



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Hospital Infantil de México
"FEDERICO GOMEZ"

INTERPOSICION DE ILEON COLO ANAL UNA
NUEVA TECNICA QUIRURGICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA PEDIATRICA

P R E S E N T A :

CESAR ULISES VICTOR BARBA CARRASCO GONZALEZ

Asesores

Dr. Nicolas Marín del Campo

Dr. Jaime Nieto Zermeno



TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION.	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	6
HIPOTESIS.	7
OBJETIVO.	8
MATERIAL Y METODOS.	9
RESULTADOS.	13
DISCUSION.	34
CONCLUSIONES.	35
BIBLIOGRAFIA.	36

INTERPOSICION DE ILEON COLO ANAL UNA NUEVA TECNICA QUIRURGICA

INTRODUCCION .

La enfermedad de Hirschsprung es una anomalía congénita caracterizada por obstrucción total o parcial del colon asociada a la ausencia de células ganglionares en la porción distal, lo cual implica una inervación anormal y una motilidad intestinal prácticamente abolida. Su incidencia es de alrededor de 1 en 5,000 recién nacidos vivos y esta causada por la detención en la migración caudal de los neuroblastos en el tracto gastrointestinal.¹

La zona de agangliosis se confina al recto o rectosigmoides en un 68 a 77% de los pacientes; por arriba de rectosigmoides se encuentra en un 13 a 23%, y afecta a todo el colon en un 8 a 10% de los casos¹⁻².

El tratamiento de este padecimiento es quirúrgico, y esta basado en la resección del segmento aganglionico con descenso de colon normal hasta la región anal.

Las técnicas más utilizadas son la de Swenson³, la de Duhamel-Grob⁴⁻⁵ y la de Soave⁶. En nuestra Institución se emplea la de Duhamel modificada por Grob.

Estas técnicas brindan resultados satisfactorios cuando existe una cantidad suficiente de colon útil que permite descenderlo hasta el periné, sin embargo en algunas ocasiones el colon sano es muy escaso no siendo posible descenderlo hasta el ano con las técnicas mencionadas.

Las malformaciones anorrectales tienen una incidencia aproximada de 1 en 5,000 recién nacidos vivos. Se clasifican en altas intermedias o bajas⁷ de acuerdo al nivel en que el desarrollo rectal se detuvo, denominándose altas cuando el colon distal se encuentra por arriba del músculo pubo-rectal, intermedia cuando esta a nivel de ese músculo, y baja cuando el colon rebasa claramente esta estructura.

Los pacientes con malformaciones anorrectales altas o intermedias ocupan del 38 al 52% de los casos⁸⁻⁹ y ameritan manejo inicial con colostomía derivativa y posteriormente descenso rectal. Las técnicas utilizadas son desde las que requieren dos o tres vías de acceso¹⁰⁻¹¹ hasta la rectoplastia sagital posterior descrita por Peña¹² de gran uso en la actualidad. Con las técnicas anteriores era necesario hacer una gran movilización en la vascularidad del colon, no estando exentas de complicaciones como necrosis del colon y pérdida de grandes segmentos de este.

En algunas circunstancias afortunadamente poco frecuentes independientemente del origen; la cantidad disponible de colon es muy escasa (figura 1) como en los casos de agangliosis del colon de segmento muy largo; pérdida de un segmento grande del colon por complicaciones quirúrgicas de los descensos rectales habituales por isquemia, necrosis o dehiscencia de las anastomosis con sepsis pélvica; y por disfuncionalización crónica de colon.

En estos casos las opciones clásicas son el descenso rectal del colon ascendente (figura 2), lo cual algunas veces no es posible ya sea por escasa longitud del asa, o por compromiso de la circulación, recurriéndose entonces al descenso ileo-anal, con sacrificio de la válvula ileocecal y con resultados poco satisfactorios¹³. (figura 3).

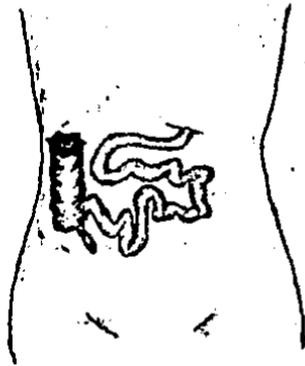


Fig. 1 Existen casos que ameritan descenso rectal, y presentan muy poco colon disponible.

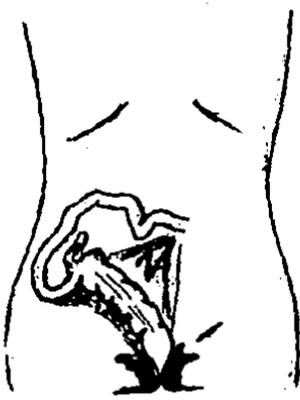


Fig. 2 Descenso directo del
remanente colónico.

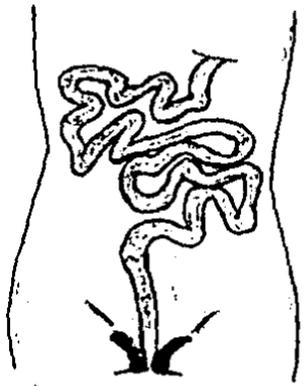


Fig. 3 Anastomosis ileoanal.

Los pacientes a los que se realiza el descenso íleo anal directo, cursan con diarrea de difícil manejo aproximadamente durante un año, lo que ocasiona deterioro frecuente en su crecimiento y desarrollo así como graves problemas de manejo familiar; posteriormente aparece una dilatación espontánea del íleon dentro de la pelvis, que disminuye parcialmente el problema ya que solo evacúan de 2 a 5 veces por día, pero frecuentemente asociado a Incontinencia nocturna que por lo general se mantiene por años¹³⁻¹⁴. Por tal razón algunos autores recomiendan la construcción de un reservorio ileal durante el descenso, ya sea en forma de S, J ó elíptico¹⁶. Además se han utilizado otras técnicas dentro de las que destaca la dilatación progresiva y temprana del neorecto con un balón Inflable, para aumentar su capacidad¹⁵.

A pesar de tales variantes los pacientes cursan con imposibilidad para diferenciar el contenido líquido o gaseoso de las evacuaciones durante aproximadamente un año, y se mantienen con evacuaciones líquidas y muy frecuentes ya que el reservorio solo tiene una capacidad máxima de 300 cc., que se puede incrementar a 500 cc. después de 1 a 2 años de uso. Por otro lado algunos cursan con estasis e infección a nivel del reservorio por estenosis distal de la anastomosis íleo anal¹⁴.

Con todos estos elementos es claro que el problema del niño con escaso colon y que requiere un descenso rectal, aún no está resuelto; ya sea por los riesgos quirúrgicos de las técnicas existentes ó por la tórpida evolución que en general siguen estos pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

Como se ha mencionado, hay un grupo de pacientes, afortunadamente no muy numeroso, que por diversas circunstancias han perdido gran parte de colon, cuya solución quirúrgica plantea un serio problema, ya que con las técnicas descritas - las posibilidades de éxito son a muy largo plazo y con gran sufrimiento y riesgo para el niño y sus familiares, por lo que es necesario contar con otras formas de resolución que permitan ofrecer mayores perspectivas a los pacientes.

Para ello en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, el Dr. Nicolás Martín del Campo ideó el Interponer un segmento de intestino delgado entre el ano y el remanente del colon para tratar de restablecer el tránsito intestinal - optimizando los resultados.

HIPOTESIS :

El interponer un segmento de ileon entre el ano y el remanente del colon cuando es muy escaso, mejora la evolución de estos pacientes.

OBJETIVO :

Mostrar la experiencia obtenida en el departamento de cirugía general del Hospital Infantil de México Federico Gómez, con el uso de esta técnica especialmente en relación a sus indicaciones, dificultades técnicas, complicaciones y resultados.

MATERIAL Y METODOS :

Se revisó el archivo clínico del Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo comprendido entre 1982 y 1988.

Criterios de Inclusión : Todos los casos que cursaron con colon muy escaso en los cuales se aplicó la técnica descrita. No se excluyó ningún paciente en el que se realizó dicho procedimiento.

Se analizó diagnóstica, edad al momento de la cirugía, procedimientos quirúrgicos previos, indicación de la cirugía, cantidad de colon remanente, evolución de los pacientes y complicaciones.

Descripción de la técnica : Consiste en seleccionar un asa de ileon entre 20 y 60 cm. de longitud, que en base a su irrigación permita descenderla en forma isoperistáltica hasta el ano. (Fig. 4 y 5). El descenso se realiza en forma simple por dentro del canal anorectal con puntos de fijación a nivel de la reflexión peritoneal (Fig. 6). En los casos de enfermedad de Hirschsprung se realiza previamente una sección en "V" en la pared posterior del canal anorectal (Fig. 7). La parte proximal del asa, se exterioriza a la pared abdominal o se anastomosa al colon en su caso, pero se mantiene siempre la derivación intestinal.

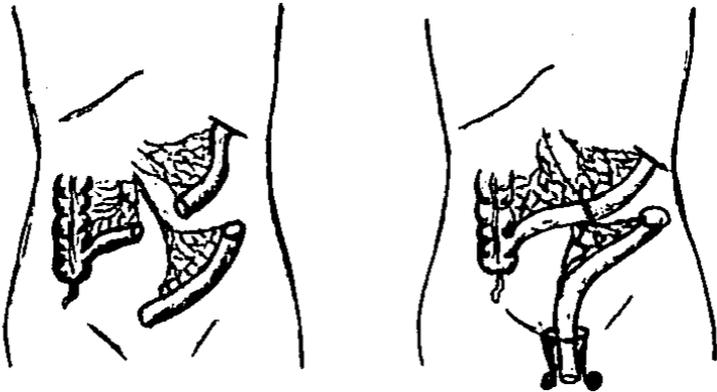


Fig. 4 Se muestra la técnica de la interposición de ileo colo-anal.



Fig. 5 Selección del asa de ileon.

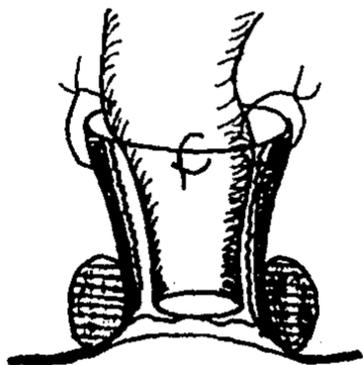


Fig. 6 Anastomosis ileo-anal



Fig. 7 Sección en "V" en la pared posterior del canal anorrectal.

RESULTADOS :

De 1982 a 1988 se han operado 8 pacientes con este procedimiento, y por ser una nueva técnica se presenta un resumen de cada uno de los casos.

CASO 1. Masculino al que en el periodo neonatal se le realizó colostomía transversa derecha por enfermedad de Hirschsprung. A los 10 meses de edad se le realizó fuera del HIM descenso rectal tipo Soave, sin conservar la derivación Intestinal. Presentó dehiscencia de la anastomosis, necrosis del colon, fístulas enterocutáneas y sepsis, por lo que fue enviado al HIM donde se reintervino quirúrgicamente encontrando solo 20 cm. de colon ascendente y gran fibrosis pélvica por lo que se realizó nueva colostomía. A los 14 meses de edad se efectuó interposición de ileon coloanal, dejando el extremo proximal sepultado (Fig. 8-1). El paciente evolucionó con estenosis a nivel del sitio de la anastomosis ileo-anal, que ameritó dilataciones y aplicación de esteroides en dos ocasiones. 10 meses después se realizó anastomosis ileocolónica término lateral tipo Santulli (Fig. 8-2), pues se tenía duda de la función del piso pélvico y periné. Existió tránsito distal adecuado y 6 meses después se realizó anastomosis término terminal del ileo y colon. (Fig. 8-3). El paciente evolucionó con incontinencia fina y evacuaciones disminuidas de consistencia. Después de 3 meses presentó continencia anal y 1 a 2 evacuaciones formadas por día. A los 5 años 8 meses de edad (4 1/2 después del procedimiento) presentó un cuadro sugerente de ambliasis intestinal recurrente. Se le realizó biopsia de la zona interpuesta por endoscopia, reportándose metaplasia colónica, con inflamación aguda y crónica. 5 1/2 años después del procedimiento, se encontró al paciente completamente asintomático.

Fig. 8-1

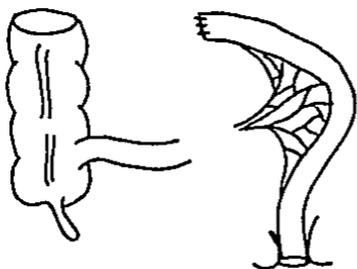


Fig. 8-2

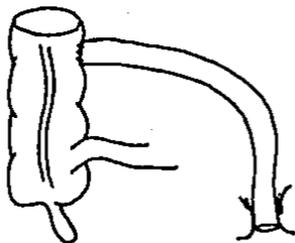
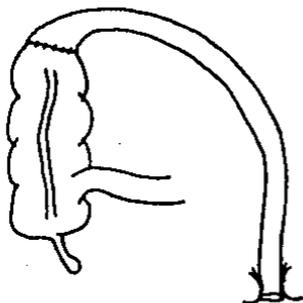


Fig. 8-3



CASO 2. Paciente femenino con malformación anorectal alta y fistula recto-vaginal. En el periodo neonatal se le realizó colostomía transversa. Acudió a otra institución hasta los 8 años de edad, donde se le efectuó descenso rectal abdominoperineal sin cierre de la colostomía. A los 12 años de edad asiste al HIM-FG, donde el colograma distal mostró un colon atrófico y sin movilidad (Fig. 9-1). Esta atrofia fue causada por la desfuncionalización crónica del colon distal, ya que durante sus 12 años de vida, nunca tuvo tránsito por éste. Se intentó dilatar el colon con irrigaciones durante varios meses sin conseguirlo. Después se intentó restablecer el tránsito intestinal con una anastomosis colo-cólica termino-lateral tipo Santullí, sin conseguir tránsito ni dilatación del colon distal (Fig. 9-2). En vista de que ese colon atrófico no pudo hacerse funcional, hubo necesidad de resecarlo en su totalidad, y se realizó interposición de ileon colo-anal, exteriorizando el segmento proximal (Fig. 9-3), y dos meses después se realizó cierre de la ileo-colostomía (Fig. 9-4). Cursó con incontinencia nocturna diarrea siendo más importante los dos primeros meses. Disminuyó progresivamente, y cedió completamente después de un año.

Fig. 9-1

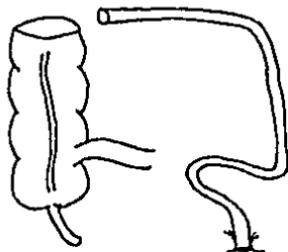


Fig. 9-2

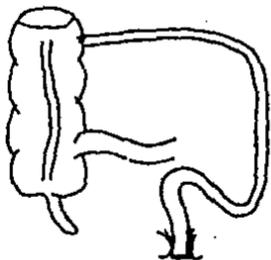


Fig. 9-3

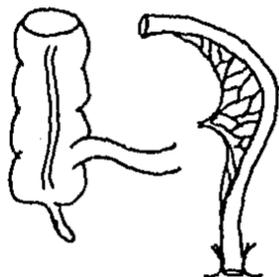
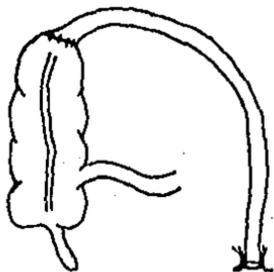


Fig. 9-4



CASO 3. Femenino con diagnóstico clínico de enfermedad de Hirschsprung de segmento muy largo. En la etapa neonatal se le realizó colostomía transversa izquierda, por encontrar macroscópicamente la zona de transición a nivel del ángulo esplénico del colon. (Fig. 10-1). Al año y un mes de edad se intentó realizar descenso rectal sin conseguirlo por escasa longitud del colon, por lo que se realizó interposición de ileon colo-anal, sepultando el extremo proximal (Fig. 10-2). Cursó con estenosis puntiforme de la anastomosis ileo anal, que cedió con dilatación. 10 meses después se realizó anastomosis ileo colonica termino lateral tipo Santulli (Fig. 10-3) con buen tránsito distal; 4 meses después se afectuó anastomosis ileo colica termino terminal. 1 1/2 meses después el paciente tenía continencia anal adecuada, y una sola evacuación formada por día.

Fig. 10-1

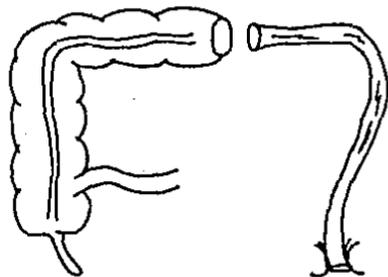


Fig. 10-2

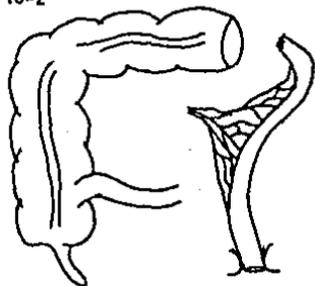


Fig. 10-3

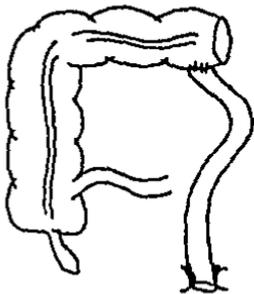
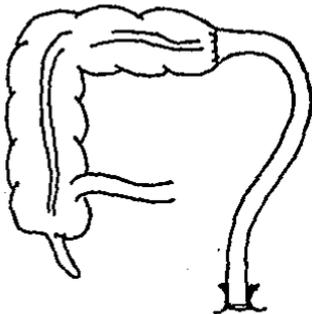


Fig. 10-4



CASO 4. Femenino de 12 meses con diagnóstico clínico y radiológico de enfermedad de Hirschsprung. Se realizó colostomía transversa derecha y toma de biopsias con reporte de células ganglionares a 20 y 30 cm., y ausencia a 5, 10 y 15 cm. de la reflexión paritoneal. A los 13 meses de edad se efectuó descenso rectal tipo Duhamel. (Fig. 11-1). El recto reseccionado se reportó con ausencia de células ganglionares aún en el límite quirúrgico. Se tomaron 2 biopsias por vía anal del colon descendido, reportándose sin células ganglionares. Con diagnóstico de agangliosis residual, a los 2 1/2 años de edad, se realizó resección del colon izquierdo pues se consideró que solo 6 cm. tenían células ganglionares. El colon derecho no se logró descender hasta el ano, por lo que se realizó interposición de ileo colo anal. (Fig. 11-2). Evolucionó con estenosis del asa descendida que cedió con dilataciones. A los 3 años de edad se realizó cierre de la ileo colostomía. Evolucionó con evacuaciones disminuidas de consistencia de 2 a 4 por día con continencia anal conservada y buena evolución.

Fig. 11-1

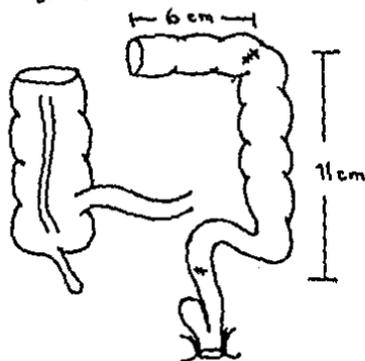
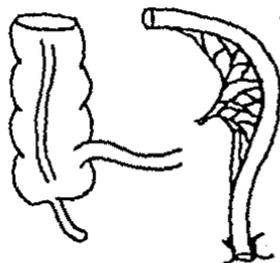


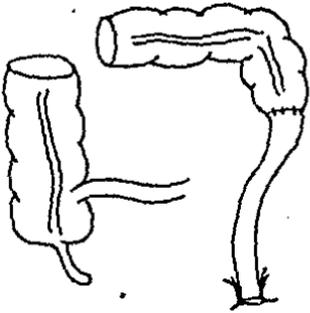
Fig. 11-2



CASO 5. Masculino de 50 días de edad, con diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung. Se efectuó colostomía transversa derecha y toma de biopsias. Se reportó presencia de células a 30 y 40 cm., y ausencia de células en las biopsias a 5, 10, 15, 20 y 25 cm. de la reflexión peritoneal. A los 10 meses se realizó descenso rectal tipo Duhamel-Grob, requiriendo cierre de colostomía en ese mismo tiempo quirúrgico, para aumentar la cantidad de colon disponible y lograr descender el colon hasta el periné. No se dejó derivación Intestinal. Evolucionó en forma insidiosa con gran constipación, por lo que en el intento de resolver el problema y/o documentar agangliosis residual, se efectuó una mictomía de la zona descendida corroborándose ausencia de células ganglionares.

Con este diagnóstico se realizó colostomía transversa derecha a 10 cm. de la válvula ileocecal y toma de biopsias de 5 a 40 cm. de la reflexión peritoneal reportándose todas con células ganglionares presentes. A los 4 años ingresa para nuevo descenso rectal. Se resecaron 10 cm. de colon distal, y se dejó el muñon rectal. Se intentó descender el colon remanente sin conseguirlo, por lo que se efectuó interposición de ileon colo anal. (Fig. 12-1). 4 meses después se realizó cierre de la colostomía. Evolucionó con estenosis del sitio de la anastomosis ileo anal que cedió con aplicación de esteroides en 3 ocasiones y dilataciones progresivas. Después presentó evacuaciones disminuidas de consistencia 5 a 6 por día, con incontinencia nocturna. Se realizaron pruebas de absorción intestinal (D-Xilosa, Sudan IV, Actividad trípica y medición del tiempo de tránsito intestinal) encontrándose completamente normales. Evolucionó con cuadros diarreicos alternando con periodos de constipación. El colon por enema mostró gran dilatación del asa interpuesta. Por tales razones se realizó colostomía transversa izquierda a los 5 1/2 años de edad, estando actualmente en espera de resolución de su problema.

Fig. 12-1



CASO 6. Masculino con diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung, a los 5 años se le realizó sigmoidostomía tangencial y toma de biopsias fuera de nuestra Institución (Fig. 13-1). Acude a los 6 años a este hospital, donde se le realizó descenso rectal tipo Duhamel-Grob reseccando el colon distal a la sigmoidostomía, descendiendo el colon proximal sin dejar derivación intestinal (Fig. 13-2). Se reintervino 2 días después por sangrado activo en hueso pélvico, y 4 días después se reintervino por abdomen agudo encontrando gran orificio de 3 cm. en el colon descendido cerca del muñon rectal, por lo que se realizó colostomía transversa derecha (Fig. 13-3).

A los 7 años de edad se demostró la presencia de la fistula por endoscopia y colograma distal. Se intervino quirúrgicamente realizando resección de muñon rectal y 15 cm. de colon que se encontraron en muy malas condiciones. Se realizó interposición de colon ileo anal anastomosandose el extremo proximal al remanente de colon (Fig. 13-4).

A los 10 años se realizó cierre de la colostomía evolucionando con evacuaciones líquidas 2-3 por día, con control progresivo de la continencia, hasta lograr continencia total después de dos meses.

Fig. 13-1

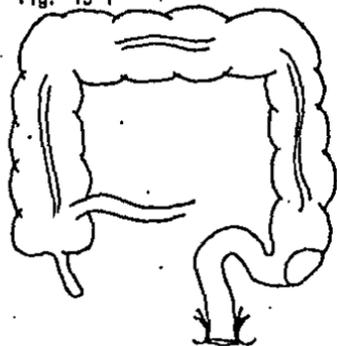


Fig. 13-2

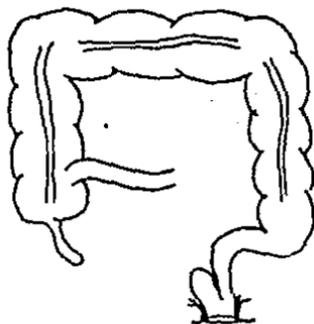


Fig. 13-3

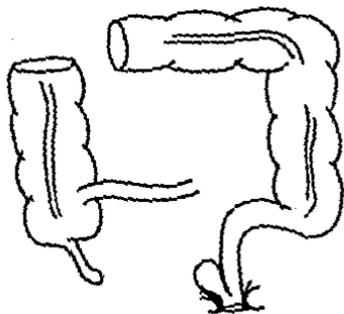
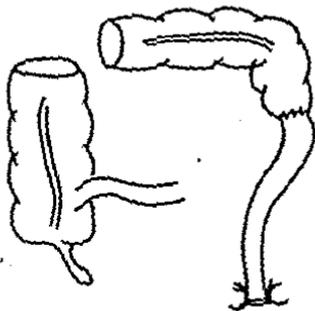


Fig. 13-4



CASO 7. Masculino de 5 años con diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung. Se realizó colostomía transversa izquierda (Fig. 14-1), y toma de biopsia con reporte de células a 60 cm. y ausencia de células a 5, 10, 15, 20, 30, 40 y 50 cm. de la reflexión peritoneal. A los 6 años de edad se realizó descenso tipo Duhamel-Grob fuera del HIM-FG, resecano el colon distal a la colostomía, descendiendo el colon proximal. No se dejó derivación intestinal (Fig. 14-2). 6 días después se reintervino por presentar abdomen agudo con hallazgos de dehiscencia de la anastomosis colo-rectal, por lo que se efectuó colostomía transversa derecha (Fig. 14-3).

A los 8 años de edad acudió al HIM donde se realizó resección de muñón rectal y del colon transverso e izquierdo el cual se encontró en muy malas condiciones. Se efectuó interposición de ileon colo anal exteriorizando el extremo proximal. Evolucionó con estenosis a nivel de la anastomosis ileo anal, la cual ha cedido progresivamente con dilataciones. Aún no se ha realizado cierre de la derivación intestinal.

Fig. 14-1

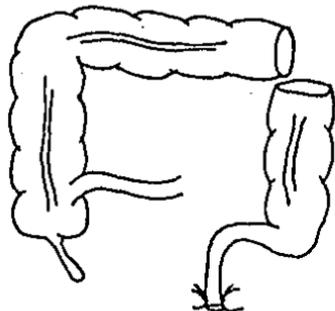


Fig. 14-2

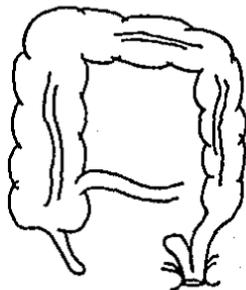


Fig. 14-3

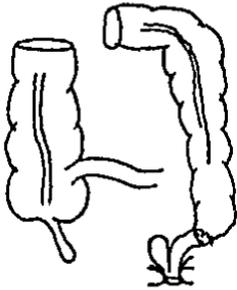
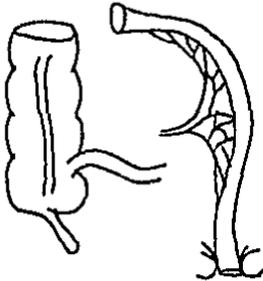


Fig. 14-4



CASO 8. Paciente masculino con diagnóstico de síndrome de Mackusick y enfermedad de Hirschsprung. Al tercer día de vida se le realizó sigmoidostomía (Fig. 15-1) y toma de biopsias con reporte confirmatorio. Al año 4 meses se efectuó descenso rectal tipo Soave y cierre de la colostomía (Fig. 15-2). Estos procedimientos se realizaron fuera del HIM-FG.

Al año y medio acude a nuestra institución por presentar constipación. El colon por enema mostró diferencia de calibre en los últimos 5 cm. de recto-sigmoides. Se efectuó sigmoidostomía de 1 estoma con el colon distal sepultado. (Fig. 15-3). A los 2 años se realizó descenso rectal tipo Duhamel-Grob, descendiendo el extremo proximal de la colostomía y resecaando el colon distal. No se dejó derivación Intestinal (Fig. 15-4).

A los 2 años 5 meses se presenta con incontinencia fecal y diarrea crónica. La miectomía reportó ausencia de células ganglionares a 2 cm. de la línea dentada, y células presentes arriba de este nivel. El colon por enema mostró dilatación en los últimos 20 cm. Por persistencia de la sintomatología y con el diagnóstico de síndrome de asa contaminada por estasis, a los 2 años 6 meses se realizó colostomía transversa izquierda y la biopsia del estoma de colostomía no reportó alteraciones. (Fig. 15-5).

A los 5 años 9 meses se realizó interposición de ileon colo anal ya que no fue posible descender el colon remanente hasta el periné (Fig. 15-6). Curso con estenosis ileo anal, que cedió con dilataciones progresivas. Finalmente a los 5 años 11 meses falleció en accidente en su domicilio. (No se cerró la derivación Intestinal).

Fig. 15-1

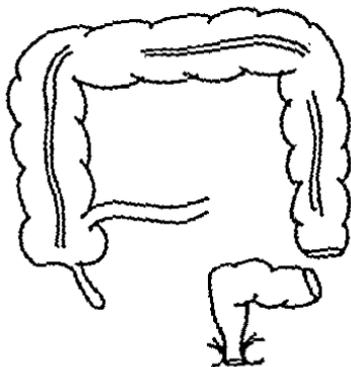


Fig. 15-2

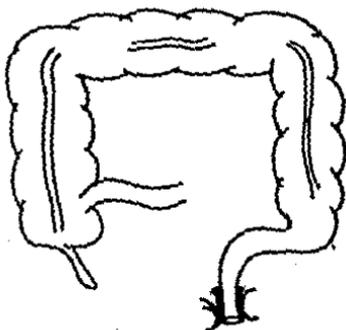


Fig. 15-3

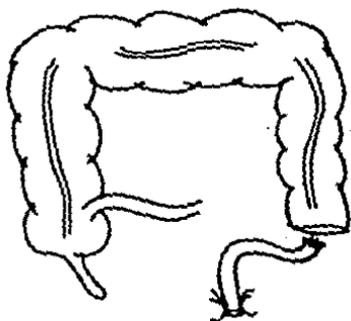


Fig. 15-4

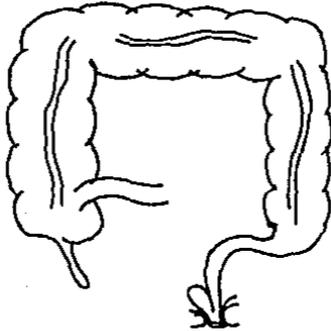


Fig. 15-5

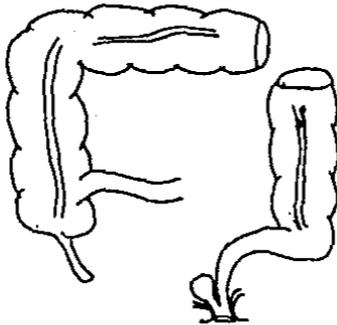
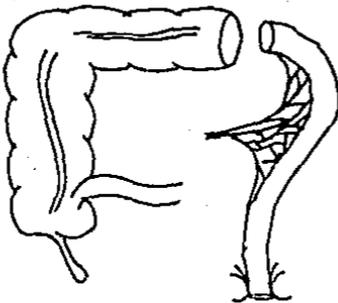


Fig. 15-6



De los 8 casos, 5 fueron masculinos y 3 femeninos. La edad al realizarse el procedimiento fue entre 1 año 1 mes y 12 años.

Las indicaciones de la cirugía fueron las siguientes:

- 3 casos: Pérdida del colon descendido por complicaciones quirúrgicas de los descensos rectales habituales.
- 3 casos con agangliosis residual después de descensos rectales.
- 1 caso con agangliosis colónica de segmento muy largo.
- 1 caso de atrofia colónica por desfuncionalización crónica.

Tres de estos pacientes con diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung se operaron con técnicas habituales, sin dejar derivación intestinal. Dos fueron realizadas fuera de nuestro hospital. Los tres pacientes cursaron con dehiscencia de anastomosis, fistulas enterocutaneas, sepsis y pérdida de una gran cantidad de colon.

Tres pacientes con enfermedad de Hirschsprung presentaron agangliosis residual después de los descensos rectales habituales con lo cual se ocasionó pérdida del colon disponible. En dos pacientes este problema se ocasionó por dificultades en la interpretación histopatológica de las biopsias, y en el otro paciente la cirugía se realizó fuera del HIM.

Un paciente se presentó con agangliosis de segmento muy largo que involucraba 3/4 partes del colon, lo cual dejó muy escasa cantidad de colon útil.

El paciente restante tuvo una malformación anorectal alta, con colostomía transversa izquierda en la etapa neonatal. Acudió a los 8 años a otro hospital donde se realizó descenso rectal. Se presentó nuevamente hasta los 12 años de vida, esta vez al HIM encontrando una atrofia irreversible del colon distal por la desfuncionalización crónica del colon, quedando el paciente con muy escasa cantidad de colon útil.

Las figuras 16 y 17 muestran el aspecto radiológico de dos pacientes que se les ha realizado interposición de ileon colo-anal.

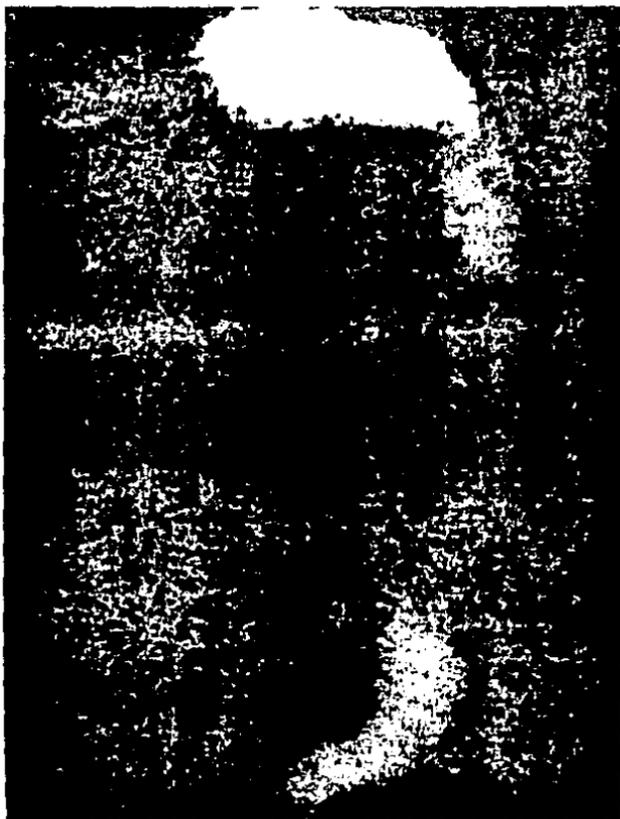


Fig. 16 Aspecto radiológico posterior a la interposición de ileon colo-anal

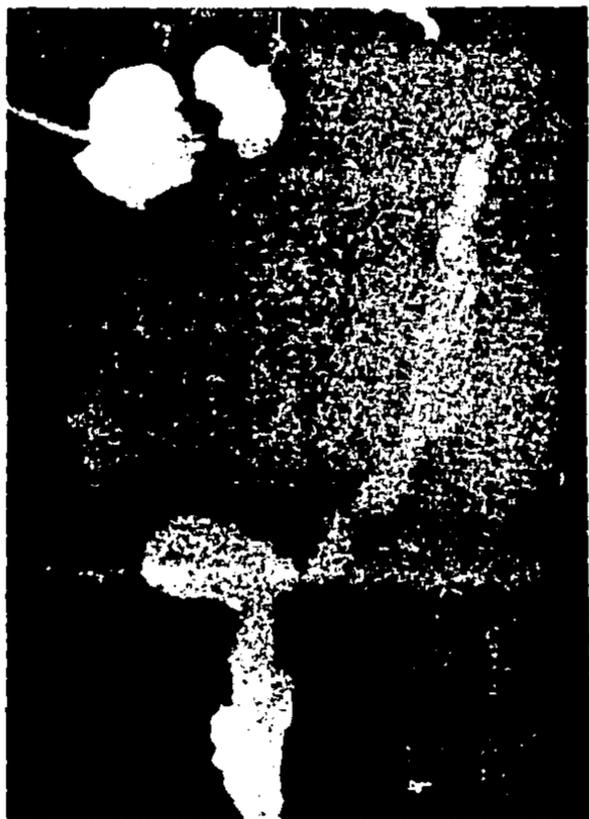


Fig. 17 Aspecto radiológico de un paciente al que se le ha realizado interposición de ileon colo-anal.

CUADRO 1 RESUMEN DE LOS RESULTADOS

NUM	EDAD	EXTREMO PROXIMAL	SEGUIMIENTO	COMPLICACIONES
1	1A2M	SEPULTADO	5A6M	ESTENOSIS AMIBIASIS
2	12A	EXTERIORIZADO	11M	INCONTINENCIA INICIAL
3	1A1M	SEPULTADO	9M	ESTENOSIS AMIBIASIS INCONTINENCIA INICIAL
4	2A6M	EXTERIORIZADO	9M	ESTENOSIS AMIBIASIS INCONTINENCIA INICIAL

CUADRO 2

NUM	EDAD	EXTREMO PROXIMAL	SEGUIMIENTO	COMPLICACIONES
5	4A3M	T - T COLON	4M	ESTENOSIS DIARREA
6	7A	T - T COLON	2M	INCONTINENCIA INICIAL
7	8A	EXTERIORIZADO	---	ESTENOSIS
8	5A	EXTERIORIZADO	---	ESTENOSIS MUERTE EN ACCIDENTE

Seis de nuestros pacientes presentaron estenosis en el sitio de la anastomosis ileo anal, a nivel de la fijación en la reflexión peritoneal, las cuales han cedido con manejo médico.

Todos los pacientes en que se cerró la derivación intestinal mostraron diarrea leve e incontinencia inicial, las cuales cedieron progresivamente en un tiempo aproximado de 2 meses después del cierre de la derivación intestinal. En ningún paciente se presentaron fístulas enterocutaneas.

Las evacuaciones diarreas disminuyeron progresivamente y todos los pacientes presentaron continencia anal total. Existió un paciente en el que se presentaron periodos de constipación alternando con evacuaciones diarreas, lo cual provocó dilatación del asa transpuesta; aparentemente estas manifestaciones fueron secundarias a la presencia del muñon rectal no resecaado en un paciente con enfermedad de Hirschsprung, en el que por persistencia de la sintomatología se realizó nueva derivación intestinal y está pendiente la resolución de su problema. En ese paciente se realizaron pruebas de absorción intestinal después de realizada la interposición de ileon, encontrándose completamente normales.

En el primer paciente al que se le realizó este procedimiento, se efectuó biopsia de la zona interpuesta por presentar datos recurrentes de amibiasis intestinal; esta reportó metaplasia colonica con inflamación aguda y crónica.

DISCUSION :

Los pacientes con enfermedad de Hirschsprung o con malformaciones anorrectales ameritan descenso rectal. En algunas raras circunstancias la cantidad de colon disponible es muy escaso, y no permite realizar su descenso hasta el ano.

En tales circunstancias esta nueva técnica permite conservar la valvula ileocecal y el colon remanente sin someterlos a riesgo, evitando así el descenso ileo anal y sus variantes.

Con la experiencia obtenida hemos encontrado que las complicaciones secundarias ceden con manejo médico. Las complicaciones más frecuentes son la presencia de evacuaciones disminuidas de consistencia con incontinencia anal transitoria, y la estenosis a nivel de la anastomosis ileo anal.

Los pacientes con derivación urinaria al tracto intestinal pueden desarrollar tumores malignos, la mayoría de ellos adenocarcinomas¹⁷⁻¹⁸ en algunos casos. En nuestra serie un paciente mostró metaplasia colonica de la zona interpuesta. Nosotros no hemos acumulado suficiente experiencia para poder descartar la presencia de anaplasia o neoplasia de la zona ileal interpuesta en el futuro. Esta probabilidad parece lejana, ya que el procedimiento es una interposición intestinal sobre el tracto digestivo, como en los casos de interposición de colon para la sustitución de esofago. En tales casos las complicaciones reportadas 15 a 20 años después del seguimiento de pacientes con sustitución de esofago no han sido en ningún caso neoplasias¹⁹.

CONCLUSIONES :

- 1 . Una nueva técnica quirúrgica se ha desarrollado para los pacientes que necesitan descenso colónico y tienen una muy escasa cantidad de colon disponible, evitando el descenso ileo-anal y sus desventajas.
- 2 . Esta técnica preserva la valvula ileocecal, tan importante en la edad pediátrica.
- 3 . Conserva el escaso colon remanente sin someterlo a riesgo de isquemia o necrosis.
- 4 . Reestablece el tránsito intestinal hasta al ano conservando la función de absorción del colon.
- 5 . La técnica es fácilmente reproducible.
- 6 . La mayoría de los pacientes presentan estenosis en la anastomosis ileo-anal, la cual cede con manejo médico.
- 7 . Los resultados a corto y largo plazo, se comparan favorablemente con los de los procedimientos de anastomosis ileo-anal.
- 8 . Nosotros proponemos la interposición de ileon colo-anal para el tratamiento de estos casos tan poco frecuentes.

01. Steber WK. Hirschsprung's Disease. En Ravitch MM, Welch AJ, Randolph JG. y Col. Pediatric Surgery 4a. Ed. Chicago, Year Book Medical Publishers 1986, 2: 995-1015.
02. Lister J. Rickham PP. Hirschsprung's Disease. En Rickham PP. Lister J, Irving IM. Neonatal Surgery, 1a. Ed. London, Butterworth and Co. 1978: 441-455.
03. Swenson O. Pediatric Surgery 2a. Ed. New York, Appleton Century Crofts, 1962.
04. Duhamel B. Retrorectal and Transanal Pull Through Procedure for the Treatment of Hirschsprung's Disease. Dis Colon Rectum 1964; 7: 455-460.
05. Grob M., Genton N., Yontobel V. Erfahrungen in Der Megacolon Congenitum - and Vorschlag Einer Neuen Operations Technic. Zentralbl Chir 1959; 84: 1781-1787.
06. Soave F. Hirschsprung's Disease. A New Surgical Technique. Arch. Dis Child 1964; 39: 116-124.
07. Stephens FD., Smith ED. Anorectal Malformations in Children: Update 1988. 1a. Ed. New York, March of Dimes Birth Defects, 1988: 219.
08. Villamizar LI., Martin del Campo N. Malformaciones Anorectales. Tesis Recepcio-
nal México, Hospital Infantil de México 1982.
09. Templeton JM., O'Neill JA. Anorectal Malformations. En Ravitch MM., Welch AJ., Randolph JG y Col. Pediatric Surgery 4a. Ed. Chicago, Year Book Medical Publishers 1986, 2: 1022-1034.

10. Rehbein F. Imperforate Anus : Experiences With Abdomino-Perineal and Abdomino-Sacro-Perineal Pull Through Procedures. *J. Pediatr Surg* 1967; 2 : 99-108.
11. Kieseewetter WB. Imperforate Anus II. The Rationale and Technic of the Sacro-Abdomino-Perineal Operation. *J. Pediatr Surg* 1967; 2 : 105-113.
12. De Vries PA., Peña A. Posterior Sagittal Anorectoplasty. *J. Pediatr Surg* 1982; 17 : 638-642.
13. Martin L., Torres AM., Fisher JE. The Critical Level For Preservation of Continence In the Ileoanal Anastomosis. *J. Pediatr Surg* 1985; 20 : 664-667.
14. Telander RI., Perrault J. Colectomy With Rectal Mucosectomy and Ileoanal Anastomosis in Young Patients. *Arch Surg* 1981; 116 : 623-626.
15. Telander RI. Hoffman A., Perrault J. Early Development of the Neorectum by Balloon Dilatations after Ileoanal Anastomosis. *J. Pediatr Surg* 1981; 16 : 911-915.
16. Fankalsrud EW. Total Colectomy and Endorectal Ileal Pull-Through with Internal reservoir for ulcerative colitis. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 4 : 609-614.
17. Sooriyaarachchi GS., Johnson RO., Carbone PP. Neoplasms of the Large Bowel Following Ureterosigmoidostomy., *Arch Surg* 1979; 112 : 1174-1178.
18. Spence HM., Hoffman WW. Fosmire PP. Tumors of the Colon As a Later Complications of Ureterosigmoidostomy for Extrophy of the Bladder . *Br. J. Urol* 1979; 5 : 466-469.
19. Neville Cue., Najem AZ. Colon Replacement of the Esophagus for Congenital and Bening Disease. *Ann Thorac Surg* 1983; 36 : 626-631.