

Colectomía total video-asistida por patología benigna

Dres. Carlos Acevedo¹, César Canessa², Mónica Caraballo³

Resumen

Aunque el papel de la cirugía laparoscópica colorectal en la enfermedad oncológica es aún controvertido, en la patología benigna sus beneficios son menos discutidos (mejor confort post operatorio, menos stress metabólico).

Se presenta un caso de colectomía total video-asistida en una paciente joven portadora de poliposis familiar múltiple colónica y se discute la indicación y los aspectos técnicos del procedimiento.

Palabras Clave: Colectomía
Cirugía asistida por video
Colon

Abstract

Even though the role of laparoscopic colorectal surgery in oncologic disease is still a matter of controversy, in benign pathologies its benefits are less dubious (greater comfort during postoperative period, less metabolic stress).

The authors presents a case of video-assisted total colectomy in a young female patient who suffered from multiple colonic polyposis that runs in her family, which is followed by a discussion as to its indication and the technical aspects of procedure.

Key Words: Colectomy
Video-assisted Surgery
Colon

Introducción

Luego de que en 1990 Jacobs realizó la primera resección colónica video-asistida, la coloproctología comenzó a experimentar los beneficios de la tendencia mini-invasiva de la cirugía moderna¹.

Por el momento, el papel de la cirugía laparoscópica colorrectal en la enfermedad oncológica es controvertido, fundamentalmente a causa de la aparición de siembra neoplásica sobre las cicatrices de los sitios de entrada^{2,3}. Por el contrario, cada vez se discuten menos los beneficios del abordaje laparoscópico en la patología colorrectal benigna (mejor confort posoperatorio, recuperación más rápida del tránsito intestinal, menor stress operatorio)^{4,5,6}.

Se presenta un caso de colectomía total video-asistida en una paciente joven portadora de poliposis familiar múltiple (PFM) colónica y se discuten los detalles técnicos del procedimiento.

Caso clínico

MZ, 24 años (Hospital de Clínicas, Reg. 612323). antecedentes familiares de poliposis y cáncer colónico (padre y tía portadores PFM, fallecidos de cáncer colónico a los 41 y 42 años, hermana portadora de PFM operada de cáncer de colon a los 33 años).

Presentado en Sociedad de Cirugía el 10 de mayo de 2000.

¹ Ex Asistente de Clínica Quirúrgica

² Profesor adjunto de Clínica Quirúrgica

³ Asistente de Clínica Quirúrgica

Trabajo de Clínica Quirúrgica «A» Prof. F. Crestanello

Correspondencia: Dr. C. Acevedo.

Gonzalo Ramírez 1869/ 401. CP. 11200

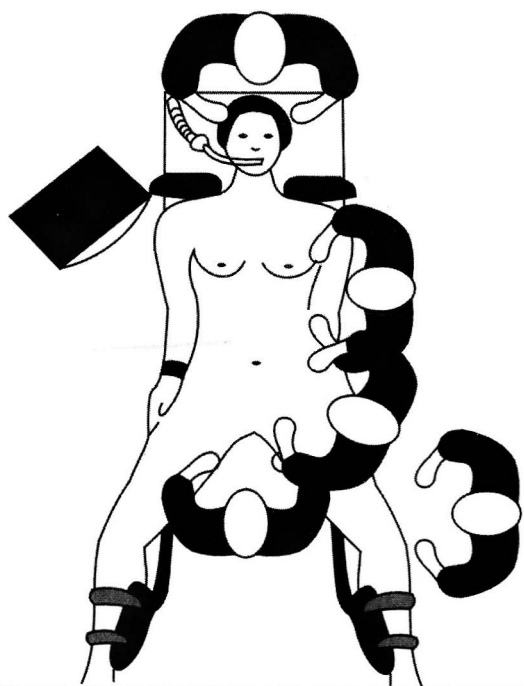


Figura 1.- Instalación de la paciente y del equipo

Consultó por un cuadro de un año de evolución caracterizado por rectorragias y gleras.

Al examen físico, se trataba de una paciente delgada, sin cirugía abdominal previa y el tacto rectal no evidenciaba lesiones.

Estudiada con fibrocolonoscopia se comprueban varios pólipos en recto bajo y múltiples pólipos en el resto del colon (3-5 mm), que se biopsiaron, mostrando el estudio patológico que se trataba de adenomas tubulares con displasia leve a severa.

Mediante fibrogastroscopia se descartó la asociación de pólipos gástricos o duodenales.

Como se discutirá más adelante, teniendo en cuenta el terreno de la paciente y las características de la poliposis se optó por efectuarle una colectomía total con íleo-recto-anastomosis (IRA) mediante cirugía video-asistida. Veinte días antes de la cirugía se realizó la resección endoscópica de todos los pólipos rectales (8 en total).

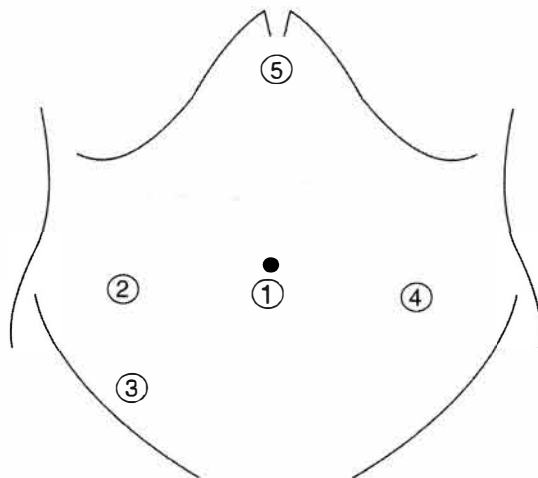


Figura 2.- Ubicación de los trócares (1,3 y 4= 10 mm. 2 y 5= 5 mm.)

Técnica operatoria

La paciente fue intervenida el 19/11/99. Fue llevada a sala de operaciones con el colon preparado, efectuándosele profilaxis antibiótica y se le colocó una sonda vesical. La posición de la paciente se ilustra en la figura 1: miembros inferiores separados permitiendo la ubicación del cirujano, y brazo derecho a lo largo del cuerpo para permitir la ubicación del cameraman a nivel del hombro derecho en el segundo tiempo operatorio (colectomía izquierda).

El monitor se ubicó a la altura del hombro derecho, donde permaneció hasta que se completó la liberación del colon transverso y del colon derecho. El cirujano se ubicó entre las piernas del paciente (figura 1).

Se emplazaron los trócares de la misma forma que para una colectomía izquierda, agregando un quinto trócar xifoideo para sujetar el epiplón mayor durante el decolamiento colo-epiploico (figura 2).

Se trabajó con pinzas de prehensión atraumática (para intestino) y con tijera electrocoaguladora.

Con la mesa en Trendelburg invertido, se comenzó la intervención por el decolamiento colo-epiploico y la liberación de ambos ángulos. Una vez liberado el transverso y los dos ángulos, se procedió a exponer la unión íleo-cólica y las ramas derechas de la arteria mesentérica superior, pasando la posición a una lateralización izquierda.

Luego de identificados los pedículos ileocolico, cólica derecha y arteria del colon transverso, se fueron clipando (doble clip proximal) y seccionando, lo cual permitió abrir el plano de la fascia de Toldt derecha y efectuar su decolamiento de adentro hacia fuera (inversamente a lo habitual en cirugía convencional) finalizando con la liberación de la gotera parietocólica derecha y del ciego.

En una segunda etapa se desplazó el monitor hacia el pie izquierdo de la paciente. El cirujano y el cameraman se colocaron a nivel del hombro derecho, para alinearse así con el campo operatorio (hemivientre izquierdo) y el monitor.

Cambiando la inclinación lateral a derecha, se procedió a la disección de los pedículos del ángulo izquierdo, cólico izquierdo, y sigmoideos, clipándolos y seccionándolos. Se identificó el uréter izquierdo, y se decoló también la fascia de Toldt izquierda de adentro hacia fuera.

Finalmente se disecó la arteria hemorroidal superior, clipándola y seccionándola, lo que permitió disecar el mesorrecto hasta pocos centímetros antes de la reflexión peritoneal.

Por último, se liberó la gotera parietocólica izquierda, quedando el colon liberado en su totalidad.

A través de una incisión de Pfannenstiel de 8 cm, se completó la liberación del recto hasta la reflexión peritoneal utilizando un bisturí eléctrico con electrodo largo y se introdujo una engrapadora lineal para cerrar y seccionar el muñón rectal. Por esta incisión se exteriorizó la pieza, y en forma extracorpórea se seccionó el íleon terminal y se preparó el cabo proximal para colocarle el cabezal de una pinza de sutura circular Nº 29, que se ajustó con jareta.

Se introdujo la pinza de sutura por vía transanal y, con asistencia manual a través de la incisión de Pfannenstiel se montó el cabezal en la pinza controlando que el asa no sufriera rotaciones. Se procedió entonces a completar la anastomosis íleorrectal con pinza mecánica y se efectuó prueba neumática de hermeticidad.

Se colocó un drenaje en la pelvis, haciéndolo salir por el orificio del trocar de fosa ilíaca derecha, y se cerró la incisión y los orificios de los trócares.

El tiempo operatorio total fue de 405 minutos.

Evolución posoperatoria

La paciente deambuló a la mañana siguiente, y presentó deposiciones (cada 2 horas) al tercer día. Al quinto día toleró líquidos por boca y le fue retirado el drenaje. El orificio de salida del mismo continuó drenando líquido hemático por 72 horas.

Se le otorgó el alta hospitalaria al décimo día con seis deposiciones diarias y los controles subsecuentes fueron normales y se efectuaron en las fechas acordadas (el control más reciente, a los 9 meses de la cirugía, fue normal).

Discusión

Dado que los beneficios del abordaje laparoscópico están bien establecidos, centraremos la discusión en la indicación del procedimiento (IRA) y en los aspectos técnicos que nos parecieron de mayor importancia a considerar cuando se planifica una colectomía total laparoscópica.

La indicación de colectomía total con íleo-recto anastomosis.

El procedimiento óptimo para la poliposis adenomatosa familiar y particularmente en sus formas atenuadas, es controvertido⁽⁷⁾.

La ausencia de cáncer rectal, el número reducido de pólipos rectales (ausencia de "tapizado" de pólipos) que pudieran manejarse endoscópicamente, el nivel intelectual de la paciente y su disposición a efectuarse los contro-

les, fueron los argumentos fundamentales para optar en esta paciente por la IRA. Este tipo de operación tiene como resultado un mejor confort (considerando factores como continencia, ensuciamiento y número de deposiciones) y un menor porcentaje de complicaciones que la PCR⁽⁷⁾. Por otra parte su elección no impide, en caso de necesidad, efectuar posteriormente una PCR.

Respecto del tipo de abordaje, a los beneficios comunes de la vía laparoscópica (mejor confort posoperatorio, menor íleo gastro-intestinal, menor stress operatorio)^(4,5,6), consideramos como un punto de jerarquía, evitar la extensa incisión mediana necesaria para efectuar una colectomía total, en una paciente joven y activa.

Aspectos técnicos

En la colectomía total laparoscópica se suceden tiempos de movilización visceral en diferentes regiones (tóraco-abdominal y abdómino-pelviana), con sucesivos cambios de posición de

la mesa de operaciones. Se requiere de dos monitores o en su defecto de uno que se pueda trasladar sin dificultad y la fluidez en la coordinación de los movimientos dentro del quirófano influye considerablemente en el tiempo operatorio.

Se comenzó la movilización visceral con el decolamiento colo-epiploico y liberación de los ángulos del colon transversal considerando que para una colectomía total, este tiempo sería el más difícil, y por tanto el eventual paso limitante para concluir la cirugía en forma laparoscópica.

La secuencia clampeo y sección de pedículos, seguida por decolamiento de la fascia de Toldt y sección final de los ligamentos parieto-cólicos, permite facilitar la exposición de los pedículos manteniendo el colon fijo a la pared.

La liberación rectal puede realizarse sin dificultad en forma laparoscópica; en este caso se realizó en forma convencional para abreviar el tiempo quirúrgico que era ya prolongado. La confección de una anastomosis totalmente laparoscópica requiere primero el uso de sutura lineal cortante laparoscópica (con uno o incluso

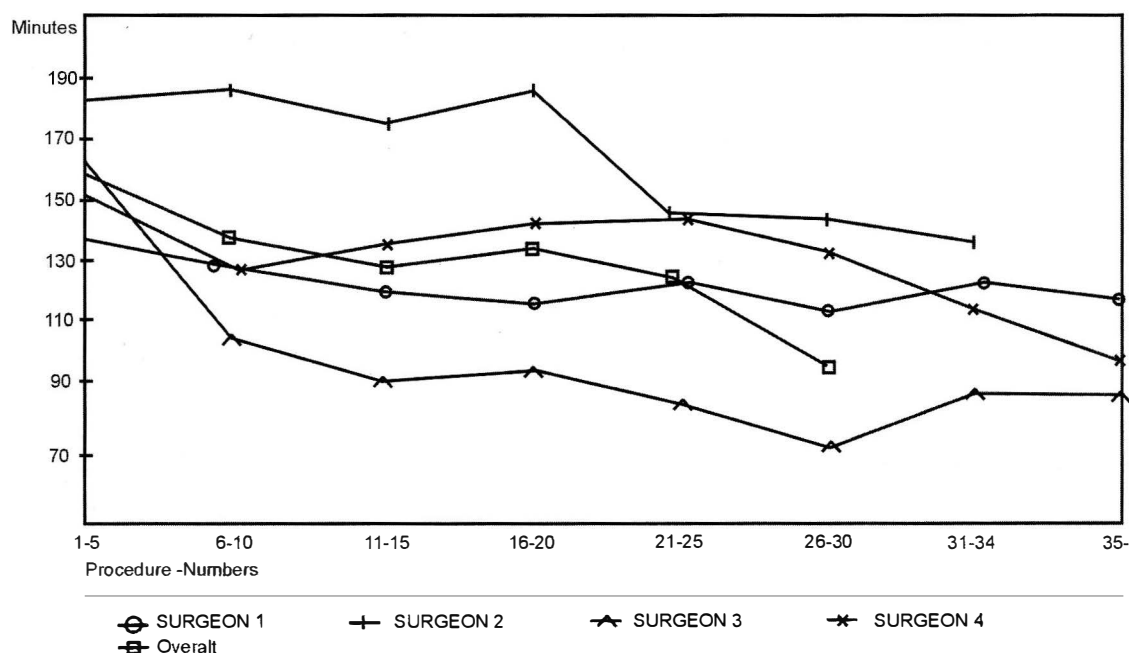


Figura 3.- Curvas de aprendizaje en colectomías fundamentalmente derechas e izquierdas para cuatro cirujanos diferentes.

dos disparos) y más adelante el montaje también laparoscópico del conjunto cabezal-yunque de la pinza de sutura mecánica circular, maniobras que insumen un tiempo considerable.

Un aspecto a considerar en la colectomía total video-asistida es el tiempo quirúrgico que insume. La realización de la colectomía con ligadura y sección extracorpórea de los mesos, abrevia el tiempo quirúrgico, pero reduce los beneficios de una más breve recuperación postoperatoria y alta⁽⁸⁾, probablemente en relación a la tracción y traumatismo de los mesos que requiere el procedimiento.

La figura 3 muestra una curva de los tiempos operatorios de varios cirujanos al avanzar en la curva de aprendizaje; las series están compuestas casi exclusivamente de colectomías derechas o izquierda, con muy escaso número de colectomías totales⁽⁹⁾. En nuestro caso el tiempo operatorio fue de 6 horas 45 minutos, correspondiendo aproximadamente al doble del tiempo promedio en el inicio de la curva de apren-

dizaje. A pesar de lo prolongado del mismo, la cirugía transcurrió sin incidentes ni complicaciones, demostrándose su factibilidad. La utilización de instrumentos más prácticos (como la clipadora a carga múltiple), el mayor entrenamiento y una mejor coordinación de los movimientos del personal de sala de operaciones, probablemente contribuyan en una significativa reducción del tiempo quirúrgico.

Conclusión

El lugar de la cirugía mínimamente invasiva en la patología colorrectal benigna es cada vez menos discutido.

Presentamos un caso de colectomía total video-asistida en una paciente con patología benigna, al inicio de la curva de aprendizaje, a efectos de discutir sus principales aspectos técnicos, y contribuir con la difusión del procedimiento en un número cada vez mayor de centros.

Bibliografía

- 1.- Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 144-50.
- 2.- Alexander RJT, Jacques BC, Mitchell KG. Laparoscopically assisted colectomy and wound recurrence (letter). *Lancet* 1993; 341: 249-50.
- 3.- Wexner SD, Cohen SM. Port site metastases after laparoscopic colorectal surgery for cure of malignancy. *Br J Surg* 1995; 82: 295-8.
- 4.- Bergamaschi R, Arnaud JP. Immediately recognizable benefits and drawbacks after laparoscopic colon resection for benign disease. *Surg Endosc* 1997; 11: 802-4.
- 5.- Bessler M, Whelan RL, Halverson A, et al. Controlled trial of laparoscopic assisted vs open colon resection in a porcine

model. *Surg Endosc* 1996; 10: 732-5.

- 6.- Glaser F, Sannwald GA, Buhr HJ, et al. General stress response to conventional and laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1995; 221: 372-80.

- 7.- Van Duijvendijk P, Slors JF, Taat CW, Oosterveld P, Vasen HF. Functional outcome after colectomy and ileorectal anastomosis compared with proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis in familial adenomatous polyposis. *Ann Surg* 1999; 230: 648-54.

- 8.- Wexner SD, Johansen OB, Nogueras JJ, Jagelman DG. Laparoscopic total colectomy. A Prospective trial. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 651-5.

- 9.- Simons AJ, Anthone GJ, Ortega AE, et al. Laparoscopic-assisted colectomy learning curve. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 600-3.