



Torsión parcial de anastomosis ileorrectal resuelta por vía laparoscópica: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Stefany González-De Leo,* Carlos Belmonte Montes,*
Manuel P Aguirre García,* Carlos Cosme Reyes*

Resumen

Introducción: La inercia colónica es un trastorno funcional de motilidad caracterizado por constipación, acompañado de dolor abdominal. Esta patología puede ser refractaria al tratamiento médico y requerir tratamiento quirúrgico, siendo éste la colectomía total con ileorrectoanastomosis. Una rara complicación tardía es la torsión anastomótica. Se presenta un caso de dolor abdominal secundario a torsión parcial de anastomosis ileorrectal posterior a colectomía total. El cuadro fue resuelto por vía laparoscópica. **Caso clínico:** Femenina de 25 años, con antecedente de colectomía total cinco años previos por inercia colónica y dos cuadros subsecuentes de dolor abdominal resueltos de manera conservadora. Se presentó con nuevo cuadro de dolor abdominal, se solicitó tomografía de abdomen con doble contraste y colon por enema, evidenciando zona de transición adyacente a anastomosis ileorrectal. Se realizó laparoscopia diagnóstica, demostrando torsión parcial de anastomosis. Se resolvió la alteración anatómica mediante el cierre de la brecha mesentérica. La paciente egresó sin complicaciones. **Conclusión:** La torsión parcial de una anastomosis ileorrectal es una complicación rara aparentemente; en este caso, fue debida a la falta de cierre de la brecha mesentérica, situación no descrita en la literatura hasta la fecha.

Palabras clave: Ileorrectal, torsión, anastomosis, colectomía, inercia colónica.

Abstract

Introduction: Colonic inertia is an intestinal motility disorder characterized by severe constipation that presents together with abdominal pain. This pathologic condition can be resistant to medical treatment and might need surgical correction, being a total colectomy with ileorectal anastomosis the best choice. A probable complication is the anastomotic torsion. We present a rare case of abdominal pain due to torsion of an ileorectal anastomosis after total colectomy. The case was successfully solved laparoscopically. **Clinical case:** 25 year-old female, with a history of a total colectomy 5 years previous to admission for colonic inertia and two subsequent episodes of abdominal pain, both solved with medical treatment. She presented with a new episode of abdominal pain and an abdominal CT and a barium enema were performed, which showed a transition zone proximal to the ileorectal anastomosis. A diagnostic laparoscopy was done, finding torsion of the ileorectal anastomosis. This anatomic abnormality was solved by closure of the mesenteric gap. Patient was discharged without complications. **Conclusions:** Late torsion of an ileorectal anastomosis is a rare complication that was caused apparently in this case by the lack of mesenteric gap closure, situation that hasn't been described in literature.

Key words: Ileorectal, torsion, anastomosis, colectomy, colonic inertia.

INTRODUCCIÓN

La constipación es el segundo síntoma gastrointestinal más comúnmente reportado en la consulta. Afecta del 2 al 34% de la población.¹ Generalmente, este síntoma se maneja adecuadamente con tratamiento médico, cambios en la dieta y laxantes,² pero existe un pequeño porcentaje de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico para la resolución del cuadro. Se requiere un extenso estudio del paciente para realizar un adecuado diagnóstico.² En caso de no encontrar alteraciones metabólicas, orgánicas o farmacológicas que expliquen los cambios en el hábito

* Centro Médico ABC. Departamento de Cirugía General.

Correspondencia:

Dr. Carlos Belmonte Montes

Sur 136 Núm. 116 Cons. 216 Torre Mackenzie,

Col. Las Américas 01120 México, D.F.

Tel. 5271-7621

E-mail: bemcar63@gmail.com

intestinal, se clasifica dicha patología como constipación crónica primaria, para la cual se requieren de estudios con especial énfasis en la motilidad intestinal, particularmente del colon o alteraciones en las funciones del piso pélvico y el mecanismo defecatorio. Una vez estudiados, los pacientes pueden clasificarse en 3 grandes grupos: inercia colónica, síndrome de obstrucción de la salida del piso pélvico o trastornos funcionales.²

La inercia colónica es una alteración en la cual existe poca respuesta al tratamiento médico y afecta de forma severa la calidad de vida del paciente, razón por la cual el tratamiento quirúrgico se convierte en una adecuada alternativa terapéutica.²

Se han intentado distintos tipos de resecciones intestinales para el tratamiento de esta patología, entre los cuales destacan la colectomía subtotal con anastomosis cecorrectal o ileosigmoidea, la colectomía total con ileorrectoanastomosis y la hemicolectomía derecha o izquierda. Las resecciones parciales han tenido malos resultados a largo plazo y la mejor evolución se ha visto con la combinación de colectomía total con ileorrectoanastomosis, que puede realizarse vía abierta o laparoscópica.¹⁻⁶

Los resultados con la cirugía son satisfactorios para la mayoría de los pacientes, con hasta 85% de pacientes satisfechos con los resultados.² La colectomía total con ileorrectoanastomosis se considera actualmente el mejor tratamiento quirúrgico para pacientes con inercia colónica,^{1,6} aunque hasta 10% de pacientes postoperados pueden permanecer con síntomas de constipación y dolor abdominal.⁵ Dicho procedimiento puede realizarse vía laparoscópica y en la técnica descrita no se incluye el cierre de la brecha mesentérica ya que la posibilidad de hernia es muy baja. Se han descrito diversas complicaciones en pacientes postoperados de colectomía total con ileorrectoanastomosis por inercia colónica, siendo frecuentes los cuadros de oclusión intestinal. Se encuentran reportes en la literatura de hasta 71% de los pacientes postoperados con al menos un cuadro de oclusión intestinal posterior al procedimiento, generalmente secundarios a adherencias en la gran mayoría de los casos.⁸

A continuación, presentamos el caso de una paciente que se presentó a nuestra institución con cuadros recurrentes de dolor abdominal después de la realización de una colectomía total por inercia colónica 5 años previos, en quien se evidenció torsión parcial de la anastomosis ileorrectal aparentemente secundaria a la falta de cierre de la brecha mesentérica que se resolvió por vía laparoscópica.

CASO CLÍNICO

Femenina de 25 años de edad, quien acudió al Servicio de Urgencias de nuestra institución por presentar cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal punzante, intermitente, intensidad moderada, difuso, con predominio

en hipocondrio derecho, acompañado de evacuaciones diarreicas en seis ocasiones, líquidas, sin moco o sangre, verde/amarillentas. Evolucionó con incremento en la intensidad del dolor, siendo incapacitante, acompañado de náusea, diaforesis y escalofríos, con dificultad para canalizar gases. Como antecedentes de importancia: padre con enfermedad de Parkinson, tabaquismo positivo durante 1 año a razón de 1-2 cigarros al día, suspendido hace cuatro años, alcoholismo negado, ejercicio aeróbico 5-6 veces por semana durante 1-2 horas, G3P0C2A1, lactancia de 7 meses de evolución, menstruación regular, ritmo 28 x 5, colectomía total hace cinco años por inercia colónica, alérgica a penicilina, resto negados.

A la exploración física: alerta, consciente, orientada en tres esferas, cráneo sin alteraciones, pupilas isocóricas normorreflécticas, mucosas bien hidratadas, cuello sin ingurgitación yugular, pulsos adecuados, sin soplos ni adenomegalias, ruidos cardíacos rítmicos, adecuados en intensidad y frecuencia sin ruidos agregados, campos pulmonares con murmullo vesicular sin ruidos agregados, abdomen ligeramente distendido, sin hiperestesia/hiperbaralgesia, peristalsis ligeramente aumentada y con tono timpánico, doloroso a la palpación media y profunda en epigastrio, hipocondrios y flanco izquierdo, sin datos de irritación peritoneal, timpanismo a la percusión de forma generalizada. Extremidades íntegras, eutróficas, con adecuados pulsos y llenado capilar, reflejos osteotendinosos normales.

Se solicitaron laboratorios de: hemoglobina 14.3 g/dL, hematócrito 40.9%, plaquetas 212,000/mm³, leucocitos de 5,400/mm³, segmentados de 73%, bandas 2%, glucosa 75 mg/dL, BUN 12 mg/dL, creatinina 0.8 mg/dL, Na 140 mEq/L, K 3.8 mEq/L, cloro 109 mEq/L, CO₂ total 15 mEq/L, TTP 27'', TT 14'', TP 13.9'', % actividad 75, INR 1.20, fibrinógeno 389 mg/dL. En la radiografía simple de abdomen en dos posiciones se encontró gran distensión de asas del intestino delgado en hemiabdomen izquierdo de predominio en cuadrante superior, con niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ámpula rectal (*Figuras 1 y 2*). Ingresó a cargo del Servicio de Cirugía General con diagnóstico de oclusión intestinal parcial. Se mantuvo en ayuno, con líquidos parenterales y sin analgésicos. En su primer día de estancia intrahospitalaria sin mejoría del cuadro, se le realizó tomografía de abdomen y colon por enema encontrando zona de transición adyacente al sitio de anastomosis ileorrectal, sin paso del material de contraste aproximadamente a 40 cm del margen anal (*Figuras 3 y 4*).

Por dicho motivo, se programó para tratamiento quirúrgico, realizando laparoscopia diagnóstica, con colocación de 3 trócares: umbilical de 12 mm, dos trócares en flanco y fosa iliaca derecha de 5 mm cada uno (*Figura 5*). Se encontró torsión parcial del asa de ileon terminal a nivel de la anastomosis ileorrectal que no comprometía la circulación intestinal pero impedía el paso libre de materia fecal a través de la misma (*Figura 6*), así como

20-30 mL de líquido inflamatorio. Se realizó destorsión de asas del íleon y cierre de la brecha mesentérica con poliéster 2-0 en surgete, corrigiendo posición anastomótica y aspirado de cavidad abdominal (*Figuras 7 y 8*). Sangrado aproximado de 20 mL, con tiempo quirúrgico de 1 hora con 30 minutos.

En el postoperatorio inmediato: con adecuada evolución, canalizó gas por recto, se mantuvo sin dolor abdominal. Se inició vía oral con líquidos en el postoperatorio y se progresó dieta en el segundo día postoperatorio, en ambas ocasiones con adecuada tolerancia. Se dio de alta en el día 2 de postoperada, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La colectomía total con ileorrectoanastomosis es el procedimiento de elección para el tratamiento quirúrgico de



Figura 1. Importante distensión de asas del intestino delgado de predominio en cuadrante superior izquierdo.

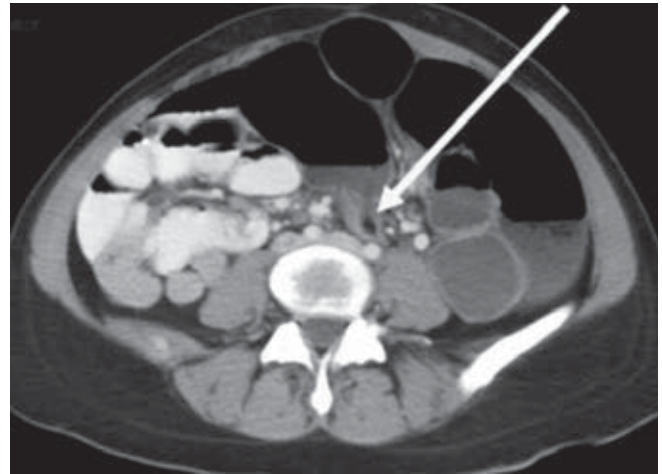


Figura 3. Zona de transición adyacente al sitio de anastomosis ileorrectal (flecha).

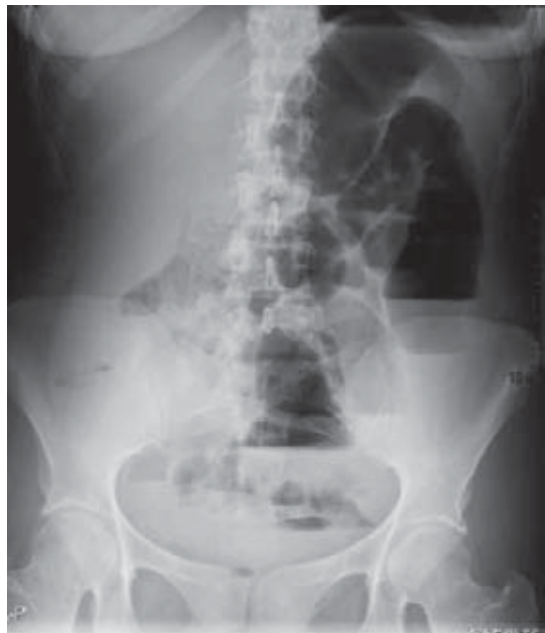


Figura 2. Presencia de niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ampolla rectal.

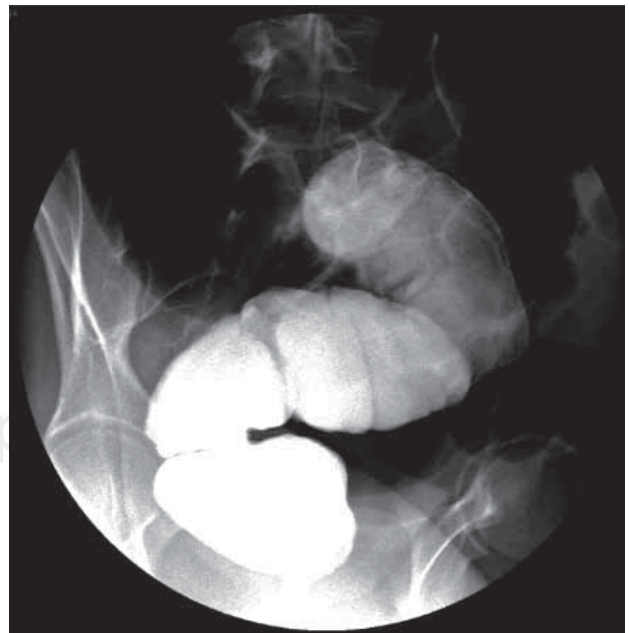


Figura 4. Ausencia de paso del medio de contraste en sitio de anastomosis ileorrectal.

los pacientes con inercia colónica refractaria a tratamiento médico,^{1,3,6} y ha demostrado resultados excelentes en el seguimiento a largo plazo.⁹

Para una adecuada evolución postoperatoria son de vital importancia la correcta selección de los pacientes y una evaluación fisiológica preoperatoria para discriminar entre los problemas del mecanismo defecatorio, de motilidad intestinal o ambos, ya que aquellos pacientes sin alteración en la motilidad colónica tendrán una mala respuesta al tratamiento quirúrgico.¹ De igual manera, todo paciente considerado para tratamiento quirúrgico debe contar con estudios de motilidad del tracto digestivo superior normales, ya que un trastorno en los mismos contraindica el procedimiento y generará una mala respuesta al mismo en caso de ser realizado.¹ Se han descrito diversas

complicaciones en pacientes postoperados de colectomía total con ileorrectoanastomosis por inercia colónica, entre las cuales se encuentran: fugas anastomóticas, abscesos pélvicos, oclusión intestinal, incontinencia anal y torsión anastomótica, entre otras. La mortalidad reportada es de 2.1% aproximadamente.^{7,8} La mejoría sintomática de los pacientes es variable, con reportes en la literatura de hasta 81.6%. Sin embargo, hasta 50% de los pacientes aún presentan dificultades para evacuar y de 50 a 70% de los mismos pueden persistir con dolor abdominal y distensión a pesar del procedimiento,⁸ siendo los últimos dos síntomas los de más difícil control. Es por ello que los episodios de dolor abdominal que la paciente presentó se interpretaron inicialmente como normales, amén de considerar como una 2ª opción la posibilidad de obstrucción intestinal de-

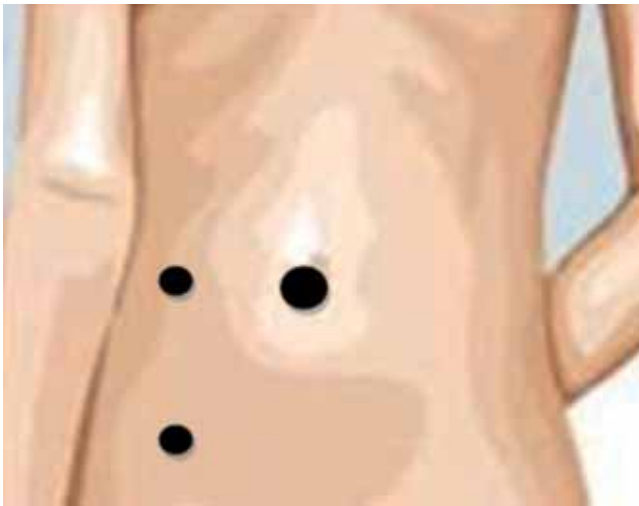


Figura 5. Posición de trócares: umbilical 12 mm, fosa iliaca derecha y flanco derecho 5 mm.

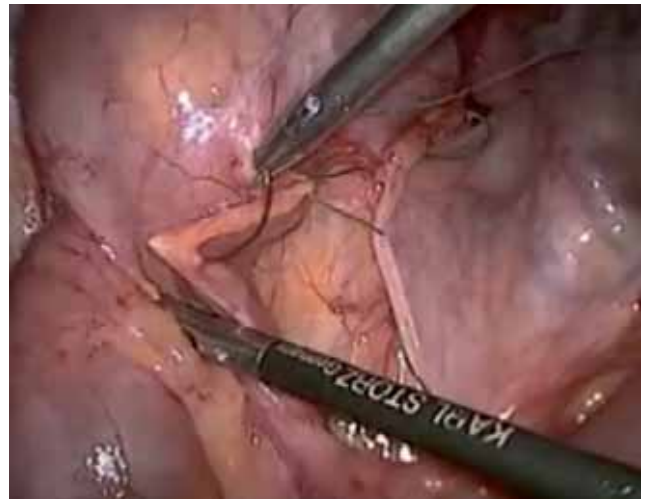


Figura 7. Cierre de brecha mesentérica.



Figura 6. Torsión de anastomosis ileorrectal.



Figura 8. Posición final de anastomosis posterior al cierre de brecha mesentérica.

bido a la presencia de adherencias, lo cual es un evento relativamente frecuente en estas circunstancias. Dentro de las complicaciones al realizar una anastomosis ileorrectal se encuentra descrita la torsión por una incorrecta posición de la anastomosis durante el procedimiento, situación que debe prevenirse en el transoperatorio y que presenta datos clínicos de obstrucción desde el postoperatorio inmediato, lo cual no fue el caso de la paciente, que presentó sólo episodios tardíos de dolor abdominal en forma leve inicialmente y no característicos de una obstrucción. Los autores han realizado este procedimiento desde hace varios años, incluso siendo el grupo que publicó el primer caso realizado por vía laparoscópica en esta misma revista;¹³ en este procedimiento habitualmente no se incluye el cierre de la brecha mesentérica.¹² Consideramos que probablemente la secuencia de eventos fue la siguiente: primero es sabido que el íleon terminal se distiende de manera compensatoria a la resección del colon, adquiriendo algunas de las funciones fisiológicas del colon derecho, y con ello aumenta el diámetro y el peso del íleon terminal que se anastomosa al recto;

esto pudo generar un fenómeno de torsión parcial facilitado por la movilidad excesiva de la anastomosis secundaria a la falta de cierre de la brecha mesentérica (amén a la falta de adherencias postoperatorias que comúnmente se ven en cirugía abierta pero no en cirugía laparoscópica), problema que se corrigió al cerrarla, lo cual nos lleva a considerar si en este tipo de procedimientos se deba incluir de forma rutinaria dicho cierre. Se realizó una búsqueda con las palabras clave descritas previamente, en bases de datos de Medconsult, Cochrane, Medline sin encontrar reportes de casos similares al descrito previamente. Se encontraron reportes de torsión de anastomosis en pacientes con anastomosis ileoanales; sin embargo, ningún reporte de torsión tardía de anastomosis ileorrectal.^{10,11}

En resumen, consideramos que esta complicación después de una colectomía abdominal total con ileorrectoanastomosis realizada por laparoscopia sin cierre de la brecha mesentérica ileorrectal es un evento raro condicionado por diversos factores y una posibilidad diagnóstica en pacientes con cuadro clínico de obstrucción intestinal.

REFERENCIAS

1. Knowles C, Scott M, Lunniss PJ. Outcome of colectomy for slow transit constipation. *Ann Surg* 1999; 230: 627-638.
2. Pinedo G, Zarate AJ, García E et al. Laparoscopic total colectomy for colonic inertia: surgical and functional results. *Surg Endosc* 2009; 23: 62-65.
3. Webster C, Dayton M. Results after colectomy for colonic inertia: a sixteen-year experience. *Am J Surg* 2001; 182: 639-644.
4. Platell C, Scache D, Geoff M et al. A long-term follow-up of patients undergoing colectomy for chronic idiopathic constipation. *Am J Surg* 1996; 66: 525-529.
5. Pfeifer J, Agachan F, Wexner S. Surgery for constipation: A review. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 444-460.
6. Wai Wong S, Lobowski DZ. Slow-transit constipation: evaluation and treatment. *Am J Surg* 2007; 77: 320-328.
7. Reissman P, Cohen S, Weiss E et al. Laparoscopic colorectal surgery: Ascending the learning curve. *World J Surg* 1996; 20: 277-282.
8. Ghosh S, Papachrysostomou M, Batoool M et al. Long-term results of subtotal colectomy and evidence of non-colonic involvement in patients with idiopathic slow-transit constipation. 1996; 31: 1083-1091.
9. Sarli L, Costi R, Lusco D, Roncoroni L. Long-term results of subtotal colectomy with antiperistaltic cecoproctostomy. *Surg Today* 2003; 22: 823-827.
10. Frederick A. Complications of ileal pouch anal anastomosis. *Seminars in Pediatric Surgery* 2007; 16: 200-204.
11. Ritchie JK, Lockhart-Mummery. Non-restorative surgery in the treatment of Crohn's disease of the large bowel. *Gut* 1973; 14: 263-269.
12. Milsom JW, Ludwig KA, Church JM et al. Laparoscopic total abdominal colectomy with ileorectal anastomosis for familial adenomatous polyposis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 675-678.
13. Belmonte MC, García-Ruiz A, Chávez RJJ y cols. Colectomía total laparoscópica por inercia colónica. Reporte de un caso. *Rev Mex Cir Endosc* 2002; 3: 131-136.