamiento quirúrgico de las enfermedades del colon, tales como la enfermedad diverticular y sus complicaciones, el estreñimiento crónico, las lesiones traumáticas, el prolapso rectal, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Hirschsprung, han empezado a cambiar, ya que a un número mayor de pacientes con estos trastornos, que responderán pobremente al tratamiento médico, se les puede ofrecer un tratamiento quirúrgico oportuno, lo que evitará la progresión de la enfermedad, los efectos colaterales de los medicamentos y la disminución del impacto socioeconómico.²⁻⁴

Desde el punto de vista técnico, la magnificación de la imagen observada en los monitores permite una disección precisa y segura de estructuras vitales, tales como bazo, uréter, vasos ilíacos y mesentéricos. Un hecho de suma importancia es la disección bajo visión directa del ángulo esplénico. La utilización de la pinza bipolar o el bisturí ultrasónico, ayuda a disminuir en forma importante el tiempo quirúrgico y la hemorragia transoperatoria. La asistencia para extraer la pieza permite, en algunos casos, disección digital de adherencias, ligadura extracorpórea del mesocolon, colocar el vástago de la engrapadora en el asa proximal

sin perder las ventajas laparoscópicas y, en caso de que no haya disponibilidad de engrapadora circular, se puede hacer la anastomosis manual por incisión suprapúbica.

Conclusión

El tratamiento laparoscópico de las enfermedades benignas del colon es un método posible, seguro y efectivo.

Referencias

1. Killinback M. Management of perforative diverticulitis. *Surg Clin North Am* 1983; 63: 97-115.
2. Lavery IC. The surgery of Hirschsprung's disease. *Surg Clin North Am* 1983; 63: 161-75.
3. Poisson J, Devroede G. Severe chronic constipation as a surgical problem. *Surg Clin North Am* 1983; 63: 193-217.
4. Berthou JC, Charbonneau P. Resultats du traitement laparoscopique de la sigmoidite diverticulare. A propos de 85 cas. *Chirurgie* 1997; 122: 424-9.
5. Ozick LA, Salazar CO, Donelson SS. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of diverticular disease of the colon. *Gastroenterologist* 1994; 2: 299-310.
6. Chappuis CW, Cohn I Jr. Acute colonic diverticulitis. *Surg Clin North Am* 1988; 68: 301-13.
7. Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 144-50.
8. Schlinkert RT. Laparoscopic assisted right hemicolectomy. *Dis Col Rectum* 1991; 34: 1030-1.
9. Corbitt JD Jr. Preliminary experience with laparoscopic-guided colectomy. *Surg Laparosc Endosc* 1992; 2: 79-81.
10. Franklin ME Jr. Laparoscopic colon resections. *Surg Laparosc Endosc* 1992; 2:183.
11. Rojas Díaz O, Romero Martínez R, Farrera Grajales J. Utilidad de la laparoscopia en sospecha de abdomen agudo: reporte inicial. *Rev Ibero latinoam Cuidados Intensivos* 1996; 5: 126-30.
12. Rojas Díaz O, Romero Martínez R, Farrera Grajales J. Cirugía mini-invasiva sin neumoperitoneo. En: Cueto García J, Weber Sánchez A., *Cirugía laparoscópica*. México: McGraw-Hill; 1997: 48-50.
13. Rojas Díaz O, Romero Martínez R, Ferreras Grajales J, Galindo Márquez R, Morales Orive S. Cirugía laparoscópica sin gas. *Rev Ibero latinoam Cuidados Intensivos* 1997; 6: 74-6.
14. Rojas Díaz O, Romero Martínez R, Rodríguez Leyva A, Rodríguez Díaz M, Valencia Reyes MS. Colectomía laparoscópica sin gas. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 1998; 43: 45-7.
15. Rojas Díaz O, Romero Martínez R, Ferreras Grajales J, Teramoto Matsubara O, Esquinca T, Hurtado Reyes C, et al. Tratamiento laparoscópico de la enfermedad por reflujo. Experiencia en 79 casos. *Cir Gen* 1998; 20: 232-4.
16. Rojas Díaz O, Romero Martínez R, Ferreras Grajales J, Ramos Arredondo J, Mijares Cruz G, Valencia Reyes S, et al ¿Es segura la reparación de la hernia inguinal por el método mini-invasor transperitoneal? *Cir Gen* 1998; 20: 132-5.
17. Cueto García J, Melgoza Ortíz C, Rojas Díaz O, Serrano Berry F, Weber Sánchez A. Colectomy for cancer: report of two cases. *Exp Clin Cancer Res* 1994; 13: 409-13.
18. Ahmed A. Acute diverticulitis. (Letter) *N Engl J Med* 1998; 339: 1082.
19. Franklin ME Jr, Dorman JP, Jacobs M, Plasencia GI. Is laparoscopic surgery applicable to complicated colonic diverticular disease? *Surg Endosc* 1997; 11: 1021-5.

20. O'Sullivan GC, Murphy D, O'Brien MG, Ireland A. Laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated colonic diverticula. *Am J Surg* 1996; 171: 432-4.
21. Eijsbouts QA, Cuesta MA, de Brauw LM, Sietes C. Elective laparoscopic-assisted sigmoid resection for diverticular disease. *Surg Endosc* 1997; 11: 750-3.
22. Marks G. The surgeon as endoscopist. *Surg Clin North Am* 1989; 69: 1123-7.
23. Sardinha TC, Wexner SD, Gilliland J, Daniel N, Kroll M, Lee E, et al. Efficiency and productivity of a sheathed fiberoptic sigmoidoscope compared with a conventional sigmoidoscope. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1248-53.
24. Zenilman ME. Origin and control of gastrointestinal motility. *Surg Clin North Am* 1993; 73: 1081-99.
25. Halverson AL, Orkin BA. Which physiologic tests are useful in patients with constipation. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 735-9.
26. Bowers FJ, Hardy TG Jr, Aguilar PS, Hartmann RF, Stewart WRC. The efficacy of barium-enema examinations in patients with anorectal disease. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 285-7.
27. Spencer RJ, Wolff BG, Ready RL. Comparison of the rigid sigmoidoscope and the flexible sigmoidoscope in conjunction with colon x-ray for detection of lesions of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 653-5.

Congreso Panamericano de Trauma y Centroamericano de Cirugía

Información General

Sede: El Congreso Panamericano de Trauma y Centroamericano de Cirugía, se realizará en el Hotel Continental los días 9, 10 y 11 de noviembre del año 2000, en la ciudad de Panamá.

Secretaría General: Para información, inscripciones, reservaciones hoteleras, espacios comerciales y entrega de resúmenes de comunicaciones científicas:

Telefax: (507) 235-9792; 225-7537 Dr. Felix Bonilla.

Dirección Internacional:

Apdo. Postal 9-9901, Panamá; Dr. Felix Bonilla

Apdo. Postal 7572, Panamá 5, Rep. de Panamá; Dr. Guillermo Arana

E-mail: felixbonilla@hotmail.com (Sociedad Panameña de Cirugía)

E-mail: drgaranacnstelecom.com (Sociedad Panameña de Trauma).

Web: www.congresocirugia2000.com/

Idiomas: Español e Inglés. Habrá traducción simultánea.

Exposición Comercial: Las casas comerciales, laboratorios y demás empresas distribuidoras de equipos médicos, contarán con un área de exposición comercial funcionando en la sede del evento.

Para mayor información, favor contactar a la Secretaría General del evento.

Continental Hotel Sede

Torre Corporativa, habitación sencilla US \$ 115.00 doble US \$ 115.00.

Torre Ejecutiva, habitación sencilla US \$ 130.00 doble US \$ 140.00.

Piso Ejecutivo, habitación sencilla US \$ 130.00 doble US \$ 160.00

Granada Habitación, sencilla US \$ 70.00 doble US \$ 80.00.

Costa del Sol, habitación sencilla US \$ 49.50 Incluye desayuno americano

Marbella, habitación sencilla US \$35.00 más 10% hotelero.

Cuotas de inscripción

Cirujanos afiliados a trauma o Fecap

US \$ 150.00 hasta el 30/6/2000

US \$ 225.00 a partir del 01/7/2000

Cirujanos no afiliados

US \$ 200.00 hasta el 30/6/2000

US \$ 250.00 a partir del 01/7/2000

Residentes y médicos generales

US \$ 100.00 hasta el 30/6/2000

US \$ 120.00 a partir del 01/7/2000

Enfermeras

US \$ 50.00 hasta el 30/6/2000

US \$ 70.00 a partir del 01/07/2000

Auxiliares - Paramédicos

US \$ 40.00 hasta el 30/6/2000

US \$ 60.00 a partir del 01/7/2000

US \$ 50.00 hasta 30/6/2000

US \$ 70.00 a partir del 1/7/2000

Estudiantes

US \$ 30.00 hasta el 30/6/2000

US \$ 50.00 a partir del 01/7/2000

Acompañantes extranjeros

US \$ 30.00 hasta el 30/6/2000

US \$ 50.00 a partir del 01/7/2000

Cena bailable

US \$ 25.00

Profesores Invitados

Dr. Enrique González

España.

Dr. David Feliciano

EUA.

Dr. Aurelio Rodríguez

Perú-EUA.

Dr. Ricardo Ferrada

Colombia.

Dr. Dario Birlini

Brasil.

Dr. Eduardo Flores Montero

Costa Rica.

Dr. Carlos Escobar

El Salvador.

Dr. Carlos Barba

Panamá-EUA.

Dr. Dido Franceshi

Panamá-EUA.

Dr. Ricardo Rossi

EUA.

Dr. Juan Asensio

EUA.

Dr. William Abdalah

Nicaragua.

Dr. Sosa

EUA.

Dr. del Castillo (Hospital Harvard)

EUA.

Dr. Ackeros (Hospital Harvard)

EUA.

Dr. Luis Galindo

México.