

Descenso endorectal transanal en el Hospital General de Durango

Rodolfo Saúl Sepúlveda Herrera¹
Enrique Gerardo. Ortiz de la O¹
Hugo Rafael Rueda Ochoa¹
Bibiano Alberto Alba García¹
Alejo Macias²

In stitución Hospitalaria

¹Unidad Pediátrica
Departamento de Cirugía Pediátrica
²Departamento de Patología
Hospital General de Durango
Durango, Dgo.

Solicitud de sobretiros: Dr. Rodolfo Saúl Sepúlveda Herrera
Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital General de Durango
Durango, Dgo

Resumen

En un período de 6 años se trataron en el Hospital General de Durango, 58 pacientes. 55 con Enfermedad de Hirschsprung (EH) y 3 Constipación Idiopática Crónica (CIC) mediante Descenso Endorectal Transanal (DET) tipo de la Torre; 16 de ellos mayores de 6 años y aún con dilatación rectosigmoidea importante. El procedimiento quirúrgico se pudo realizar satisfactoriamente en todos, aproximadamente en 2 hs., con una estancia hospitalaria de 7 días en los primeros 14 casos y después en solo 48-72 hs. El paso de evacuaciones fue entre el primero y tercer día y con ello el inicio de la vía oral. Hubieron complicaciones mayores y menores con diferente resolución que se comentaran. El seguimiento a 80 meses es excelente, con 1-3 evacuaciones diarias sin uso de laxantes, continencia normal en mayores de 3 años, solo un caso con manchado leve y tres casos desarrollaron enterocolitis post-derivativa.

Palabras clave: Enfermedad de Hirschsprung; Constipación idiopática crónica; Descenso endorectal transanal.



Decline endorectal transanal in the General Hospital in Durango

Abstract

In a period of 6 years treated in the General Hospital of Durango, 58 patients. 55 with Hirschsprung Disease and 3 with Chronic Idiopathic constipation by Endorectal Transanal Approach type "De la Torre"; 16 of them majors of 6 years and still with important rectosigmoid dilatation. The surgical procedure could be realised satisfactorily in all, approximately in 2 hs., with a hospital stay of 7 days at the first 14 cases and later only 48-72 hs. The passage of evacuations was between the first and third day, in this way the beginning of the oral route. There were majors and minors complications with different resolution that will comment. The excellent pursuit to 80 months, with 1-3 daily evacuations without use of laxatives, fecal continencia in majors of 3 years, a stained case and three cases developed postderivational enterocolitis.

Index words: Hirschsprung's disease; Constipation chronic idiopathic; Decline endorectal transanal.

Introducción

La Enfermedad de Hirschsprung (EH) es un padecimiento que se presenta con una frecuencia de 1: 4-5000 nacidos vivos. Es la causa de bloqueo intestinal mecánico mas frecuente en el recién nacido y de constipación intratable en la Infancia.

El estándar de oro en el diagnóstico es la biopsia rectal, por aspiración o de espesor total de acuerdo a la experiencia del cirujano y patólogo.^{2,3}

Hay controversia en cuanto al tipo de biopsia, si es de espesor total o si es por aspiración, mencionándose pros y contras, tales como muestras insuficientes o bien que el patólogo está más familiarizado en hacer el diagnóstico a nivel de plexos musculares y no en la submucosa.

Desde el punto de vista quirúrgico la de espesor total nos deja una cicatriz que puede dificultar el manejo de la mucosectomía y por otro lado el riesgo del sangrado y perforación es mayor con ésta última.

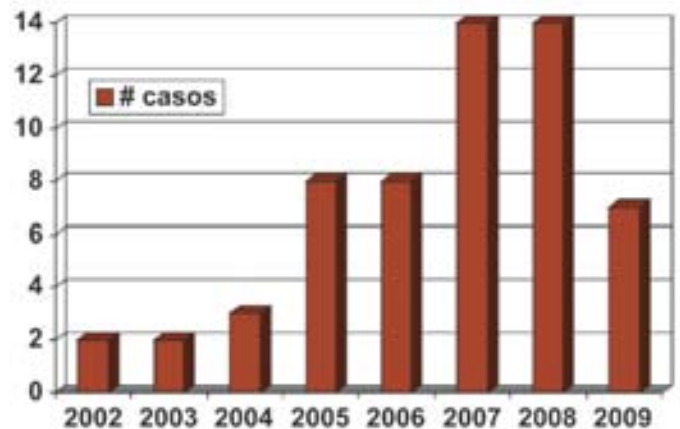
En la actualidad la tendencia es tomar las biopsias submucosas, siendo estas adecuadas y suficientes para hacer el diagnóstico de la enfermedad, su único problema es contar con el instrumento apropiado para sus tomas y definitivamente contar con un patólogo entrenado para ver este tipo de especímenes (Figura No1).

Uno de los distractores a nivel de los médicos pediatras es indicar el Colon por enema antes que la biopsia, esto es un error y conlleva a

retraso en el diagnóstico, considerándose en la actualidad que el diagnóstico de la EH es 100% histopatológico.

También es posible que se incurra en errores técnicos en el Colon por enema, en primer lugar no introducir sondas con globo en el recto ya que perdemos la información del canal rectal, el cual nos interesa saber en primer lugar: si está descomprimido o dilatado como en los casos de pacientes mayores.

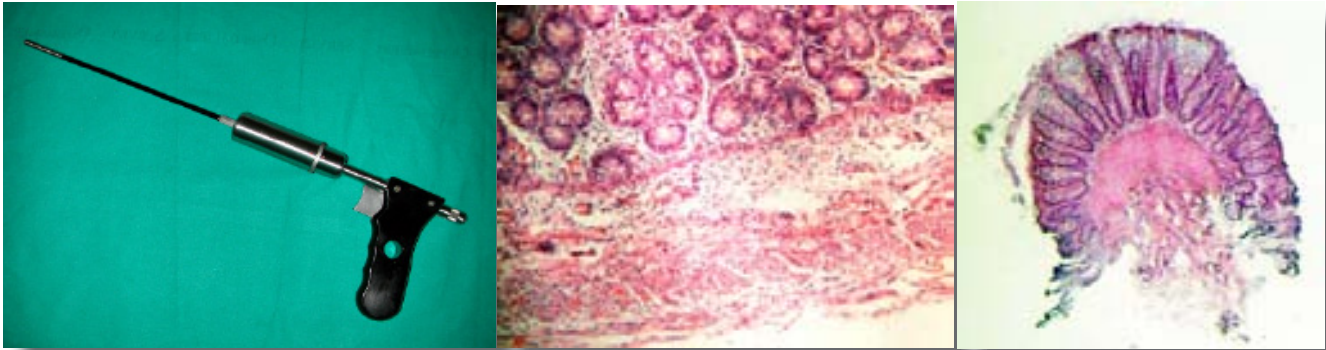
Segundo: Si existe o no zona de transición y a que nivel está? y 3'. Si hay micro o megacolon. Consideramos es un estudio que podemos lograr con 3 placas radiográficas, una en posición AP y 2 oblicuas y utilizar asimismo



Cuadro No 1
Incidencia, 58 Casos, 2002-2009



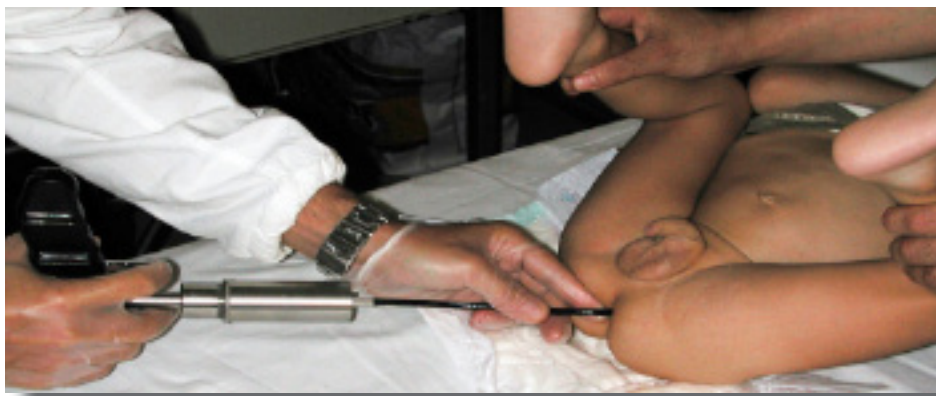
Biopsia Submucosa por Aspiración con
Pistola SAMO RBT Automatica
Figura No 1



Pistola para biopsias rectales

Histologia pared intestinal total

Biopsia submucosa



Toma de biopsias submucosas por aspiración con pistola SAMO-RBT



Por cuadrantes a las 3-6-9

material hidrosoluble para evitar impacto fecal; este estudio lo hemos denominado rectosigmoidograma de 3 placas (Figura No 2).

El tratamiento quirúrgico ha sufrido modificaciones con el tiempo, existiendo tratamientos de 1, 2 y 3 operaciones.³

A partir de 1998 en el Instituto Nacional de Pediatría en México, D.F., el Dr. Luis de la Torre Mondragón hace la publicación de su trabajo, en donde propone realizar el tratamiento de la Enfermedad de Hirschsprung Clásica mediante un abordaje llamado Descenso Endorrectal Transanal (DET)¹

Consiste en UN SOLO TIEMPO QUIRURGICO y no requiere de una colostomía derivativa previa al descenso, mejorando con ello: tiempo de estancia hospitalaria, trauma quirúrgico, aspecto cosmético y sobre todo lograr una evolución similar a la reportada para otras técnicas ya existentes.

El Dr. Georgeson en 1994 había propuesto algo similar solo que con el uso y apoyo de laparoscopia. Actualmente el DET tipo De la Torre es la técnica mayormente difundida en el Mundo y ya empieza a utilizarse para algunas cosas diferentes a la EH, tal es la Constipación idiopática crónica (CIC) con megarectosigmoides.



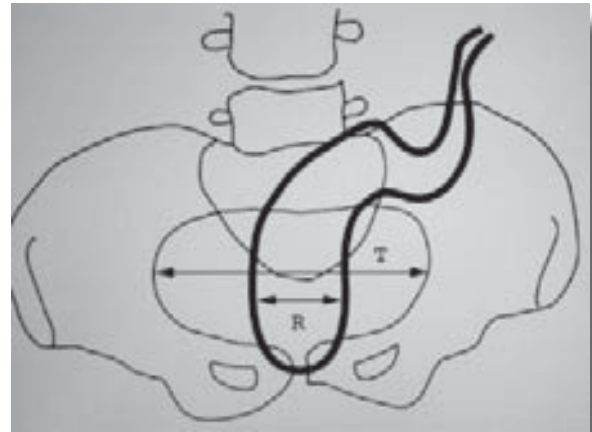
Descenso endorectal transanal en el Hospital General de Durango

Rectosigmoidograma
Figura No 2



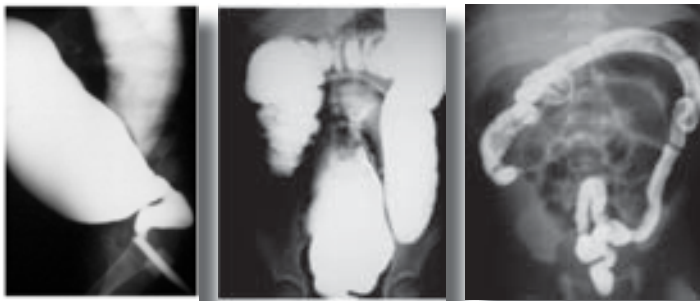
Recto descomprimido o dilatado?

Indice rectopelvico de Van Der Plas
Para determinar "megarectosigmoides" en niños. (> 0.61)
Figura No 3



Aunque a escasos 10 años de su publicación esperamos aún tener mayor experiencia en el procedimiento y hacer evaluaciones periódicas interinstitucionales, para poder darle el valor correspondiente.

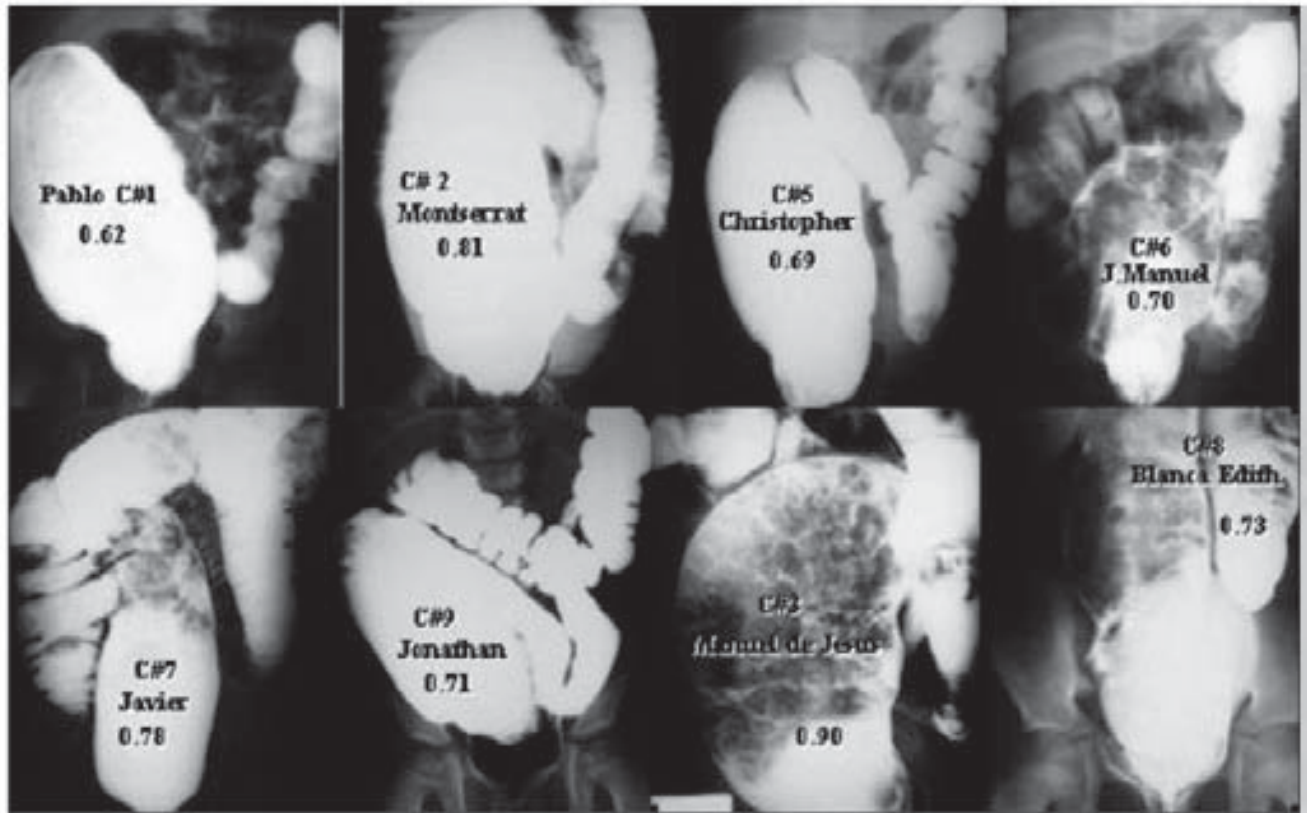
Dentro de las complicaciones secundarias a los procedimientos correctivos de la EH se encuentran la enterocolitis, la estenosis, constipación residual, absceso del mango muscular,



Zona de trancision

Megacolon

Microcolon

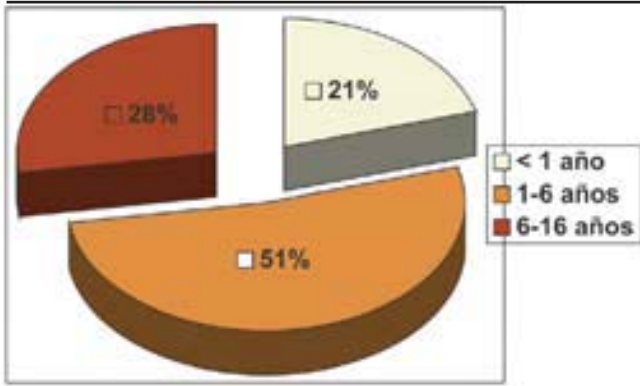


Colon por enema con RECTOMEGASIGMAS de distintas dimensiones. Todos mayores de 0.61



Cuadro No 2

Grupo predominante lactante mayor/ preescolar
30 casos (51%)
Grupo escolares y adolescentes 16 casos/ 28%
“Diagnóstico oportuno en < 1 año solo 12 pts (21%)”



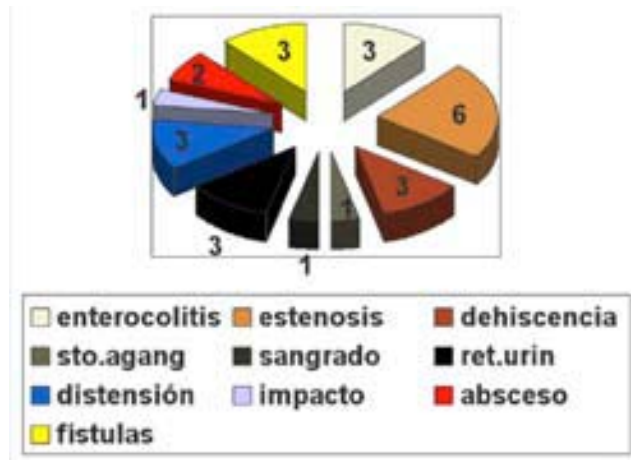
prolapso rectal, dehiscencia y descenso en zona agangliónica.

En la Literatura Mundial a excepción de un trabajo del Hospital Pediátrico William Soler en la Habana, Cuba, no se refieren dilataciones postoperatorias pero si se habla de estenosis en diferentes proporciones que van desde 4.6-6%.^{4,5,8,9}

Algo meramente apreciativo nuestro podría ser que las dilataciones postoperatorias se re-

Cuadro No 3

Complicaciones mayores y menores



quieran solo en pacientes lactantes y deberán realizarse diario, por un período de 6 semanas.

Igualmente la enterocolitis es un problema inherente a la EH, reportándose entre 6-17.4%.^{4-8,9}

En cuanto a continencia fecal se refiere se habla de un 83-92.1% utilizando la técnica transanal en un solo tiempo quirúrgico.^{8,9}

Se habla poco de otras complicaciones como son la disfunción sexual, tal vez en el seguimiento a futuro podamos hablar de ello.³

También nos llama la atención que en diferentes publicaciones en Egipto por los Drs. Hadidi y Elhalaby se hace mención a un grupo etario de escolares preadolescentes entre 12-14 años, lo cual nos indica la falla en el diagnóstico oportuno de la enfermedad en estos casos^{6,7,9} y nos abre las posibilidades de requerimiento del DET en pacientes mayores y no solamente en menores de 2 años y sobre todo con Megarectosigmoides, mencionándose por el propio Dr. de la Torre que éstas



Descenso endorectal en preadolescentes con “megarectosigmoides”
(Figura No 4)



Figura No 5

Complicaciones mayores y menores



Fístula Rectovaginal iatrogénica adquirida
Pre y post-operatorio

serían 2 contraindicaciones para realizar su técnica.

Tanto en Egipto como en Durango, México somos pioneros y la hemos realizado no mostrando diferencias significativas solo el tamaño de las estructuras y por ende ser cuidadosos con la hemostasia ya que las estructuras vasculares son mayores en estos casos.

Técnicamente sin mayor dificultad aunque se requiere haber obtenido la destreza para el manejo del DET en casos más seleccionados, dígase pacientes pequeños, con rectos descomprimidos.

Objetivo

Presentar nuestra experiencia con el Descenso Endorectal Transanal Tipo de la Torre, en el

Figura No 7

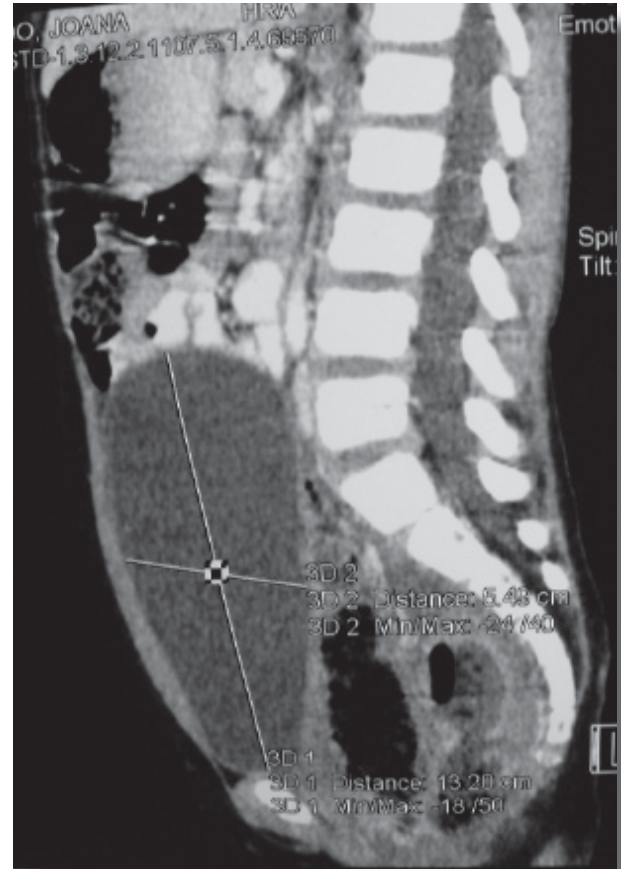
Complicaciones mayores y menores



Estenosis de la anastomosis colo-rectal

Figura No 6

Complicaciones mayores y menores



Absceso retrorectal-presacro (TAC) y retención urinaria con globo vesical importante

Hospital General de la Secretaría de Salud de Durango, México, haciendo énfasis muy particularmente en un grupo de pacientes, dentro de los que se incluyen escolares y adolescentes.

Material y Métodos

Es un trabajo de prevalencia, retrospectivo, transversal, observacional, realizado en un período de tiempo de 6 años, de Septiembre del 2002 a Marzo del 2009, revisando los expedientes de 58 pacientes (Cuadro No 1), 55 casos con diagnóstico de Enfermedad de Hirschsprung, corroborados histológicamente y 3 casos de Constipación idiopática crónica con “megarectosigmoides”, determinado por el índice rectopélvico de Van-Der-Plas (>0.61) (Figura No 3), operados con la técnica Descenso Endorectal Transanal tipo de la Torre.

Se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, fecha de la operación, colon por enema, medición de índice recto-pélvico (Van-Der-Plas), tipo de biopsia rectal realizada, resul-

tados histopatológicos de las piezas definitivas postoperatorias, tiempo quirúrgico, periodo de ayuno, inicio de evacuaciones, tiempo estancia hospitalaria, complicaciones, evolución postoperatoria, patrón defecatorio, sensibilidad, continencia, manchado y enterocolitis post-derivativa.

Los criterios de inclusión: Niños desde 0-16 años con diagnóstico de EH mediante biopsia rectal por aspiración o de espesor total o bien casos de Constipación Idiopática Crónica no manejable.

Criterios de exclusión: abandono en el seguimiento.

Resultados

De los 58 pacientes, 24 fueron del sexo masculino y 34 del femenino (relación 1:1.4), los grupos etarios: 12 lactantes menores, con un 29%, lactantes mayores y preescolares 30 pacientes (51%) y 16 escolares mayores de 6 años (27.5%), siendo la de mayor edad de 16 años 9 meses. (Cuadro No 2)

El diagnóstico se realizó mediante biopsias submucosas en 50 casos, con pistola SAMO-RBT (150 biopsias por aspiración) y 14 de espesor total, revisadas todas por un solo patólogo de nuestro Hospital.

El tiempo quirúrgico requerido fue entre 70-180 minutos con un promedio de 130 minutos, debiendo considerarse que cada biopsia transoperatoria tarda 20 minutos.

La estancia hospitalaria fue de 5-14 días (promedio de 8.5 días) en los primeros 14 casos; después con cambio de protocolo fue de 48-72 hs.

La mediana fue de 6 días, descontando 5 pacientes que duraron 2 semanas internados por complicaciones.

El inicio del paso de evacuaciones fue de 1-5 días, con un promedio de 1.7; asimismo el inicio de la vía oral entre 1-5 días, con un promedio de 3.4 días.

El seguimiento de nuestros pacientes ha sido entre 6 y 80 meses, anotando que todos tienen entre 1 a 3 evacuaciones diarias, en general sin uso de laxantes solo dos casos usan leche de magnesio 5-10 ml. diarios; asimismo, solo 1 caso presenta manchado leve y todos los pacientes operados, mayores de 3 años, son continentales y tienen una sensibilidad anal normal.

Tres pacientes presentaron datos de enterocolitis, dos de ellos con un solo ingreso, el otro

3 ingresos consecutivos los primeros 6 meses del postoperatorio, todos han cedido con el manejo conservador intrahospitalario.

En 8 casos tuvimos complicaciones mayores (13.7%): Uno con sangrado intraperitoneal anemizante, requiriendo laparotomía urgente para ligadura del vaso sangrante, tres dehiscencias parciales de anastomosis colo-anal, dos fístulas rectovaginales y una fístula perianal estercorácea, practicando a todos ellos una colostomía.

En las dehiscencias antes de cerrar la colostomía se valora si no hay estenosis residual que requiera incisiones liberadoras.

En el caso de las fístulas rectovaginales, utilizamos un Abordaje Sagital Anterior limitado, incidiendo de la pared anterior del recto a la horquilla posterior, separándose vagina del recto y rehaciendo el periné, vagino y anorectoplastía. (Figura No 5)

Otro caso se hizo el descenso en un segmento agangliónico; se derivó y tiempo después nuevo descenso tipo Duhamel y finalmente cierre de colostomía.

Seis casos de estenosis de anastomosis colo-anal; en 3 la solución fue quirúrgica haciendo técnica de Miculicz y 3 dilatándose con dilataadores de Hegar, diario por 6 semanas.

Solo indicamos dilataciones postoperatorias si al mes en el tacto rectal sentimos anastomosis estenótica o estrecha. (Figura No 7)

Ocho incidencias menores: tres requirieron sonda vesical por retención urinaria aguda secundaria a disuria severa y/o globo vesical doloroso, en otros dos pacientes hubo que instalar sonda rectal descompresiva e irrigaciones rectosigmoides por distensión postoperatoria severa.

Dos casos presentaron fiebre postoperatoria uno con absceso pélvico y otro con absceso retrorectal presacro, tratados ambos con triple esquema antibiótico a base de Clindamicina, ampicilina y ceftriaxona I.V., ninguno requirió drenaje y su control fue con TAC. (Figura No 6)

Un caso de impacto fecal que se resuelve con desimpacto digital en consulta externa. (Cuadro No 3)

Conclusiones

1) El Descenso Endorectal Transanal (D.E.T.) tipo de la Torre, es una buena alternativa de tratamiento correctivo para los pacientes con Enfermedad de Hirschsprung, asimismo en pacientes con Constipación Idiopática Crónica refractaria a manejo conservador.



En el presente trabajo se pone de manifiesto que es un procedimiento que puede realizarse en las diferentes edades pediátricas.

Somos pioneros en Durango, México al igual que en Egipto y la India, en la introducción de esta técnica en pacientes escolares y aún con dilatación rectosigmoidea importante. (Figura No 4)

2) El tiempo quirúrgico fue aproximadamente de 2 hs.; el inicio de la vía oral se hizo entre el primero y tercer día y la estancia hospitalaria fue de 1 semana al principio del trabajo, después máximo 72 hs.

3) Comprobamos que el D.E.T, ahorra días-cama al hospital, evita 1 o 2 operaciones más a nuestros pacientes, habiendo un ahorro monetario institucional y familiar, además desde el punto de vista estético no hay punto de comparación.

4) Este procedimiento requiere de manera INDISPENSABLE, de biopsias seromusculares y/o espesor total trans-operatorias para detectar el nivel de la aganglioneosis, no así en los pacientes con Constipación idiopática crónica cuyo nivel de descenso es observacional.

Algunos cirujanos usan biopsias pre-operatorias laparoscópicas, esto ahorra tiempo en el momento del descenso. Creo que el tiempo en estos casos pudiera reducirse a 60-80 min. por procedimiento.

5) La evolución en cuanto al patrón defecatorio es buena, 1-3 evacuaciones diarias, sin uso de laxantes, además de mantener una continencia fecal adecuada en los pacientes mayores de 3 años.

6) Las complicaciones son similares a las mencionadas en la Literatura Mundial para este tipo de enfermedad y procedimiento quirúrgico.

En nuestro trabajo enterocolitis 5.1% , dehiscencia de anastomosis 5.1% y estenosis 10,3%; Aún no nos queda claro cual sería el parámetro para indicar dilataciones anorectales postoperatorias, proponemos se hagan en pacientes lactantes y que se lleve un control estricto al mes 3 y 6 meses realizando tacto rectal explorador.

Si no cede a dilataciones con Hegar, se harán 1-2 incisiones liberadoras tipo Mic ulic z.

En caso de fístulas rectovaginales, éstas pueden solucionarse mediante un Abordaje Sagital anterior limitado, con colostomía protectora.

7) No hemos tenido casos de conversión a pesar que en un caso se resecaron hasta 45 cm. por esta vía.

8) No hemos tenido mortalidad ni a corto ni largo plazo.⁹

Referencias

1. De la Torre-Mondragon L, Ortega-Salgado JA. Transanal endorectal pull-through for Hirschsprungs disease. J Pediatr Surg. 1998 Aug;33(8):1283-6.

2. * eodore Z. Polley Jr., Arnold G. Coran, athleen P. Heidelberger and John R. Wesley. Suction rectal biopsy in the diagnosis of Hirschsprungs disease and chronic constipation. Pediatric Surgery International. Volume 1, Number 2 / June, 1986:84-89 .

3. Bel ind-Gerson J, Coello-Ramírez P, García-Aranda J.A., Heller S., Larrosa A. Enfermedad de Hirschsprung. Bol Med Hosp Infant Mex. Dic. 2002;59 (12) :800-809.

4. Langer JC, Durrant A.C. de la Torre L, Teitelbaum DH, Min es R , Caty MG, Ortega SJ. One stage transanal Soave Pullthrough for Hirschsprung disease: a multicenter experience ith 141 children. Ann Surg.2003. Oct 2003;238 (4):569-83

5. Descenso Endoanal en la Enfermedad de Hirschsprung. Hospital Pediatrico William Soler. Rev Cubana Pediatr 2006;78 (4) .

6. Hadidi A. Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung s disease: a comparision ith the open technique. Eur J Pediatr Surg.2003 Jun;(3): 176-80.

7. Enema G, Falchetti D,Torri F, Merilla VE, Manciana A, Caccia G. Futher evidence on totally transanal one-stage pull-through procedure for HD. J Pediatr Surg 2003 Oct;38(10):1434-9.

8. Lia W, Zhang WT, Li FH, Cui ° H, Duan ° S. A ne modification of transanal Soave Pull-through procedure for HD. Chin Med J 2006 Jan;119(1):37-42

9. Elhalaby EA, Asís A, Elbarbary MM, Soliman HA, Wishahy M . Transanal one-stage endorectal pull-through for Hirschsprung s Disease: a multicenter study. J Pediatr Surg 2004 Mar;39(3):345-51.

