

CÓMO MANEJAR EL HUECO PÉLVICO TRAS LA AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL

Adel Eldabe Mikhail, Romina Parra López.

Hospital Universitario de Burgos. Burgos, España.

Correspondencia: animor112@hotmail.com (Romina Parra López)

ABSTRACT:

Introducción: La fijación postoperatoria de las asas de intestino delgado en una pelvis intervenida, supone un factor de riesgo para desarrollar una obstrucción intestinal adherencial además de una exposición a la radioterapia postoperatoria.

Caso clínico: Mujer que tras una Amputación Abdomino Perineal (AAP) programada por neoplasia rectal, es reintervenida por firmes adherencias de asas de delgado en el fondo del hueco pelviano. Finalmente se opta por colocar una malla sintética mixta fijada en doble corona a la entrada de la pelvis menor.

Conclusión: Las técnicas de partición pélvica son necesarias para evitar la morbilidad derivada de la ocupación y fijación del intestino en la pelvis tras cirugía abdominal. Ya sea mediante tejido autólogo o protésico.

En el caso de las mallas, queda demostrada su eficacia para prevenir la obstrucción intestinal por adherencias pélvicas, buen comportamiento en contacto con vísceras huecas y excelente tolerancia a la infección. Aunque la experiencia acumulada es escasa, nos resulta atractivo su uso.

Palabras clave: obstrucción intestinal, adherencias pélvicas, obstrucción y cirugía pélvica.

PRESENTACIÓN Y COMENTARIOS DEL CASO:

Introducción:

A pesar de los avances en el tratamiento del cáncer de recto y la expansión del abordaje terapéutico multimodal, todavía es necesaria la realización de una amputación abdominoperineal (AAP) como tratamiento radical en el 20-30% de los casos. La fijación postoperatoria de las asas de intestino delgado en una pelvis operada es un factor de riesgo para desarrollar una obstrucción intestinal adherencial, con una incidencia del 8-19%, además del riesgo que supone su eventual exposición a la radioterapia postoperatoria y el desarrollo de una enteritis rádica.

Caso clínico:

Mujer de 80 años con antecedentes de histerectomía y doble anexectomía. Presenta un adenocarcinoma de recto bajo en 2011 y es intervenida mediante AAP con tiempo perineal en prono y colocación de malla de polipropileno en periné para evitar herniación de asas. Tras reiterados ingresos por cuadros de obstrucción intestinal y hallazgos en TAC de asas intestinales firmemente adheridas en pelvis, se decide intervenir quirúrgicamente.

Se procede a liberar asas de intestino delgado fijadas en pelvis menor, obligando a una resección segmentaria de las mismas al estar íntimamente adheridas a la malla, en el fondo del hueco pelviano. Se carece de epiplón para evitar la nueva caída de las mismas.

Diez días después es reintervenida por dehiscencia puntiforme de la anastomosis encontrando de nuevo el paquete intestinal adherido en pelvis, siendo posiblemente la causa del fallo anastomótico. Tras reseca la anastomosis y realizar una ileostomía terminal, se opta por colocar una malla sintética mixta (polipropileno/PTFE) fijada en doble corona a la entrada de la pelvis menor para evitar la caída del paquete intestinal (ver **figuras 1-3**).

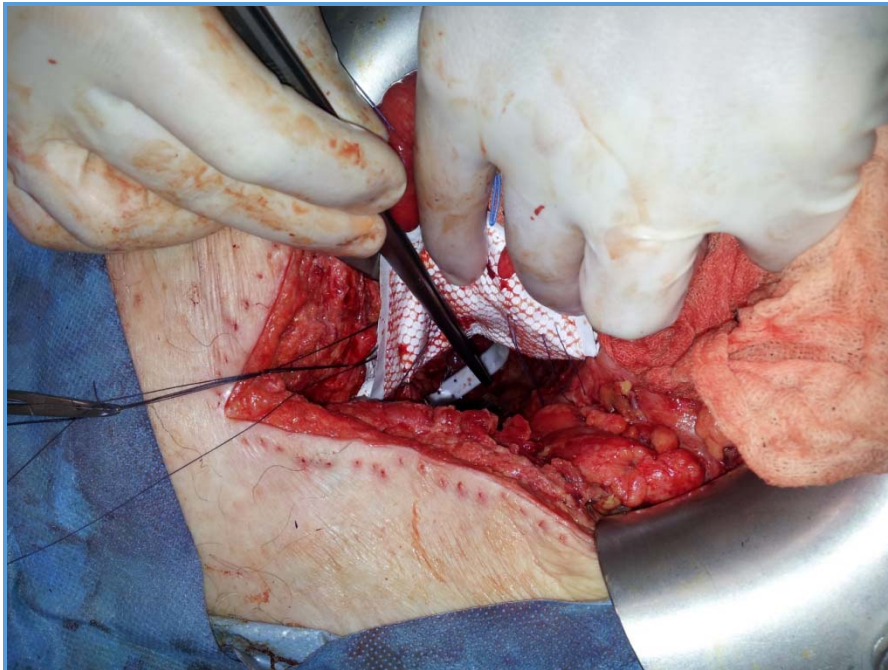


Figura 1. Colocación de malla y drenaje en hueso pélvico.



Figura 2. Malla fijada con corona de puntos en pelvis menor.

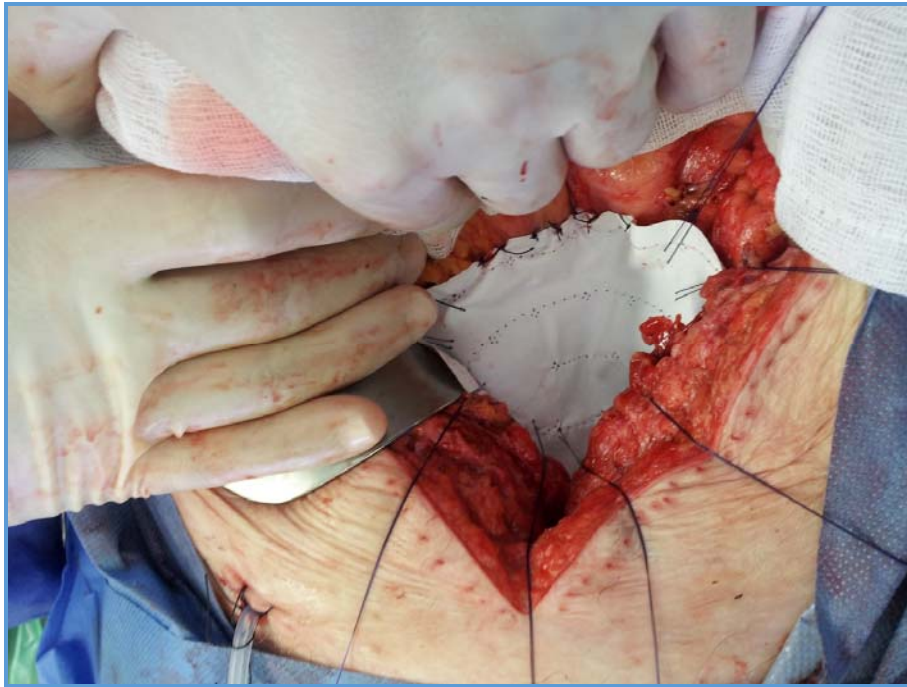


Figura 3. Finalización de fijación de malla.

Cinco meses después se reconstruye el tránsito, observando una malla íntegra, sin adherencias y sin herniación de asas hacia la pelvis (ver **figura 4**). En controles posteriores la paciente permanece asintomática.

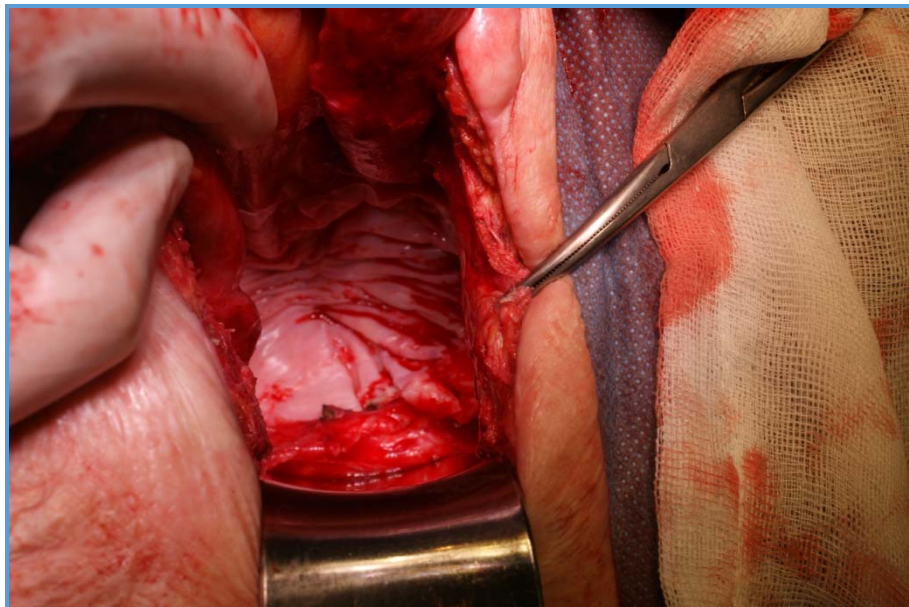


Figura 4. Aspecto de la malla desde la cavidad en control posterior.

Discusión:

Las técnicas de partición pélvica son necesarias para evitar la morbilidad derivada de la ocupación y fijación del intestino en la pelvis tras la realización de una AAP, ya sea mediante tejido autólogo o protésico. La reperitonización es una técnica común pero en ocasiones supone un cierre bajo tensión y no está libre de disrupción. Para evitar esto y liberar tensión, se utilizan útero, vejiga o aponeurosis posterior del recto abdominal (1) (2). La oclusión de la pelvis con epiplón mayor continúa siendo la opción más frecuentemente utilizada, a modo de colgajo pediculado ya sea suturado al tejido circundante o bien abandonado libre en la pelvis (3). La omentopexia es otra técnica consistente en fijar el epiplón a modo de “hamaca” a nivel de promontorio sacro, pared abdominal anterior y serosa del colon (4) (5) (6) (7). Finalmente, la elección de la técnica, dependerá de las características anatómicas del paciente: disposición o ausencia de omento, cierre del peritoneo pélvico sin tensión; además de las preferencias del equipo quirúrgico.

En caso de no poder utilizar tejido nativo, existen otras alternativas como prótesis de mama, moldes sintéticos, expansores tisulares, etc. Sin embargo, estas técnicas requieren una reintervención para retirar el implante y se hallan relacionadas con una importante morbilidad (infecciones, fístulas, erosión vascular), no habiéndose extendido su uso (8).

Otra opción protésica es el uso de mallas, absorbibles, irreabsorbibles... quedando demostrada su eficacia para prevenir la obstrucción intestinal por adherencias pélvicas y la enteritis por radiación (9) (3). A pesar de ello, su uso no está exento de complicaciones tales como obstrucción, fístula intestinal, absceso pélvico, herniación de asas entre la pelvis y la malla entre otras.

Aun así, no debiéramos de evitar su uso puesto que el número de complicaciones es mínimo y se evitarían con una adecuada técnica quirúrgica.

Conclusiones:

Aunque la experiencia con el uso de mallas en el hueco pélvico es escasa, dado el avance en materiales protésicos, su buen comportamiento en contacto con vísceras huecas y una excelente tolerancia a la infección, nos resulta atractivo su uso; evitando tanto las complicaciones de carácter obstructivo adherencial de asas que se fijan al hueco pélvico como la enteritis rádica en el intestino expuesto en el campo de la radioterapia.

Declaraciones y conflicto de intereses: Trabajo expuesto en la XVI Reunión ACIRCAL de Zamora 2014. No existe conflicto de intereses.

Referencias:

1. Pelvic peritonization after laparoscopic abdominoperineal resection for low-rectal carcinoma treatment: surgical technique. Druzijanic N, Perko Z, Srsen D, Pogorelic Z, Schwarz D, Juricic J. s.l. : Hepatogastroenterology, 2009, Vols. 56:1028-31.
2. Omentoplasty in abdominoperineal resection: a review of the literatura using a systemathic approach. PJ, Nilsson. 2006, Dis Colon Rectum, págs. 49:1354-61.
3. Pelvic reconstruction after abdominoperineal resection of the rectum. Moreno-Sanz C, Manzanera-Díaz M, Cortina-Oliva FJ, de Pedro-Conal J, Clerveus M, Picazo-Yeste J. s.l. : Cirugía Española, 2011, Vols. 89(2):77-81.
4. Obliteration of the pelvic space with pedicled omentum after excision of the rectum for cancer. Moreaux J, Horiot A, Barrat F, Mabile J. s.l. : Am J Surg., 1984, Vols. 148:640-4.
5. Management of the pelvic space with or without omentoplasty after abdominoperineal resection for carcinoma of the rectum: a prospective multicenter study. Hay JM, Fingerhut A, Paquet JC, Flamant Y. s.l. : The French Assoiation for Surgical Research, 1997, Vols. 163:199-206.
6. Abdominopelvic omentopexy: preparatory procedure for radiotherapy in rectal cancer. Lechner P, Cesnik H. s.l. : Dis Colon Rectum, 1992, Vols. 35:1157-60.
7. Effect of omental pedicle hammock in protection against radiation-induced enteropathy in patients with rectal cancer. Choi HJ, Lee HS. s.l. : Dis Colon Rectum, 1995, Vols. 38:276-80.
8. Pelvic peritoneal reconstruction to prevent radiation enteritis in rectal carcinoma. Chen JS, ChangChien CR, Wang JY, Fan HA. s.l. : Dis Colon Rectum, 1992, Vols. 35:897-901.
9. Reconstruction of the pelvic floor with a biological mesh after abdominoperineal excision for rectal cancer. Wille-Jørgensen P, Pilsgaard B, Møller P. s.l. : Int J Colorectal Dis., 2009, Vols. 24:323-5.

