

Evolución en el manejo quirúrgico de la Poliposis Adenomatosa Familiar con el uso de sutura mecánica en Pediatría

Sarahí Cruz-Cortés, José Refugio Mora-Fol,
Consuelo Ruelas-Vargas, José Antonio Chávez-Barrera

Lugar de realización del trabajo:

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital Gaudencio González Garza
Centro Médico Nacional La Raza, Servicio: Cirugía Pediátrica
México D.F.

Solicitud de sobretiros: Dr. Héctor Pérez Lorenzana

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital Gaudencio González Garza
Centro Médico Nacional La Raza, Servicio: Cirugía Pediátrica
México D.F.

Resumen

Introducción: La poliposis adenomatosa intestinal es una patología autosómica dominante con múltiples pólipos en colon. Está bien establecido que sin tratamiento oportuno el 100% de los individuos afectados desarrollará adenocarcinoma. Múltiples alternativas de tratamiento se han descrito por Kock desde 1973, entre las que sugiere la colectomía e ileostomía permanente o panproctocolectomía con reservorio continente ileal.

Material y Método: Realizamos un estudio de revisión de casos de 2002 a 2009, en un Hospital de tercer nivel de pacientes pediátricos sometidos a colectomía total y realización de reservorio ileal por poliposis adenomatosa familiar.

Resultados: Se registraron 3 casos; todos del sexo femenino, de 7, 13 y 14 años. La técnica utilizada en las pacientes fue colectomía total y realización de reservorio ileal en M o en J; inicialmente predominó el uso de sutura manual, luego manual y mecánica y finalmente se realiza en su totalidad con sutura mecánica. No se presentó morbi-mortalidad en las pacientes.

Discusión: Existen cuatro alternativas que se pueden utilizar. Históricamente en nuestro servicio se realizaba en dos tiempos, inicialmente con sutura manual, con mayor riesgo de sangrado, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria prolongada. Y con el uso de sutura mecánica se encuentran mejores resultados de las variables antes mencionadas y evolución clínica satisfactoria, razón por la cual se puede considerar como alternativa útil la técnica descrita en el presente trabajo.

Palabras clave: Poliposis adenomatosa familiar; Reservorio ileal; Colectomía; Anastomosis ileoanal.



Evolution in the surgical management of familial adenomatous polyposis using mechanical suture in Pediatrics

Abstract

Introduction: The intestinal adenomatous polyposis is an autosomal dominant condition characterized by the development of multiple polyps at colon. Without a correct treatment all patients (100%) will present adenocarcinoma. There are many alternatives to the surgical treatment for this disease since Kock at 1973 describes colectomy and permanent ileostomy or proctocolectomy with ileal reservoir.

Materials and Methods: A review of clinical cases of children between 2002 to 2009, in a Medical Center about children who undergoing to total colectomy with ileal reservoir for intestinal adenomatous polyposis.

Results: Were 3 female with 7,13,14 years old. The surgery was colectomy with J or M-pouch. The first patient with manual suture and next predominant with mechanic suture. Our study without morbidity and mortality.

Discussion: There are four alternatives for surgery treatment. Past in our service we had two times for surgery, with manual suture and major possibility for complications as trasoperative hemorrhage, surgery duration. However with mechanical suture we had better outcome about evolution for our patients, this is the reason because we recommended this surgery.

Index words: Adeomatous polyposis; Ileal reservoir; Colectomy; Ileoanal anastomosis.

Introducción

La poliposis adenomatosa intestinal es una patología autosómica dominante, con mutación del gen APC en el brazo largo del cromosoma 5, caracterizada por el desarrollo de múltiples pólipos en colon, ésta condición se presenta al final de la infancia.

Puede manifestarse con cambio en el hábito intestinal, o bien evacuaciones con sangre en la vida adulta temprana.^{1,8,11}

Desde 1947 Ravitch y Sabiston describen técnicas alternativas para pacientes que requieren colectomía, esto secundario a Colitis ulcerativa, Enfermedad de Hirshprung y Poliposis adenomatosa familiar; consistiendo en proctectomía de la mucosa con anastomosis ileoanal y preservación del mecanismo esfinteriano y continencia fecal.^{2,10}

Se reporta en la literatura internacional una buena calidad de vida en los portadores de un reservorio funcional, el restablecimiento del tránsito intestinal y preservación de la continencia; incluso se contempla la posibilidad de evitar la ileostomía.^{3,4}

Múltiples alternativas de tratamiento se han modificado por Kock en 1973, entre las que su-

giere la colectomía e ileostomía permanente o panproctocolectomía con reservorio continente ileal.^{1,2,3,5}

Las bases de algunas de éstas técnicas se remontan al descenso descrito por Soave en 1965 para el manejo quirúrgico de la Enfermedad de Hirshprung, respetando los límites respecto a la línea dentada, no se observan complicaciones en la funcionalidad del esfínter anorectal respecto a la diferenciación entre gas y contenido intestinal sólido y líquido.⁶

Cabe mencionar que en décadas previas no se realizaban este tipo de procedimientos en pacientes pediátricos con colitis ulcerativa ni poliposis familiar ya que se habían relacionado con altas demandas metabólicas para el crecimiento y desarrollo, presentando retardo para crecer y para inicio de pubertad, trastornos psicosociales, y desnutrición.^{6,7}

Está bien establecido que sin tratamiento oportuno y apropiado el 100% de los individuos afectados desarrollará adenocarcinoma.^{8,10}

Se han encontrado algunas cuestiones relacionadas a la ileostomía, si bien es cierto que es una medida de protección para disminuir la



incidencia de sepsis pélvica, y algunas técnicas manejan una ileostomía permanente; no está exenta de complicaciones, tanto de su realización como en su cierre, destacando la oclusión (13-23%), fugas de la anastomosis, hernia post-incisional, deshidratación, lesiones cutáneas etc.

Con una morbilidad en el cierre de la ileostomía que ve de 10 a 30%; motivo por el cual algunos autores recomiendan no realizar ileostomía de protección, incluso se contempla la ausencia de los estomas como factor que mejora la calidad de vida de los pacientes.^{9,11}

Objetivo

Nuestro objetivo es mostrar la experiencia y evolución en el manejo quirúrgico de la poliposis adenomatosa familiar en niños sometidos a colectomía de un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos

Realizamos un estudio de revisión de casos de enero 2002 a abril 2009 en el servicio de Cirugía Pediátrica del Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, de pacientes sometidos a cirugía con proctocolectomía total y realización de reservorio ileal por poliposis adenomatosa familiar (PAF) en nuestra unidad, previo consentimiento informado firmado por los padres.

Criterios de inclusión: pacientes pediátricos con PAF tratados en nuestro hospital con expediente clínico completo.

Criterios de exclusión: pacientes sin expediente clínico, patología de pólipo único, colitis ulcerosa.

Variables estudiadas: edad, sexo, técnica utilizada, complicaciones, y estado actual.

Resultados

Se registraron 3 casos durante un periodo de 8 años. Todos del sexo femenino, las edades son

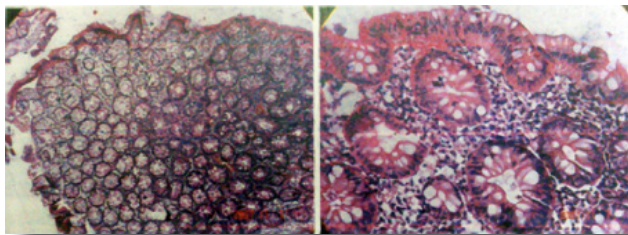


Figura 1. Aspecto microscópico de mucosa colónica con pólipo intestinal

Paciente	Edad (años)	Sexo	Peso (kg)	Diagnostico	Complicaciones
1	7	Femenino	17	Poliposis adenomatosa	No
2	13	Femenino	29.8	Poliposis adenomatosa	No
3	14	Femenino	35	Poliposis adenomatosa	No

Tabla 1. Pacientes incluidos

Paciente	Procedimiento realizado	Reservorio
1	1° Colectomía, reservorio, ileostomía 2° Cierre de ileostomía	Ileal M
2	Colectomía, reservorio	Ileal J
3	Colectomía, reservorio	Ileal J

Tabla 2. Procedimientos quirurgicos

Paciente	Tipo de sutura
1	Sutura mecánica y manual
2	Sutura mecánica
3	Sutura mecánica

Tabla 3. Tipo de sutura utilizada

de 7, 13 y 14 años (media de 11.3 años), y cuyo peso fue: 17, 29.8 y 35 kg respectivamente (media de 27.2kg).

La primera niña tenía antecedente de rectorragia anemizante sometida a polipectomía inicial, después sigmoidectomía con recidiva del sangrado aunado a desnutrición, por lo cual se propuso después de fracaso al manejo conservador la realización de reservorio ileal con colectomía total.

En las otras pacientes las manifestaciones clínicas fueron: evacuaciones con sangre fresca, anemia secundaria; así como dolor abdominal y cuadro enteral (diarrea, mucorrea y proctorragia).

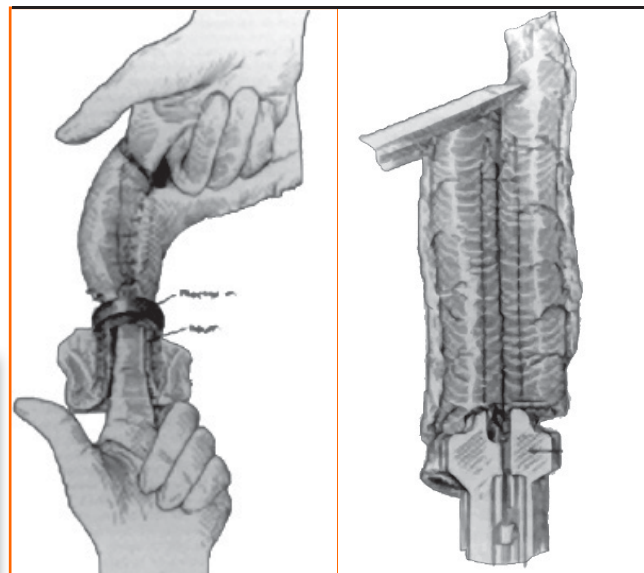


Figura 2. Evolución de la sutura manual a mecánica en realización de reservorio ileal





Figura 3. Sección intestinal a nivel de válvula ileocecal



Figura 4. Colectomía

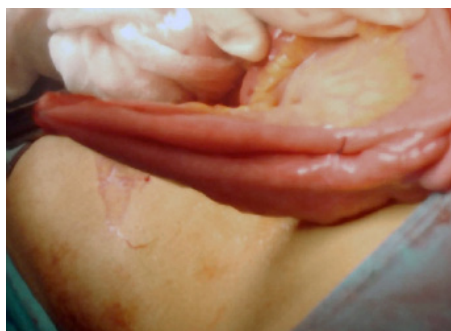
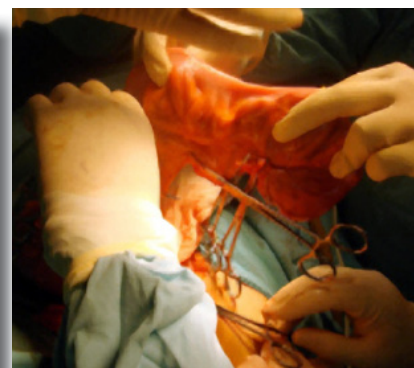


Figura 5. Yuxtaposición y anastomosis mecánica de asas de delgado para reservorio en J

el riesgo de presentarlo a largo plazo; ya que se encuentra reportado que en poliposis adenomatosa familiar 100% de los casos no tratados desarrollará adenocarcinoma de colon.¹⁰

Existen cuatro alternativas que se pueden utilizar: Coloproctectomía + ileostomía definitiva de Brooke; Coloproctectomía + ileostomía

Una paciente tuvo a un hermano finado secundario a cáncer de colon a los 22 años.

La técnica utilizada en las pacientes fue colectomía total y realización de reservorio ileal en M o en J.

El primer caso inicialmente consistió en dos tiempos uno de colectomía, reservorio ileal con sutura mecánica e ileostomía y en un segundo tiempo el cierre de ileostomía; posteriormente se realizaron 2 casos en una sola operación: con colectomía y reservorio ileal con engrapadoras sin ileostomía.

Se reinició la vía oral en todos los pacientes al 5º día, egresándose en promedio al 7º día.

No se presentó morbi-mortalidad en las pacientes, cursaron sin presentarse fístulas, enterocolitis ni abscesos.

El seguimiento consiste en estudio contrastado distal a los 2 meses del posoperatorio y colonoscopia anual, actualmente las pacientes con evacuaciones semipastosas, ocasional escape de heces o gas por las noches, manejo con loperamida una de ellas y dos con racecadrotilo.

Discusión

El tratamiento quirúrgico desempeña un papel primordial, ya que elimina el cáncer o

continente de Kock; Colectomía total con íleo-recto-anastomosis; Colo-proctectomía con bolsa ileal y anastomosis íleo-anal,^{1,2} siendo ésta última la mejor alternativa que se determinó para nuestras pacientes.

De manera general se registra en la literatura internacional una mortalidad del 0.4- al 1%, con mortalidad inmediata 0.4%, mortalidad tardía 0.6%; así como reportes de morbilidad desde 5-36%.⁶

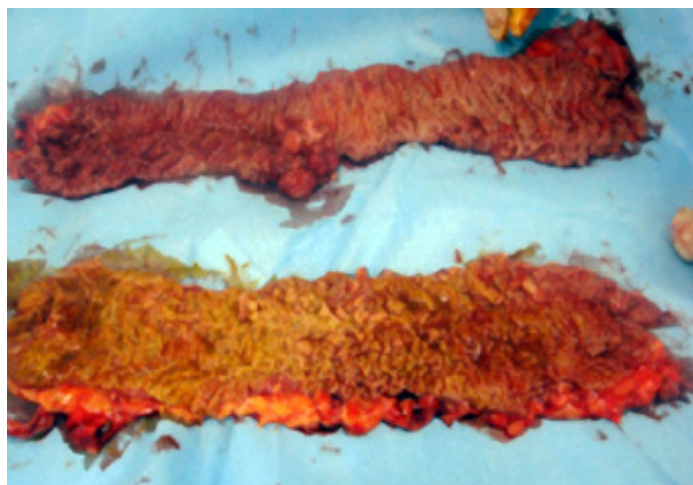


Figura 6. Aspecto macroscópico de mucosa de colon con incontables pólipos



Figura 7. Estudio contrastado distal

Cabe mencionar que en nuestro estudio no registramos morbi-mortalidad.

Dentro de las complicaciones descritas en la literatura encontramos: Oclusión del intestino delgado (25%); estenosis anastomótica (14%); absceso pélvico (2-20%).⁶

El índice de complicaciones sépticas relacionadas con el reservorio se presentan en 14%. Riesgo de reservoritis 18-48%.^{9,11}

El resultado funcional definitivo se establece al término de 1 año con frecuencia media de evacuaciones es: 5 en 24 horas.

Además se puede diferenciar el tipo de reservorio y su funcionalidad, como reportan algunos autores: frecuencia de evacuaciones de 5-7 por día con reservorio ileal en J, y de 4 a 9 evacuaciones por día con reservorio ileal en S, y con frecuencia de 6 en reservorio ileal lateral.⁶

Se encuentra en 93% buena calidad de vida, 82% buena continencia de gases y heces.^{3,4}

Una manera útil que se describe para valorar los resultados funcionales de los pacientes es el uso de escalas que permiten la evaluación objetiva como lo son: criterios de Oresland, escala de resultados funcionales gastrointestinales (GIFO), entre otras.^{3,8,11}

Históricamente en nuestro servicio se realizaba en dos tiempos, inicialmente con sutura manual, con mayor riesgo de sangrado, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria prolongada.

Posteriormente encontramos que los pacientes manejados con proctocolectomía con reservorio ileal mediante sutura mecánica en un tiempo presentaron a pesar de consistir en una cirugía compleja, resultados funcionales satisfactorios con una buena calidad de vida.

Conclusión

Con el uso adecuado de engrapadoras a disminuido el porcentaje de morbilidad en los pacientes, encontrando resultados muy alentadores.

Por lo que la cirugía de proctocolectomía con reservorio ileal mediante sutura mecánica en un tiempo debe ser considerada como una alternativa útil en el manejo de niños con poliposis adenomatosa familiar.

Referencias

1. Everett WG, Forty J. The functional result of pelvic ileal reservoir in 10 patients with familial adenomatous polyposis. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1989 ; 71: 28-30.
2. Fonkalsrud EW. Endorectal ileal pullthrough with isoperistaltic ileal reservoir for colitis and polyposis. *Ann Surg* 1985; 202(2): 145-152.
3. Sánchez-Santos, De Oca, Parés, et.al. Morbilidad y resultados funcionales a largo plazo de los reservorios ileoanales. *Cir Esp* 2002; 72(3): 132-6.
4. Fonkalsrud EW, Stelzner M, McDonald N. Construction of an reservoir in patients with a previous straight endorectal ileal pull-through. *Ann Surg* 1988; 208(1): 50-55.
5. Becker JM, Alexander DP. Colectomy mucosal proctectomy, and ileal pouch-anal anastomosis. A prospective trial of optimal antibiotic management. *Ann Surg* 1991; 213(3): 242-47.
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(3): 242-47.
7. Fonkalsrud EW, Loar N. Long-term results after colectomy and endorectal ileal pullthrough procedure in children. *Ann Surg* 1992; 215(1): 57-62.
8. Duijvendijk P, Slors F, Taat C, et.al. Functional outcome after colectomy and ileorectal anastomosis compared with proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis in familial adenomatous polyposis. *Ann Surg* 1999; 230 (5): 648-654.



9. Codina A, Farrés R, Olivet F, et.at. Resultados clínicofuncionales de dos reservorios ileoanales (S-J) en la colitis ulcerosa. *Cir Esp* 2002; 71(5): 228-31.

10. Durán-Ramos O, Palomares-Chacón U, Pulido-García L, et.al. Proctocolectomía restaurativa con reservorio ileal en "J". 10 años de experiencia en un centro de especialidades. *Cir Ciruj* 2005; 73: 185-92.

11. Portillo-Jimenez A, Jimenez-Urueta P, Zaragoza-Arévalo G, Castañeda-Ortiz: R. Ileoproctoanastomosis sin reservorio en poliposis adenomatosa familiar. *Acta Pediatr Mex* 2007; 28(4): 128-30.

12. Zárate A, Zúñiga A, Pinedo G, et.al. Reservorio Ileal con anastomosis reservorio anal por colitis ulcerosa: complicaciones y resultados funcionales a largo plazo. *Rev med Chile* 2008; 136: 467-74.

