Revista ACIRCAL
ACIRCAL
Asociación de Cirujanos de Castilla y León

PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL RESTAURADORA LAPAROSCOPICA CON RESERVORIO ILEAL. COMO LO HACEMOS.

Vicente Simó Fernández, Fernando Labarga Rodríguez, Jesús Manuel Silva Fernández, Luis Carlos Saldarriaga Ospino, Carlenny Adelaida Suero Rodríguez, Victoria Maria Maderuelo Garcia, Enrique Castrillo Arconada, Jose Luis Alvarez Conde.

Complejo asistencial universitario de Palencia. Palencia. España.

Correspondencia: vicsim77@gmail.com (Vicente Simó Fernández).

ABSTRACT:

Los autores presentan un vídeo de la técnica quirúrgica de realización de una proctocolectomía total restauradora con la construcción de un reservorio ileal, basándose en su experiencia en cirugía laparoscópica colorrectal avanzada y en esta técnica en concreto.

Además nos aportan sus comentarios técnicos y un análisis de las ventajas e inconvenientes de este abordaje basándose en la literatura y su experiencia.

Palabras clave: proctocolectomía total; laparoscopia; poliposis adenomatosa familiar; colitis ulcerosa.

COMENTARIOS AL VÍDEO:

Introducción:

La proctocolectomía total restauradora con reservorio ileal y anastomosis anal es la intervención quirúrgica de elección en la poliposis adenomatosa familiar (PAF) y la colitis ulcerosa (CU).

Estudios a largo plazo muestran tasas de extirpación de reservorios entre el 3 y el 8%. Estos mismos estudios constatan que los pacientes que conservan el reservorio en el tiempo tienen buenos resultados funcionales a largo plazo.

Las ventajas potenciales del abordaje laparoscópico incluyen: menos dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, menor pérdida sanguínea, menor riesgo de adherencias y obstrucción postoperatoria y, por supuesto, mejores resultados estéticos.

Existe mayor tasa de morbilidad en dos tipos de pacientes: enfermos con el diagnóstico de colitis ulcerosa y sujetos con índices de masa corporal elevados.

Técnica quirúrgica: ¿Cómo lo hacemos?:

En nuestro centro se realiza la intervención con 5 ó 6 trócares. Iniciamos el abordaje por el colon izquierdo. El orden cronológico es: ángulo esplénico, descendente, sigma y recto para terminar con el colon derecho y la parte de colon transverso que nos falte por resecar.

Los puntos críticos de la intervención son dos:

- El abordaje pélvico precisa una correcta visualización del sistema nervioso. Es fundamental; se trata de pacientes jóvenes.

La disección se realiza con extirpación mesorrectal hasta un máximo de 2 cms proximal a la línea dentada. Si no podemos llegar hasta esta distancia por vía abdominal se puede optar por un abordaje transanal.

La sección es intracorpórea con endograpadora de 3,5mm y el mínimo número de disparos posible.

- El otro punto crítico es el abordaje del íleon terminal y colon derecho. Se inicia, a diferencia de la patología oncológica, de lateral a medial con el fin de liberar completamente el territorio de la arteria mesentérica superior y así conseguir menor tensión en el reservorio.

La sección de las ramas arteriales del colon derecho es siempre terminal y nunca en el tronco ileocecocólico, por si se precisase de éste para obtener también una menor tensión en la anastomosis ileorrectal.

La extracción de la pieza se realiza por una incisión tipo Pfannenstiel.

Confeccionamos reservorios de 15 a 18 cms. La anastomosis se construye de forma mecánica, termino-terminal, con endograpadora circular.

Siempre realizamos ileostomía derivativa. El cierre se efectuará tras comprobar la estanqueidad de esta anastomosis por medio de un reservoriograma.

Discusión:

El objetivo de esta intervención es: extirpar toda o la mayor parte de la enfermedad del colon, manteniendo una función defecatoria normal evitando así el estoma permanente.

Se trata de una cirugía con una curva de aprendizaje extensa basada en cirugía laparoscópica colorrectal avanzada. Ciertos estudios relatan la necesidad de haber realizado, al menos, 20 colectomías totales o subtotales.

Múltiples estudios demuestran disminución de la perdida sanguínea y de la estancia hospitalaria a expensas de un aumento del tiempo quirúrgico.

La tasa de conversión de esta cirugía varía pero está en torno al 8%.

Mientras su tasa de mortalidad es baja, la tasa de morbilidad no es desdeñable. El riesgo de fístula anastomotica es del 3-7%, así como de sepsis pélvica; siendo estos resultados muy similares a la cirugía abierta.

El estoma derivativo es muy habitual en estas cirugías; según estudios se realiza hasta en el 75% de los pacientes, todo ello con el fin de disminuir las consecuencias de estas complicaciones (fuga anastomótica).

En cuanto a la calidad de vida, diversos estudios la definen como buena hasta en el 93% de los pacientes con reservorio. La cirugía laparoscópica mejora en este aspecto los movimientos intestinales nocturnos (sin ser estadísticamente significativo).

En cuanto al dolor postoperatorio, el abordaje laparoscópico es ventajoso, tanto en la apreciación del mismo como en el menor número de analgésicos requeridos.

La función sexual varía dependiendo de si se confecciona o no el reservorio pero no varía entre cirugía laparoscópica y abierta.

Existe una mayor tasa de infertilidad femenina en las pacientes intervenidas por cirugía abierta convencional que se atribuye a una mayor tasa de adherencias.

Conclusiones:

Para finalizar, podemos concluir que se trata de una cirugía que presenta amplias ventajas, sin embargo es técnicamente muy demandante, precisando de centros especializados en este tipo de cirugías.

Bibliografía:

1.Larson DW, Cima RR, Dozois EJ, et al. Safety, feasibility, and short-term outcomes of laparoscopic ileal-pouch-anal anastomosis: a single institutional case-matched experience. Ann Surg 2006; 243: 667Y70.

2. Zhang H, Hu S, Zhang G, Wang K, et al. Laparoscopic versus open proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis. Minim Invasive Ther Allied Technol 2007; 16: 187-91.

3. Gorfine SR, Gelernt IM, Bauer JJ, Harris MT, Kreel I. Restorative procotocolectomy without diverting ileostomy. Dis Colon Rectum 1995; 38: 188-94.

4. Tilney HS, Lovegrove RE, Heriot AG, et al. Comparison of short-term outcomes of laparoscopic vs open approaches to ileal pouch surgery. Int J Colorectal Dis 2007; 22: 531-42.

5. Gorfine SR, Fichera A, Harris MT, Bauer JJ. Long-term results of salvage surgery for septic complications after restorative proctocolectomy. Dis Colon Rectum 2003; 46: 1339-44.

6. Kienle P, Weitz J, Benner A, Herfarth C, Schmidt J. Laparoscopically assisted colectomy and ileoanal pouch procedure with and without protective ileostomy. Surg Endosc 2003; 17: 716-20.

7. Patricia Sylla, M.D. & David B. Chessin, M.D. & Stephen R. Gorfine, M.D. Esther Roth, B.A. & David S. Bub, M.D. & Joel J. Bauer, M.D. Evaluation of One-Stage Laparoscopic-Assisted Restorative Proctocolectomy at a Specialty Center: Comparison with the Open Approach. Dis colon rectum 52; 3: 394-399