

Reconstrucción Ileoanal en la Poliposis del Colon

R. MONTOYA, M.D., C. REY, M.D., MSCC.

Palabras claves: Poliposis familiar del colon, Anastomosis ileoanal, Reservorio ileal en J, Continencia anal.

Se analiza un caso de poliposis familiar del colon y su tratamiento quirúrgico mediante un nuevo procedimiento alternativo, estudiado y tratado en el Instituto Nacional de Cancerología en septiembre de 1989. Una vez hecho el diagnóstico endoscópico y radiológico de poliposis múltiple del colon, se propone el tratamiento quirúrgico siguiendo la técnica descrita por el doctor Utsunomiya y col, en 1980.

El motivo de esta presentación es hacer conocer una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la poliposis del colon que conlleve seguridad, poca morbilidad, buena continencia y, lo más importante, la curación para el paciente.

Se describe e ilustra la técnica de la colectomía total más mucosectomía rectal, construcción del reservorio ileal en J y la anastomosis ileoanal.

Se revisa la literatura sobre el tema.

INTRODUCCION

La resección colorrectal sería el tratamiento ideal de la poliposis múltiple del colon y de la colitis ulcerosa crónica, pero tiene el inconveniente de la ileostomía permanente, su dificultad de manejo y difícil aceptación por parte del paciente.

La colectomía con preservación del recto (anastomosis ileorrectal) exige la electrofulguración de pólipos rectales y los controles periódicos para detectar eventual malignización de estas lesiones (1-3).

La colectomía total más mucosectomía y construcción del reservorio ileal y anastomosis ileoanal, parece ser la mejor alternativa.

La anastomosis ileoanal sin reservorio implica aumento exagerado del número de evacuaciones, parcial inconti-

nencia, humedad perianal, escoriación y morbilidad en ese nivel, incrementada por evacuaciones nocturnas (4, 5).

Numerosas técnicas de reservorios ileales se han ideado, siendo las más conocidas el reservorio en S de Parks y Nicholls, en J de Utsunomiya y el laterolateral de Franklud (4,6-8).

Nosotros, teniendo en cuenta los buenos resultados descritos en la literatura, preferimos la anastomosis ileal con reservorio en J de Utsunomiya, porque es continente al construirlo con capacidad ideal. Las cirugías que reducen esta capacidad, interfieren en la continencia y causan la morbilidad que da la anastomosis ileoanal sin reservorio (4,7,9).

PRESENTACION DE UN CASO

Paciente de 42 años, de sexo femenino, procedente de Santander, con historia de 2 años de sintomatología consistente en cambios en el hábito intestinal asociado a diarrea con moco y sangre.

Antecedentes: Colectomía; G6 P5 A1; padre fallecido de enfermedad del colon no especificada. *Examen físico:* Buenas condiciones generales sin alteraciones de importancia. *Rx de colon por enema:* Numerosas imágenes compatibles con pólipos del colon y recto. *Colonoscopia:* Múltiples pólipos sésiles en todos los segmentos del colon, de tamaños que varían entre 0.5 y 2.5 cm de diámetro. *Biopsias de pólipos:* Adenomas tubulovelloso. *Endoscopia digestiva alta:* Pólipo hiperplásico en el cuerpo gástrico, el cual se extirpa.

Diagnóstico: Poliposis múltiple del colon.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se realizó colectomía total con mucosectomía rectal, y anastomosis ileoanal con reservorio ileal en J e ileostomía temporal.

Evolución satisfactoria en el posoperatorio inmediato; 8 semanas después se practica cierre de la ileostomía. Actualmente la paciente se encuentra continente, con un promedio de tres evacuaciones diarias.

Doctores: Rigoberto Montoya Blanco, R-4 de Cirug. Gral., Carlos Rey León, Jefe del Serv. de Gastroenterol., Instituto Nal. de Cancerología, Bogotá, Colombia.

Reconstrucción Ileoanal en la Poliposis del Colon

R. MONTOYA, M.D., C. REY, M.D., MSCC.

Palabras claves: Poliposis familiar del colon, Anastomosis ileoanal, Reservorio ileal en J, Continencia anal.

Se analiza un caso de poliposis familiar del colon y su tratamiento quirúrgico mediante un nuevo procedimiento alternativo, estudiado y tratado en el Instituto Nacional de Cancerología en septiembre de 1989. Una vez hecho el diagnóstico endoscópico y radiológico de poliposis múltiple del colon, se propone el tratamiento quirúrgico siguiendo la técnica descrita por el doctor Utsunomiya y col, en 1980.

El motivo de esta presentación es hacer conocer una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la poliposis del colon que conlleve seguridad, poca morbilidad, buena continencia y, lo más importante, la curación para el paciente.

Se describe e ilustra la técnica de la colectomía total más mucosectomía rectal, construcción del reservorio ileal en J y la anastomosis ileoanal.

Se revisa la literatura sobre el tema.

INTRODUCCION

La resección colorrectal sería el tratamiento ideal de la poliposis múltiple del colon y de la colitis ulcerosa crónica, pero tiene el inconveniente de la ileostomía permanente, su dificultad de manejo y difícil aceptación por parte del paciente.

La colectomía con preservación del recto (anastomosis ileorrectal) exige la electrofulguración de pólipos rectales y los controles periódicos para detectar eventual malignización de estas lesiones (1-3).

La colectomía total más mucosectomía y construcción del reservorio ileal y anastomosis ileoanal, parece ser la mejor alternativa.

La anastomosis ileoanal sin reservorio implica aumento exagerado del número de evacuaciones, parcial inconti-

nencia, humedad perianal, escoriación y morbilidad en ese nivel, incrementada por evacuaciones nocturnas (4,5).

Numerosas técnicas de reservorios ileales se han ideado siendo las más conocidas el reservorio en S de Parks y Nicholls, en J de Utsunomiya y el laterolateral de Frankl (6,7,8).

Nosotros, teniendo en cuenta los buenos resultados descritos en la literatura, preferimos la anastomosis ileoanal con reservorio en J de Utsunomiya, porque es conveniente al construirlo con capacidad ideal. Las cirugías que reducen esta capacidad, interfieren en la continencia y causan la morbilidad que da la anastomosis ileoanal sin reservorio (4,7,9).

PRESENTACION DE UN CASO

Paciente de 42 años, de sexo femenino, procedente de Santander, con historia de 2 años de sintomatología consistente en cambios en el hábito intestinal asociado a diarrea con moco y sangre.

Antecedentes: Colectectomía; G6 P5 A1; padre fallecido de enfermedad del colon no especificada. *Examen físico:* Buenas condiciones generales sin alteraciones de importancia. *Rx de colon por enema:* Numerosas imágenes compatibles con pólipos del colon y recto. *Colonoscopia:* Múltiples pólipos sésiles en todos los segmentos del colon de tamaños que varían entre 0.5 y 2.5 cm de diámetro. *Biopsias de pólipos:* Adenomas tubulovelloso. *Endoscopia digestiva alta:* Pólipo hiperplásico en el cuerpo gástrico, el cual se extirpa.

Diagnóstico: Poliposis múltiple del colon.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se realizó colectomía total con mucosectomía rectal, anastomosis ileoanal con reservorio ileal en J e ileostomía temporal.

Evolución satisfactoria en el posoperatorio inmediato. 8 semanas después se practica cierre de la ileostomía. Actualmente la paciente se encuentra continente, con un promedio de tres evacuaciones diarias.

Doctores: Rigoberto Montoya Blanco, R-4 de Cirug. Gral., Carlos Rey León, Jefe del Serv. de Gastroenterol., Instituto Nal. de Cancerología, Bogotá, Colombia.

Reconstrucción Ileoanal en la Poliposis del Colon

R. MONTOYA, M.D., C. REY, M.D., MSCC.

Palabras claves: Poliposis familiar del colon, Anastomosis ileoanal, Reservorio ileal en J, Continencia anal.

Se analiza un caso de poliposis familiar del colon y su tratamiento quirúrgico mediante un nuevo procedimiento alternativo, estudiado y tratado en el Instituto Nacional de Cancerología en septiembre de 1989. Una vez hecho el diagnóstico endoscópico y radiológico de poliposis múltiple del colon, se propone el tratamiento quirúrgico siguiendo la técnica descrita por el doctor Utsunomiya y col, en 1980.

El motivo de esta presentación es hacer conocer una alternativa quirúrgica para el tratamiento de la poliposis del colon que conlleve seguridad, poca morbilidad, buena continencia y, lo más importante, la curación para el paciente.

Se describe e ilustra la técnica de la colectomía total más mucosectomía rectal, construcción del reservorio ileal en J y la anastomosis ileoanal.

Se revisa la literatura sobre el tema.

INTRODUCCION

La resección colorrectal sería el tratamiento ideal de la poliposis múltiple del colon y de la colitis ulcerosa crónica, pero tiene el inconveniente de la ileostomía permanente, su dificultad de manejo y difícil aceptación por parte del paciente.

La colectomía con preservación del recto (anastomosis ileorrectal) exige la electrofulguración de pólipos rectales y los controles periódicos para detectar eventual malignización de estas lesiones (1-3).

La colectomía total más mucosectomía y construcción del reservorio ileal y anastomosis ileoanal, parece ser la mejor alternativa.

La anastomosis ileoanal sin reservorio implica aumento exagerado del número de evacuaciones, parcial inconti-

nencia, humedad perianal, escoriación y morbilidad en ese nivel, incrementada por evacuaciones nocturnas (4, 5).

Numerosas técnicas de reservorios ileales se han ideado, siendo las más conocidas el reservorio en S de Parks y Nicholls, en J de Utsunomiya y el laterolateral de Franklud (4,6-8).

Nosotros, teniendo en cuenta los buenos resultados descritos en la literatura, preferimos la anastomosis ileal con reservorio en J de Utsunomiya, porque es continente al construirlo con capacidad ideal. Las cirugías que reducen esta capacidad, interfieren en la continencia y causan la morbilidad que da la anastomosis ileoanal sin reservorio (4,7,9).

PRESENTACION DE UN CASO

Paciente de 42 años, de sexo femenino, procedente de Santander, con historia de 2 años de sintomatología consistente en cambios en el hábito intestinal asociado a diarrea con moco y sangre.

Antecedentes: Colectectomía; G6 P5 A1; padre fallecido de enfermedad del colon no especificada. *Examen físico:* Buenas condiciones generales sin alteraciones de importancia. *Rx de colon por enema:* Numerosas imágenes compatibles con pólipos del colon y recto. *Colonoscopia:* Múltiples pólipos sésiles en todos los segmentos del colon, de tamaños que varían entre 0.5 y 2.5 cm de diámetro. *Biopsias de pólipos:* Adenomas tubulovelloso. *Endoscopia digestiva alta:* Pólipo hiperplásico en el cuerpo gástrico, el cual se extirpa.

Diagnóstico: Poliposis múltiple del colon.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Se realizó colectomía total con mucosectomía rectal, y anastomosis ileoanal con reservorio ileal en J e ileostomía temporal.

Evolución satisfactoria en el posoperatorio inmediato; 8 semanas después se practica cierre de la ileostomía. Actualmente la paciente se encuentra continente, con un promedio de tres evacuaciones diarias.

Doctores: Rigoberto Montoya Blanco, R-4 de Cirug. Gral., Carlos Rey León, Jefe del Serv. de Gastroenterol., Instituto Nal. de Cancerología, Bogotá, Colombia.

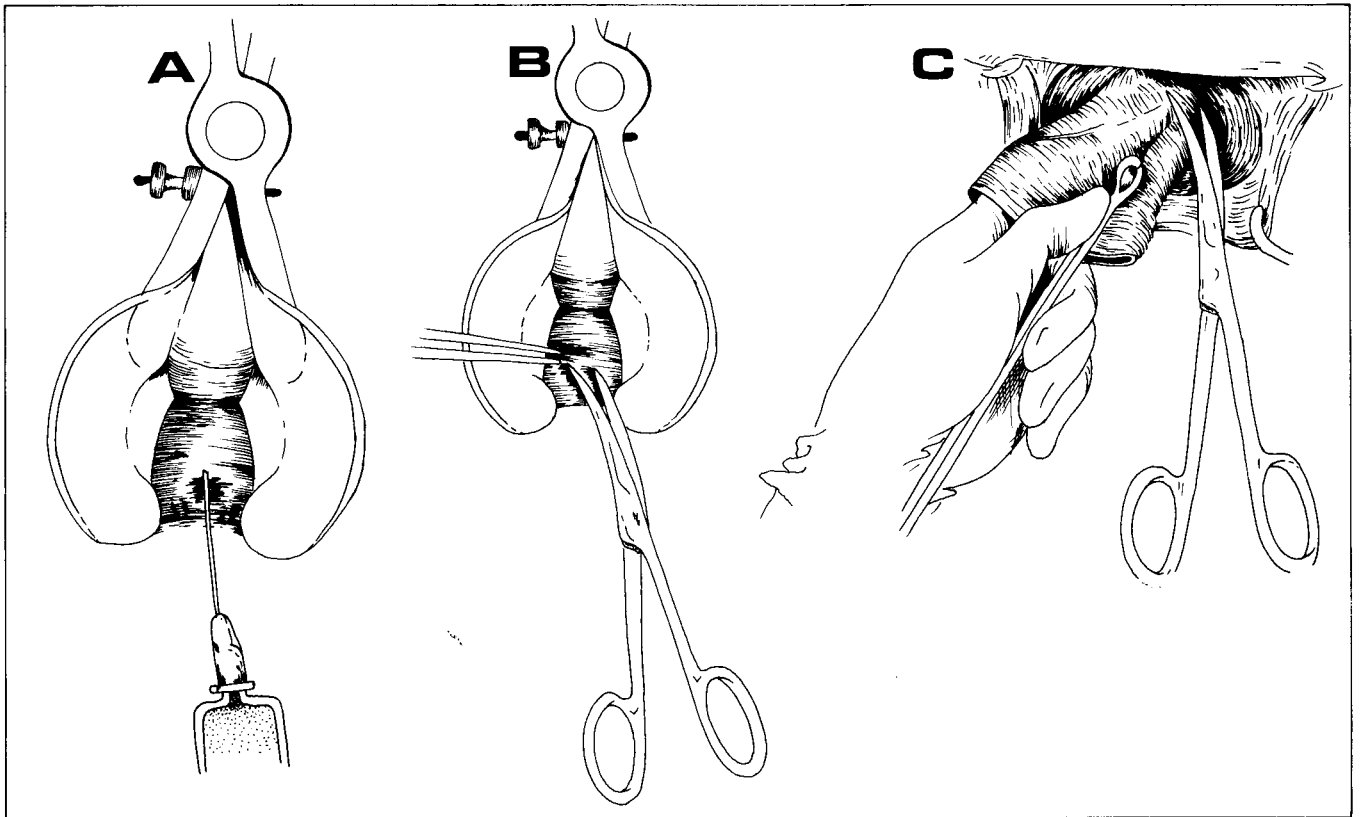


Fig. 1: A, B y C. Mucosectomía por vía endoanal (secuencia).

La anatomía patológica informó: “Múltiples pólipos tubulovelloso en el colon y recto, sin signos de degeneración maligna”.

Técnica

Cuando la colectomía total más mucosectomía rectal se hacen por colitis ulcerosa crónica, la preparación preoperatoria debe incluir disminución de la ingestión oral desde una semana antes de la cirugía, asociada a un programa de nutrición parenteral, antibióticos y corticoides en enemas y por vía sistémica, con el fin de disminuir el cuadro inflamatorio. Cuando la indicación es por poliposis, se dará dieta líquida, antibióticos orales y sistémicos y limpieza con lavados del colon.

El paciente es colocado en posición de litomía y Trendelenburg de tal manera que permita el acceso simultáneo abdominal y perineal. Con incisión paramediana o mediana infraumbilical, se explora el abdomen y una vez decidido el procedimiento que se va a realizar, se practica colectomía total por la técnica convencional. Sección del íleon en la vecindad del ciego. Se seccionan los vasos ileocólicos, cólicos derechos y medios cerca de la pared del colon.

La disección de la pélvis se inicia con la incisión de la hoja del mesosigmoide hasta el fondo de saco rectouterino o retrovesical. El plano mesorrectal se disecciona en forma roma y suave y se practica ligadura de la arteria cólica izquierda y de los vasos hemorroidales; entre clamps se secciona el órgano en el nivel rectosigmoideo, con lo que el colon queda extirpado.

La disección del recto debe hacerse sobre la pared muscular posterior, evitando la lesión de los nervios autónomos de la pelvis, llevándola hasta el nivel de los elevadores del ano y el cóccix; por la pared anterior, sobre el músculo longitudinal del recto, hasta la próstata o tercio superior de la vagina. Los ligamentos laterales son disecados y seccionados entre clamps.

Mucosectomía. Una vez seccionado el recto en nivel de los elevadores del ano, la mucosectomía puede hacerse en toda su extensión por vía endoanal; ésta se facilita inyectando solución de epinefrina al 1:200.000 por vía submucosa; se practica una incisión circular a 1 ó 2 cm por encima de la línea dentada para preservar los receptores anorrectales de la continencia y defecación. La disección se hace con tijeras y se puede ayudar pasando el dedo índice izquierdo por el manguito mucoso (Figs. 1 A-B-C). Se realiza la hemostasia con electrocauterio (4, 7,13).

Preparación del mesenterio. El íleon ha sido seccionado muy cerca de la válvula ileocecal; el mesenterio del intestino delgado se moviliza hasta el duodeno para obtener mayor longitud de la arteria mesentérica superior. Se prepara la J plegando los últimos 20 cm de intestino delgado, cerrando la boca proximal con puntos de Parker y se efectúa una anastomosis laterolateral entre las dos asas con sutura absorbible continua perforante; la serosa con seda 3-0. Conviene en este tiempo operatorio, antes de realizar la construcción del reservorio, comprobar que la curva de la proyectada J alcanza con facilidad el conducto anal; si esto no se logra, se seccionan

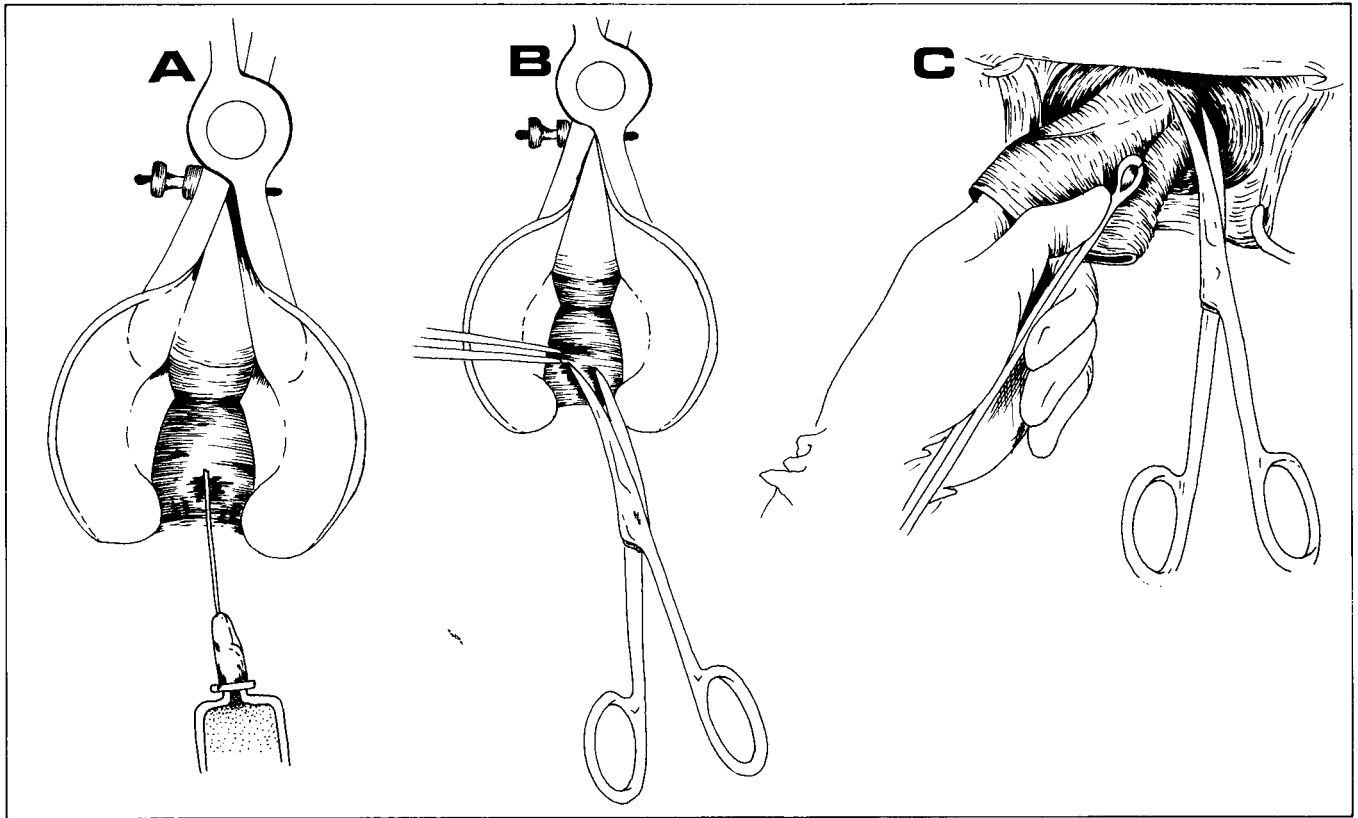


Fig. 1: A, B y C. Mucosectomía por vía endoanal (secuencia).

La anatomía patológica informó: "Múltiples pólipos tubulovelloso en el colon y recto, sin signos de degeneración maligna".

Técnica

Cuando la colectomía total más mucosectomía rectal se hacen por colitis ulcerosa crónica, la preparación preoperatoria debe incluir disminución de la ingestión oral desde una semana antes de la cirugía, asociada a un programa de nutrición parenteral, antibióticos y corticoides en enemas y por vía sistémica, con el fin de disminuir el cuadro inflamatorio. Cuando la indicación es por poliposis, se dará dieta líquida, antibióticos orales y sistémicos y limpieza con lavados del colon.

El paciente es colocado en posición de litotomía y Trendelenburg de tal manera que permita el acceso simultáneo abdominal y perineal. Con incisión paramediana o mediana infraumbilical, se explora el abdomen y una vez decidido el procedimiento que se va a realizar, se practica colectomía total por la técnica convencional. Sección del íleon en la vecindad del ciego. Se seccionan los vasos ileocólicos, cólicos derechos y medios cerca de la pared del colon.

La disección de la pélvis se inicia con la incisión de la hoja del mesosigmoide hasta el fondo de saco rectouterino o retrovesical. El plano mesorrectal se disecciona en forma roma y suave y se practica ligadura de la arteria cólica izquierda y de los vasos hemorroidales; entre clamps se secciona el órgano en el nivel rectosigmoideo, con lo que el colon queda extirpado.

La disección del recto debe hacerse sobre la pared muscular posterior, evitando la lesión de los nervios autónomos de la pelvis, llevándola hasta el nivel de los elevadores del ano y el cóccix; por la pared anterior, sobre el músculo longitudinal del recto, hasta la próstata o tercio superior de la vagina. Los ligamentos laterales son disecados y seccionados entre clamps.

Mucosectomía. Una vez seccionado el recto en nivel de los elevadores del ano, la mucosectomía puede hacerse en toda su extensión por vía endoanal; ésta se facilita inyectando solución de epinefrina al 1:200.000 por vía submucosa; se practica una incisión circular a 1 ó 2 cm por encima de la línea dentada para preservar los receptores anorrectales de la continencia y defecación. La disección se hace con tijeras y se puede ayudar pasando el dedo índice izquierdo por el manguito mucoso (Figs. 1 A-B-C). Se realiza la hemostasia con electrocauterio (4, 7,13).

Preparación del mesenterio. El íleon ha sido seccionado muy cerca de la válvula ileocecal; el mesenterio del intestino delgado se moviliza hasta el duodeno para obtener mayor longitud de la arteria mesentérica superior. Se prepara la J plegando los últimos 20 cm de intestino delgado, cerrando la boca proximal con puntos de Parker y se efectúa una anastomosis laterolateral entre las dos asas con sutura absorbible continua perforante; la serosa con seda 3-0. Conviene en este tiempo operatorio, antes de realizar la construcción del reservorio, comprobar que la curva de la proyectada J alcanza con facilidad el conducto anal; si esto no se logra, se seccionan

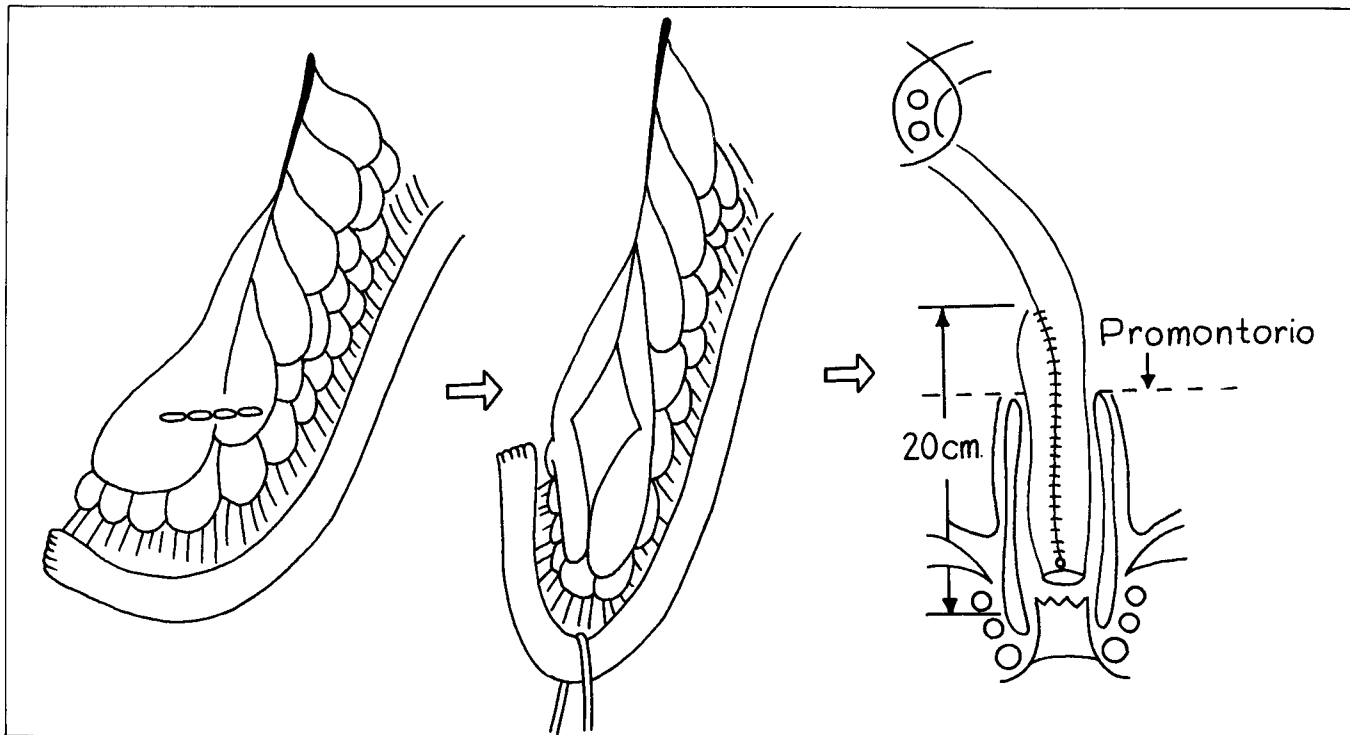


Fig. 2. Preparación del mesenterio (secuencia).

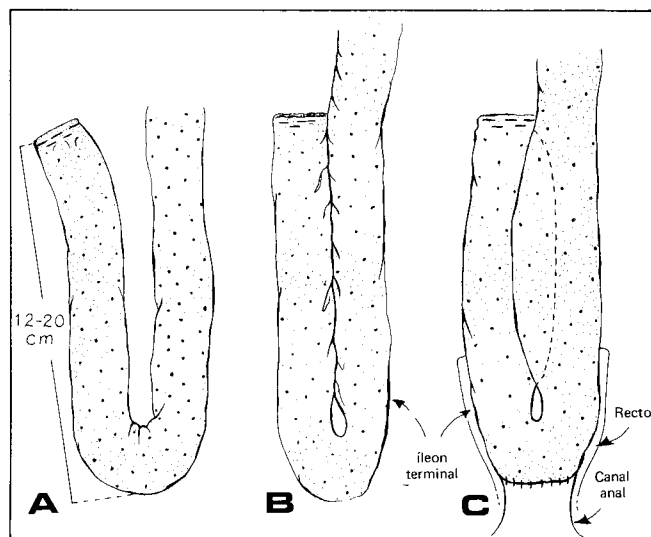


Fig. 3. Reservorio ileal en J (secuencia).

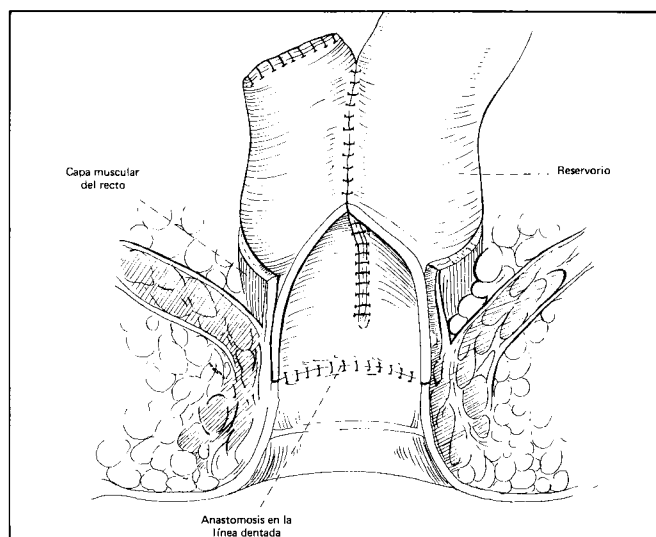


Fig. 4. Reservorio ileal y anastomosis ileoanal terminada (esquemático).

los arcos arteriales distales para permitir el descenso adecuado del íleon distal (Fig. 2).

Anastomosis ileoanal. La porción distal de la J es llevada por entre el canal muscular del recto. Se hace una incisión longitudinal y se inicia la anastomosis en dos planos, con Poliglactin 3-0, de la pared del intestino delgado a la mucosa del canal anal incluyendo el esfínter interno. Se dejan tubos de succión en la pelvis (Figs. 3 y 4).

Ileostomía temporal. Se exterioriza una asa de íleon para realizar ileostomía temporal con el fin de proteger

la anastomosis ileoanal. A los 2 meses, cuando se haya comprobado la cicatrización total y la integridad de la anastomosis, se cierra la ileostomía (4,7) (Fig. 5).

Posoperatorio

Los antibióticos sistémicos se discontinúan, 3 días después de la cirugía. Se mantiene la observación del paciente ante posibles complicaciones como hemorragia, absceso pélvico, obstrucción intestinal, deshidratación, etc. (Fig. 6).

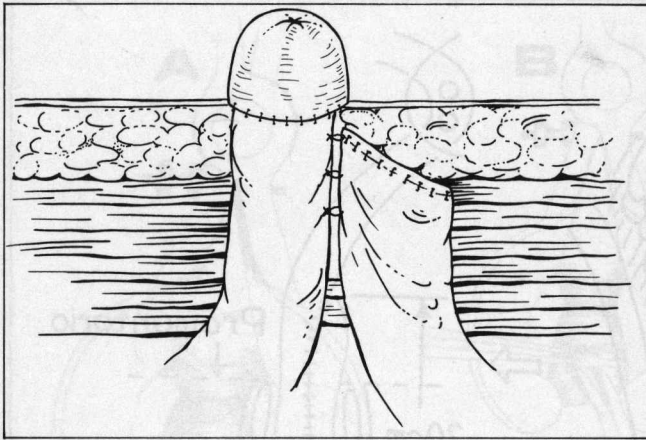


Fig. 5. *Ileostomía temporal.*

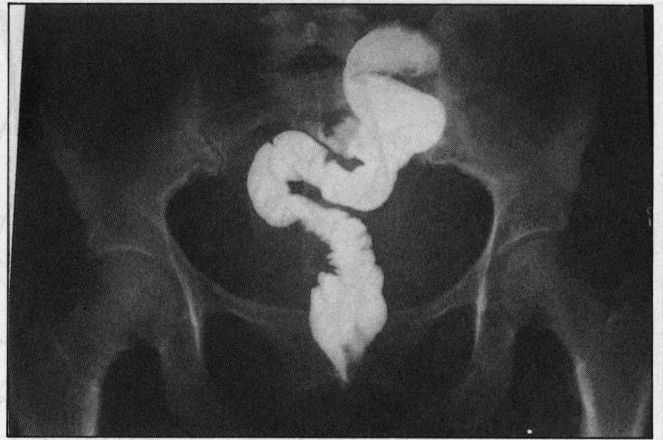


Fig. 6. *Reservorio ileal en J. (Control radiológico posoperatorio).*

DISCUSION

- La poliposis familiar es una enfermedad que se transmite con carácter autosómico dominante con alta penetración.
- Afecta por igual a hombres y mujeres y puede ser transmitida por cualquiera de los sexos.
- Por lo regular sólo los que han desarrollado poliposis pueden transmitirla a la generación siguiente.
- Al parecer, los pólipos se desarrollan en general durante la infancia y probablemente alrededor de la pubertad.
- La edad media del comienzo de los síntomas de la poliposis es alrededor de los 20 años, rara vez antes de los 10 años y excepcionalmente después de los 45 años (14,15).
- El promedio de edad de muerte de los enfermos con poliposis es de 41 años, aproximadamente 25 años más jóvenes que los fallecidos por cáncer colorrectal (Dukes).
- Una nueva alternativa quirúrgica con colectomía más mucossectomía rectal y anastomosis ileoanal con reservorio ileal en J, ofrece seguridad al paciente y un resultado funcional adecuado.
- De las diferentes modalidades de reservorio ileal, la descrita recientemente por Utsunomiya y col (1980), constituye la de más rápida y fácil ejecución con solo

una anastomosis laterolateral; ocasiona menos estasis que otras técnicas (7).

- Estadísticamente la realización de este procedimiento en dos tiempos disminuye considerablemente la morbilidad por sepsis pélvica, gracias a la ileostomía protectora en el primer tiempo quirúrgico (4,7).
- El reservorio ileal en J es un procedimiento valioso en el tratamiento de los pacientes con poliposis familiar y/o colitis ulcerosa; evita la necesidad de ileostomía permanente y las escoriaciones perineales al obtener una continencia satisfactoria.
- Estos pacientes retornan prontamente a la vida normal en los aspectos social, sexual y de actividades laborales.
- Se debe tener en cuenta que la morbilidad potencial de esta cirugía es alta y por lo tanto es una técnica restringida a pacientes seleccionados con bajo riesgo (4,7, 16).
- Los cirujanos que se propongan realizar este procedimiento, deberán tener experiencia en cirugía colorrectal y pélvica.
- Los resultados estadísticos y los logros obtenidos en este caso en particular, justifican la continuidad del procedimiento utilizando la técnica como fue descrita, en pacientes seleccionados y conscientes de la naturaleza del procedimiento y sus alternativas.

ABSTRACT

A new alternative surgical treatment is analyzed in one patient, with Familial Poliposis of the Colon, studied and treated at the Instituto Nacional de Cancerología in September 1989. Surgical treatment following the technique described by Dr. Utsunomiya et al., in 1980, was recommended after endoscopic and radiological diagnosis of multiple poliposis of the colon was made.

The objective of presenting this paper, is to describe an al-

ternative surgical treatment for poliposis of the colon, that is both safe, known, accompanied by low morbidity, good continence and what is most important also cures the patient.

Surgical technique for total colectomy with rectal mucossectomy, reconstruction of the ileal reservoir-en J and ileoanal anastomosis is illustrated and described. The corresponding existing literature is reviewed.

REFERENCIAS

1. Baker W N W, Glass E R, Ritchie J K et al: Cancer of the Rectum following colectomy and ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. *Br J Surg* 1978; 65:862-8
2. Moertel C G, Hill J R, Adson M A: Surgical management of multiple polyposis: The problem of Cancer in the retained segment. *Arch Surg* 1970; 100:521-6
3. Johnson W R, McDermott F T, Hughes E S R et al: The risk of rectal Carcinoma following colectomy in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1983; 26:697-700
4. Wong W D: Ileoanal pouch procedures. Current problems in surgery 1985 Mar; 22(3):23-46
5. Goligher J C: Procedures conserving continence in the surgical management of ulcerative colitis. *Surg Clin N Am* 1983; 63(1):49-60
6. Parks A, Nicholls R, Belliveau P: Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67:533-8
7. Utsunomiya J, Iwana T, Imajo M et al: Total colectomy, proctocolectomy and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1980; 23:459-466
8. Fonkalsrud E W: Endorectal ileoanal anastomosis with isoperistaltic ileal reservoir after colectomy and mucosal proctectomy. *Ann Surg* 1984; 199(2):151-7
9. Dozois R R: Restorative proctocolectomy and ileal reservoir. *Mayo Clinic Proc* 1986; 61:283-6
10. Goligher J: Colitis Ulcerosa. *Cirugía del ano, recto y colon*. 2a. Ed. 1987 pp 926-32
11. Martin L W, Le Coultres C, Shubert W K: Total colectomy and mucosal proctectomy with preservation of continence in ulcerative colitis. *Ann Surg* 1977; 186:477-80
12. Fonkalsrud E W: Endorectal ileal pull - through with lateral ileal reservoir for benign colorectal disease. *Ann Surg* 1981; 194:761-6
13. Peck D A: Rectal mucosal replacement. *Ann Surg* 1980; 91: 294-303
14. Goligher J: Pólipos benignos. *Cirugía del ano, recto y colon*. 2a. Ed. 1987 pp 386-404
15. Ott David J: Colon polyp morphology on double contrast barium enema. *A J R* 1983 Nov; 141:965-70
16. Premberton J H, Kelly K A, Beart R W et al: Ilstrup long-term results. *Ann Surg* 1987; 206:50413