

MUCOSECTOMÍA RECTAL CON CONSTRUCCIÓN DE UN RESERVORIO ILEAL Y ANASTOMOSIS ÍLEO-ANAL

DR. JUAN R. ARCE VILLALOBOS*

DR. GUILLERMO MORALES ALFARO**

RESUMEN

La mayoría de los pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica o poliposis familiar múltiple que requieren una proctocolectomía total deben adaptar su vida a una ileostomía permanente.

Esto crea en una proporción elevada de pacientes problemas psicológicos y médicos importantes.

La mucosectomía rectal con creación de un reservorio ileal, con anastomosis ileoanal tiene la ventaja de que no lesiona el mecanismo esfinteriano, mantiene la continencia, y la ruta de defecación transanal y evita un estoma permanente.

El presente trabajo se refiere a la experiencia con tres pacientes operados por nosotros en los últimos doce meses. Los resultados han sido excelentes, ya que los pacientes están totalmente continentales y se ha evitado un estoma abdominal permanente.

Nosotros creemos que este es el procedimiento de elección para aquellos enfermos padecientes de colitis ulcerativa crónica inespecífica y poliposis familiar múltiple que necesitan cirugía.

SUMMARY

Most patients requiring proctocolectomy for ulcerative colitis or familiar polyposis must adjust to life with a permanent abdominal stoma.

It has been found that 25 percent of such patients will experience significant stoma related medical and psychological problems.

The ileoanal anastomosis is an alternative method that eradicates the disease, preserves the anal sphincter, the anal route of defecations and avoids permanent ileostomy.

This report review our experience with three cases operated on by us during the last year with excellent results.

We believe that the procedure should be offered by experienced surgeons to selected patients requiring proctocolectomy.

INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico de los pacientes con colitis ulcerativa consiste en una proctocolectomía total con la creación de una ileostomía permanente. Aunque la calidad de vida del ileostomizado ha mejorado grandemente en las últimas tres décadas desde la introducción por Brooke de

la inversión del estoma, la presencia del mismo impone ciertas limitaciones, para algunos enfermos muy difíciles de vencer, causándoles cierto grado de incapacidad psíquica y física (1).

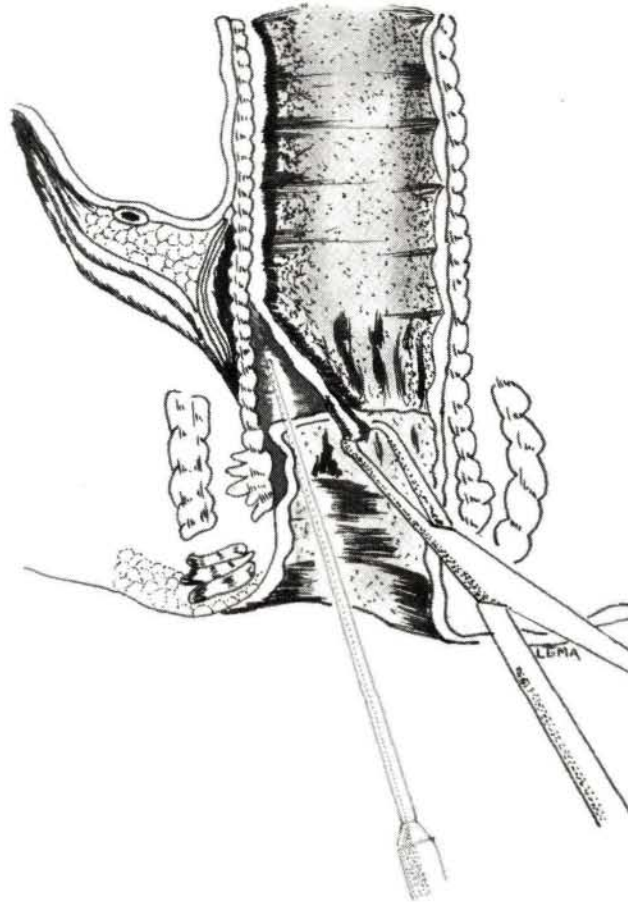
Aylett (2) en Inglaterra, en 1966, recomendó la preservación del recto anastomosando el ileon al mismo, luego de una colectomía subtotal. Los resultados son buenos, pero esta operación tiene el inconveniente de dejar el recto con su mucosa enferma persistiendo la inflamación y al mismo tiempo existe el peligro de malignización.

* Servicio Cirugía General No. 2 Hospital México, C.C.S.S.

** Servicio Cirugía General Hospital de Alajuela, C.C.S.S.

Figura No. 1

A un centímetro por encima de la línea pectínea se inicia la disección de la mucosa rectal con ayuda de instrumento romo.



Kock (3) en la década de los 70, introdujo la ileostomía continente, mediante la construcción de un reservorio ileal intraabdominal con un sistema mecánico de continencia. La ventaja de esta operación estriba en que los pacientes no necesitan del sistema recolector, pero tiene el inconveniente de ser una operación compleja, asociada a cierta morbilidad, la más frecuente falla del sistema mecánico de válvula con pérdida de la continencia. Además, el paciente necesita cateterizar la bolsa 3-4 veces al día, para evitar impactación y siempre persiste la presencia de un estoma abdominal.

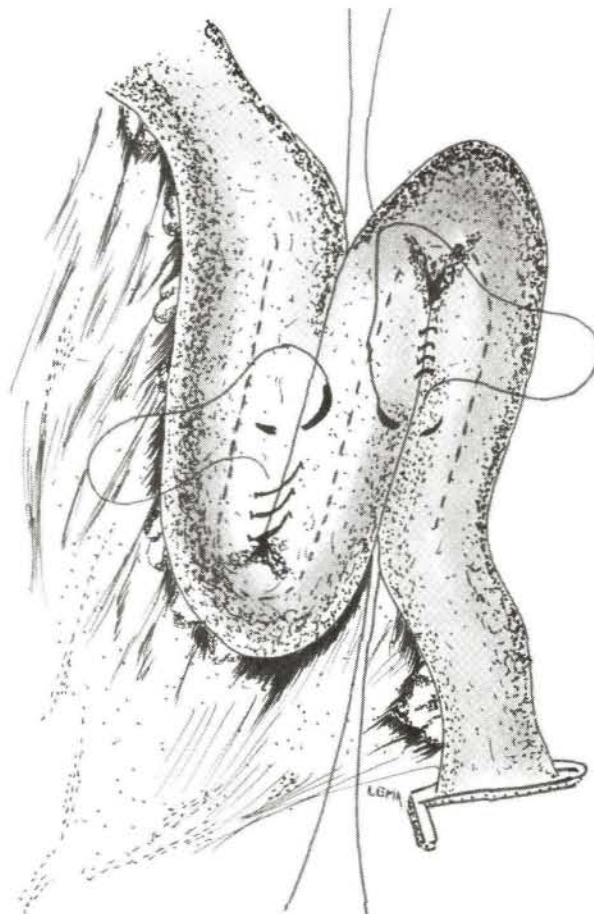
Con respecto a la poliposis familiar múltiple la colectomía subtotal con ileo-recto anastomosis es la operación de elección para algunos cirujanos (4-5-10), ya que evita el

estoma abdominal; pero tiene el inconveniente de que se deja el recto con pólipos, con el peligro de malignización que según Mortel (6) llega hasta el 50% luego de 20 años. Es por esto que la mucosectomía rectal con anastomosis ileoanal con o sin reservorio ileal, ha adquirido un papel importante en el tratamiento moderno de estas enfermedades ya que persigue dos fines: 1^o Curación de la enfermedad y 2^o Evitar el ileostoma abdominal.

El presente trabajo se refiere a la experiencia en el Servicio de Cirugía General No. 2, Hospital, con tres pacientes que fueron operados a partir de 1984, a los cuales se les practicó colectomía total, mucosectomía rectal, construcción de un reservorio ileal y anastomosis ileoanal.

Figura No. 2

Las asas elegidas para formar la bolsa se unen entre sí con puntos seromusculares. La línea de puntos representa el sitio de abertura de las asas.



TECNICA QUIRURGICA

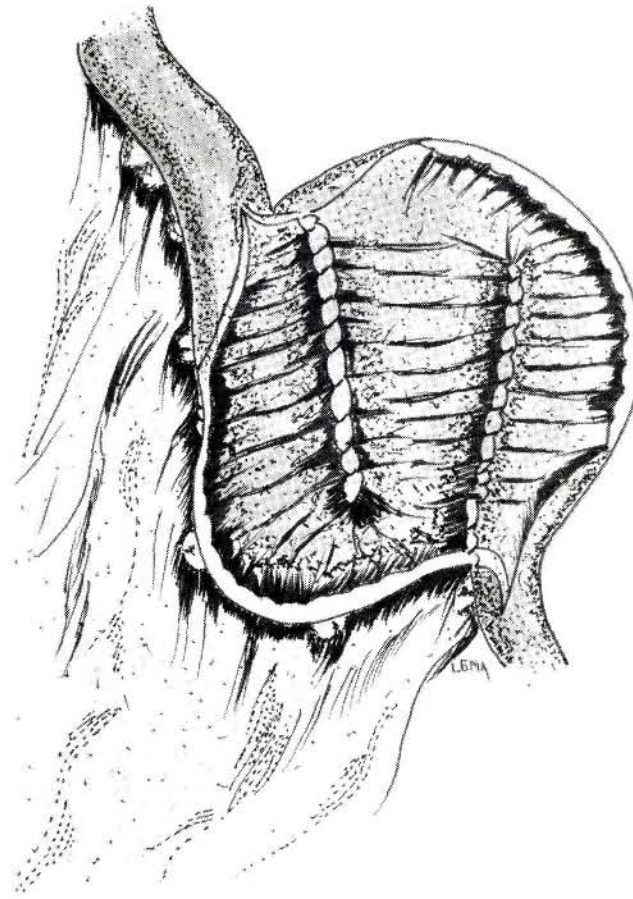
La técnica quirúrgica ha sido descrita detalladamente por varios autores (7, 8, 9, 11) y difiere ligeramente de acuerdo con la situación actual del paciente; es decir, si se le ha practicado previamente una colectomía subtotal con una fístula mucosa rectal y una ileostomía o si el enfermo es operado por primera vez.

La construcción del reservorio varía de acuerdo con la predilección de cada cirujano; por ejemplo, Taylor (12) prefiere la construcción del reservorio en forma de "J", de acuerdo a como lo describe Utsunomiya (7); otros, Parks (11), Nichols (9), prefieren la construcción de un reservorio en forma de "S" anastomosando entre sí tres asas de 10 cms. del ileón terminal. Sin embargo, recientemente, Coran (13), ha obtenido buenos resultados con la anastomosis

directa endoanal sin construcción de reservorio. Nosotros preferimos la técnica descrita por Goldberg (14), de la Universidad de Minnesota: se coloca al paciente en posición de Navaja Sevillana, se dilata suavemente el ano y se infiltra la mucosa desde la línea pectínea en forma circular con una solución de suero fisiológico con adrenalina (1:40.000) con el objeto de producir vasoconstricción que disminuya el sangrado. Se hace una incisión circular a un centímetro sobre la línea dentada, disecando la mucosa de la capa muscular en forma roma, teniendo cuidado de no lesionar el mecanismo esfinteriano (Fig. No. 1). Se continúa la misma, en sentido ascendente hasta 6-7 centímetros, longitud que se considera suficiente en el manguito rectal, para conservar la continencia. Dado que la disección de la mucosa puede producir sangrado importante, sobre todo en pacientes con CUCI, se debe ser extremadamente cuidadoso con la hemostasis.

Figura No. 3

Las asas de intestino se han abierto.



Una vez hecho esto, se coloca al paciente en posición de decúbito dorsal, y mediante laparatomía se extirpa todo el colon hasta el recto teniendo cuidado de que la sección del ileon sea lo más cerca de la válvula ileocecal preservando la irrigación. Antes de iniciar la construcción del reservorio se debe estar seguro de que el ileon terminal llega fácilmente sin tensión hasta el canal anal. Las asas elegidas para la bolsa se unen entre sí con puntos seromusculares (Fig. No. 2) y luego se abren en su pared anterior para ir formando una bolsa (Figs. No. 3-4). El sitio elegido para anastomosar al recto es la parte terminal del ileon el cual no debe de tener más de 1.5-2 cm. de longitud. Cuidado extremo debe tenerse que esa zona tenga una adecuada circulación. En aquellos pacientes que tienen ya previamente una ileotomía y una fístula mucosa se debe dismantelar la ileostomía y continuar luego como se describió anteriormente.

Una vez fabricada la bolsa se procede a seccionar el recto a los 7 cms. y a quitar la mucosa que ya se había diseccionado por vía perineal. Si se desea hacer la mucosectomía

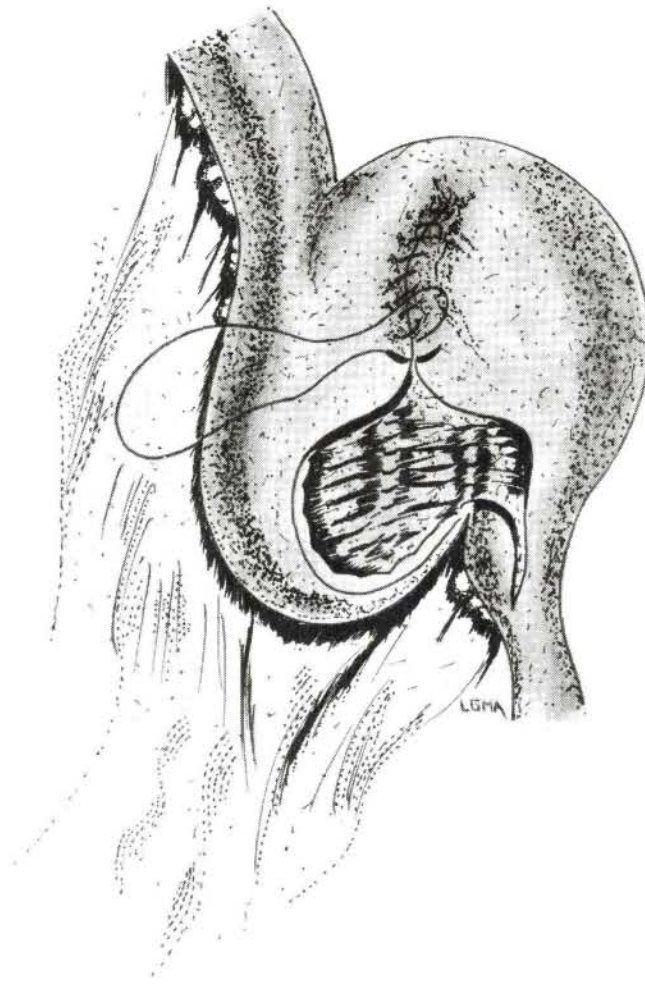
por vía abdominal se secciona el recto y se inyecta la solución antes descrita y se procede a la disección de la mucosa de arriba hacia abajo teniendo como límite la línea pectínea. Completado lo anterior se coloca al paciente en posición ginecológica, se procede a exteriorizar el ileon que mide, como dijimos 1.5-2 cms. y se practica la anastomosis del mismo con la mucosa anal, por encima de la línea pectínea, con puntos separados de crómico 3-0. Se deja una sonda rectal No. 14 en la bolsa ileal que se extrae por el ano y servirá para irrigación de la misma en el período post-operatorio inmediato (Fig. No. 5).

Se drena la pelvis colocando un sistema de succión y dos drenajes de Penrose, los cuales se exteriorizan por contra incisión abdominal.

Especial interés se pone en lavar profusamente la pelvis con suero fisiológico tibio. Antes de cerrar el abdomen se hace una ileotomía en asa, de acuerdo a la técnica descrita por Shirley (15). El sistema de succión se suspende a

Figura No. 4

Los bordes de las dos asas intestinales laterales se suturan entre sí formando la bolsa.



las 48 horas. Los drenajes se movilizan al tercer día y se retiran al sétimo día postoperatorio. La ileostomía se abre a las 48 horas.

A partir del primer día PO. se inician las irrigaciones de la bolsa, a través de la sonda rectal, la cual se retira en el PO No. 7. La ileostomía se cierra de 8 a 12 semanas después.

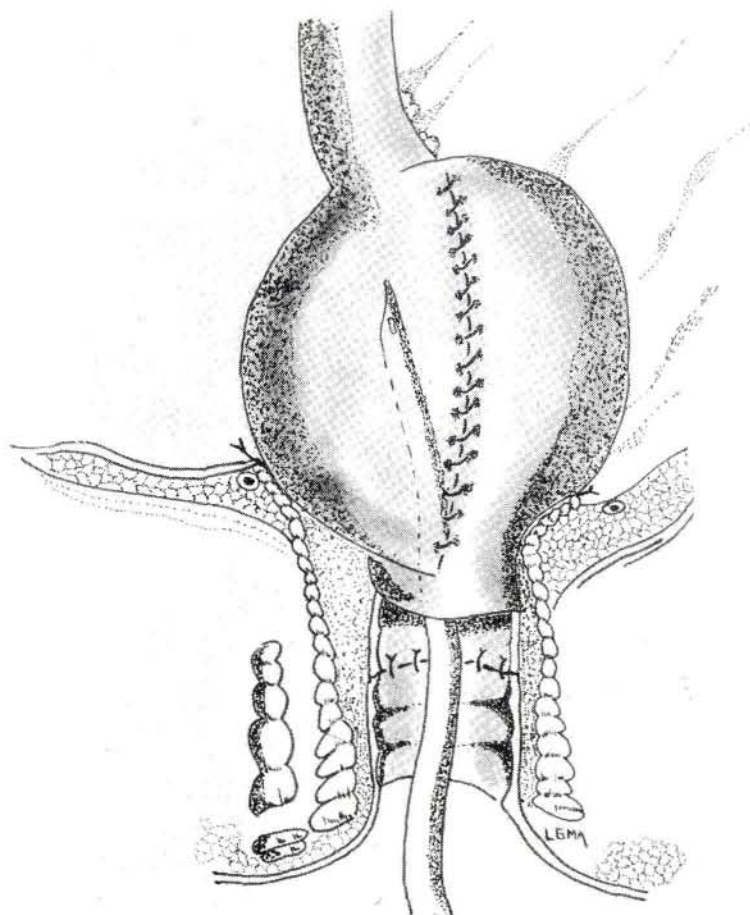
REPORTE DE CASOS

Caso No. 1:

Masculino, 28 años, procedente de San Carlos, con historia de resección parcial del colon izquierdo por un carcinoma obstructivo. Referido a nuestro servicio para control.

Se le practicó rectosigmoidoscopia encontrándose múltiples pólipos en rectosigmoideos. Un colon por enema demostró gran cantidad de pólipos en todo el colon; además al examen físico presentaba fibromas en pared abdominal y cuero cabelludo con lo cual se hizo el diagnóstico de síndrome de Gardner. Dado el antecedente de carcinoma previamente extirpado, se le practicó una colectomía total con mucosectomía rectal, construcción de un reservorio ileal en forma de "S" y anastomosis ileoanal, con ileostomía de protección en asa, la cual se cerró tres meses después. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El reservorio empezó a trabajar desde el segundo día, con 8-10 deposiciones por día durante 4 semanas e incontinencia nocturna. Actualmente, 28 semanas después, tiene continencia total y defeca 5-6 veces por día.

Se ha completado la anastomosis ileoanal. El reservorio está en la pelvis y la parte inferior de la misma se ha anastomosado al canal anal. Nótese sonda en la bolsa para irrigación en el postoperatorio inmediato.



Caso No. 2:

Masculino, 25 años, con historia de colitis ulcerativa crónica inespecífica por 10 años. Se le practicó colectomía subtotal con fístula mucosa rectal e ileostomía. Seis meses después, mucosectomía rectal, construcción de un reservorio ileal en forma de "S", anastomosis ileoanal e ileostomía de protección en asa. La ileostomía se cerró 3 meses después. Tuvo estenosis de la anastomosis ileoanal con dificultad para el vaciamiento de la bolsa; incontinencia nocturna mínima, la cual ha ido mejorando. Actualmente 3 meses después, tiene 6-8 deposiciones por día.

Caso No. 3:

Femenino, 18 años, antecedente de colectomía total con mucosectomía rectal sin reservorio. Debido a incontinencia hubo necesidad de practicarle ileostomía.

Referida a nuestro servicio para posibilidad de reconstrucción. El examen físico mostró un muñón rectal de 6 cms. recubierto por mucosa ileal. Es sometida a cirugía reconstruyéndose un reservorio ileal en forma de "S", anastomosándolo al muñón rectal, más una ileostomía en asa, la cual se cerró tres meses después. La evolución postoperatoria ha sido excelente; está totalmente continente y tiene un promedio de 6 deposiciones diarias.

COMENTARIO

La mayoría de los pacientes que necesitan una proctocolectomía total por colitis ulcerativa o poliposis familiar múltiple encuentran difícil adaptarse a un estoma abdominal permanente. Recientemente, McLeod (1) y Roy (16) encontraron en una proporción bastante alta, problemas físicos y psicológicos relacionados con la ileostomía tales como irritación de la piel, olor desagradable, dificultad en el

manejo del reservorio externo, depresión psicológica o problemas de readaptación en el medio ambiente. Además no es infrecuente el prolapso, la retracción y las hernias paraileostomía.

De ahí la necesidad de evitar el tener que recurrir a la construcción de un estoma como único medio de curar una enfermedad. La técnica de inversión de la mucosa en la construcción de la ileostomía introducida por Brooke en 1952, así como el entrenamiento de personal especializado en la terapia de los ostomizados ha mejorado notablemente la calidad de vida de estos enfermos. Sin embargo, todavía ocurren complicaciones como consecuencia de la operación tales como anomalías de la función de la vejiga, lenta cicatrización de las heridas perineales y como se mencionó anteriormente, problemas relacionados con la ileostomía.

En los años 70, la descripción de ileostomía continente eliminó el estoma que protruía en la pared abdominal y la necesidad de usar un aparato colector. La modificación posterior de Kock (3) con la fabricación de una válvula a base del mismo intestino al producir una intususcepción, mejoró más el manejo del estoma, pero también se reportaron complicaciones como consecuencia de pérdida de la acción continente de la válvula así construida.

De ahí que desde hace muchos años se ha tratado de encontrar una alternativa a la resección de los esfínteres anales. En 1951 Ravitch (17) describió la resección en un solo estadio de todo el colon y el recto por colitis ulcerativa o poliposis familiar; en esta operación la continuidad digestiva se obtenía, luego de la resección, mediante una anastomosis del ileon al ano previa resección de la mucosa rectal. Los resultados parecieron no ser muy buenos y estos autores no describieron a largo plazo, cómo se comportaba el paciente con respecto a la continencia.

Valiente y Bacon (18) en 1955, publicaron un trabajo experimental con la construcción de un reservorio intrapélvico, pero el procedimiento se abandonó.

Parks en 1980 describe el reservorio ileal en forma de "S" y Utsunomiya en 1981 en forma de "J". Ambos autores han obtenido buenos resultados, con continencia entre 80-90%.

En los últimos años los reportes sobre colectomía total con mucosectomía rectal, e ileoanoanastomosis han sido numerosos con resultados funcionales muy buenos (7, 8, 9, 11, 12).

Esta operación está indicada específicamente en dos enfermedades: colitis ulcerativa crónica inespecífica y poliposis familiar múltiple.

Con respecto a la primera se debe descartar desde el punto de vista clínico e histológico que el paciente es portador de enfermedad de Crohn, pues el alto índice de reci-

diva de la misma en el intestino delgado contraindica esta intervención.

En los pacientes portadores de poliposis familiar múltiple, la presencia de cáncer en el recto también contraindica el procedimiento.

Otra contraindicación sería en aquellos pacientes con extenso compromiso de la región perianal secundaria a colitis ulcerativa crónica inespecífica que ha destruido el mecanismo esfinteriano.

La incidencia de complicaciones postoperatorias es alta (9-12) y consiste principalmente en infección pélvica o perianastomótica, estrechez de la anastomosis, absceso en el remanente rectal e inflamación de la bolsa.

Inicialmente los pacientes tienen varias deposiciones por día y cierto grado de *incontinencia nocturna*. Como consecuencia de esto algunos enfermos desarrollan dermatitis perineal, sobre todo durante el primer mes postoperatorio. Sin embargo, hay tendencia a una mejoría franca dentro de los primeros seis meses y al cabo de un año la frecuencia es de 4-6 veces por día con desaparición de la *incontinencia nocturna*.

En el 50% de los casos (9) el inicio de las deposiciones es espontáneo; otro grupo de pacientes requiere la cateterización de la bolsa.

La continencia es satisfactoria en el 80-90% de los casos al cabo de 12 meses. La mayoría de los pacientes pueden discernir entre gas y líquido, no así entre líquido y sólido. La sensación de defecación es descrita como *llenura abdominal* más que un deseo perineal.

Respecto a la dieta, luego del cierre de la ileostomía es preferible evitar lácteos y ácidos por su efecto estimulante de la peristalsis; además se pueden asociar medicamentos y sustancias que aumenten la consistencia del bolo fecal y disminuyan la velocidad del tránsito intestinal.

Los resultados, en general, son mejores en los pacientes portadores de poliposis colónica, ya que la disección de la mucosa es más fácil y la condición general del paciente es mejor.

En conclusión, nosotros creemos que la colectomía total, con mucosectomía rectal, construcción de un reservorio ileal e ileo anastomosis es el procedimiento de elección para los pacientes portadores de CUCI y poliposis familiar múltiple, evitando con ello la presencia de un estoma abdominal permanente, preservando la continencia y al mismo tiempo, curando la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. McLeod, S. Robin; Layery, C. Ian et al. Patient Evaluation of the Conventional Ileostomy Dis. Colon Rectum. 1985; 28: 152

2. Aylett, S. O. Three hundred cases of diffuse ulcerative colitis treated by total colectomy, anal ileorectal anastomosis Br. M.J. 1966; 1:1001.
3. Kock, N.G., Dorle, N., Hulten L., et al. Ileostomy. Curr. Ped. Surg. 1977; 14:1.
4. Arce Villalobos, J. R. Poliposis familiar de colon y recto. Act. Med. Cost. 1982; 25:271.
5. Schaupp, W. C., Volpe, P.A. Management of diffuse colonic polyposis Am. J. Surg. 1972; 124-218.
6. Mortel, C.G. Hill, J.R., Adson, M.A. Surgical Management of Multiple Polyposis. The problem of cancer in the retained bowel segment. Arch. Surg. 1970; 100:52
7. Utsunomiya, J. et al. Total colectomy, mucosal proctectomy and ileonal Anastomosis Dis. Colon Rectum 1980; 23: 459.
8. Garth H., John II. P., Beart R.W., et al Ileal "J" pouch-anal anastomosis Dis. Colon Rectum. 1985; 28:197.
9. Nichols H.N., Percatori, M., Motson, R.W., et al. Restorative proctocolectomy with the three loop ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatosis polyposis: clinical results in sixty six patients following for up to six years. Ann. Surg. 1984; 199-393.
10. Bülow S. The risk of developing rectal cancer after colectomy and ileorectal anastomosis in Danish patients with polyposis coli Dis. Colon Rectum. 1984; 27:351.
11. Parks, A.G., Nicholls, R.J., et al. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis Br. J. Surg. 1980; 67:533-8.
12. Taylor, B.M., Beart R.W., et al. The enclorectal ileal pouch-anal anastomosis Dis. Colon Rectum 1984; 27: 347-350.
13. Coran, A.G. New Surgical approaches to ulcerative colitis in children and adults. Wold J. Surg. 1985; 9 (2): 203-213.
14. Goldberg, Stanley. Comunicación personal. 1984.
15. Shirley, F., et al. Loop ileostomy. Techniques and indications. Dis. Colon Rectum. 1984; 27: 382-386.
16. Roy, P.H., Sawpe, W. G., et al. Experience with ileostomies: evaluation of long term rehabilitation in 497 patients. Am. J. Surg. 1970; 199: 77-86.
17. Ravitch, M.M., Sabistan, D.C. Anal ileostomy with preservation of the Sphinter: A proposed operation in patients requiring total colectomy for benign conditions. Surgery, 1984; 24: 170.
18. Valiente, M.A., Bacon, H.E. Construction of pouch using a "Pantaloon" Technique for pull-through of ileon following total Colectomy. Am. J. Surg. 1955; 90: 742-750.