

## TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

# Resección anterior baja del recto más reconstrucción con coloplastia

Drs. FRANCISCO LÓPEZ K, ALVARO ZÚÑIGA A, IGNACIO GARCÍA-HUIDOBRO H

Departamento de Cirugía Digestiva. Pontificia Universidad Católica de Chile

### INTRODUCCIÓN

Durante la primera mitad del siglo pasado, la resección abdominoperineal del recto (RAP) fue la operación de elección para el tratamiento del cáncer de recto. Un importante avance para el desarrollo de alternativas que permitieran la preservación del esfínter anal fue la publicación de Claude Dixon en 1948. En este trabajo se mostró que las cifras de morbilidad y mortalidad después de una resección anterior baja (RAB) se comparaban en forma favorable con respecto a la RAP.<sup>1</sup> No obstante estos resultados, el temor de comprometer los criterios oncológicos hizo que la RAP mantuviera su posición en la cirugía del cáncer de recto. Sin embargo, en los últimos 20 años el entusiasmo por la RAP comenzó a decrecer puesto que se publicaron experiencias en las cuales los resultados en términos de sobrevida alejada y recidiva local fueron comparables entre la RAB y la RAP incluso para los tumores del tercio inferior del recto.<sup>2-6</sup> De este modo, experiencias recientes provenientes de centros especializados han mostrado que es posible preservar el esfínter anal en más del 80% de los pacientes con cáncer de recto sin comprometer su sobrevida.<sup>7,8</sup>

Una vez superada la mutilación de una colostomía definitiva aparece el problema de la calidad de la función anal. El hecho de quedar "prácticamente sin recto" deriva en que algunos pacientes queden con una verdadera "colostomía perineal". Evidentemente hay múltiples factores que pueden contribuir a una disfunción anal: alteración del esfínter anal, función del segmento de recto remanente, radiación previa y complicaciones anastomó-

ticas. De éstos, el factor más modificable por el cirujano es el aumento de la capacidad del colon descendido. El reservorio de colon desarrollado por Lazorthé y cols<sup>9</sup> ha mostrado mejores resultados funcionales en los primeros 12 meses. Sin embargo, esta alternativa no es la solución para todos los pacientes, ya que se han reportado problemas de estasia, fragmentación, y dificultades de evacuación.<sup>10-12</sup> Por otra parte debe además destacarse el problema anatómico de descender un segmento intestinal voluminoso, especialmente en pacientes de pelvis estrecha. De este modo en 1999, se describió la coloplastia como una alternativa bastante simple y que mantiene el principio de ampliar la capacidad de almacenamiento del colon pero pretende evitar las dificultades observadas con el reservorio colónico.<sup>13, 14</sup> El objetivo de esta comunicación es destacar los aspectos técnicos y resultados preliminares de las primeras cuatro resecciones anteriores bajas más coloplastia efectuadas en pacientes con cáncer del tercio inferior del recto (últimos 7 cm del margen anal).

### TÉCNICA

Para la resección anterior de recto se realiza una laparotomía media supra e infraumbilical. Se moviliza el colon a nivel de la corredera parietocolica izquierda, se liga la arteria mesentérica inferior en su origen, la vena en el borde inferior del páncreas y se desciende de rutina el ángulo esplénico del colon. La sección proximal se realiza en la unión entre el colon sigmoidees y colon izquierdo. Se ingresa a la pelvis preservando la inervación autonómica a menos que esté comprometida por el

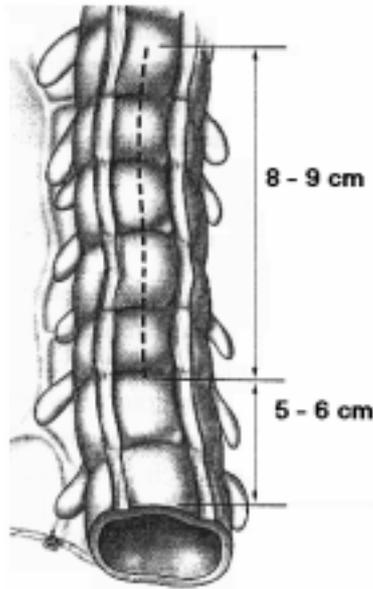


Figura 1.

tumor. En las lesiones del tercio medio e inferior del recto se realiza una resección completa del mesorrecto de rutina. La sección distal del recto se efectúa no menos de 1 cm del margen macroscópico del tumor.

Para realizar la coloplastia se selecciona un punto entre 5 y 6 cm proximal al borde de sección del colon descendido (Figura 1). La extensión de la incisión longitudinal en el colon debiera ser entre 8 y 9 cm. La colotomía se cierra en forma transversa a puntos separados con Vicryl 3-0 (técnica invaginante) (Figura 2).

La integridad de la anastomosis se puede certificar insuflando solución salina. La anastomosis coloanal o colorrectal baja se puede efectuar en forma manual o con engrapadora (Figura 3). De

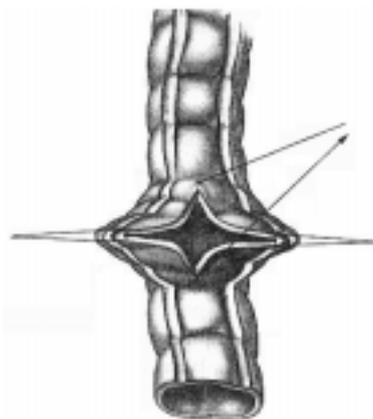


Figura 2.



Figura 3.

preferencia dejamos protegida la anastomosis con una ileostomía en asa. En la pelvis dejamos regularmente un drenaje Jackson-Pratt.

La primera coloplastia se realizó en nuestra Institución en junio del 2000 y hasta la fecha hemos practicado esta modalidad técnica en 4 pacientes. Las anastomosis practicadas han sido colorrectales bajas con engrapadora circular en 2 pacientes y coloanales manuales en los otros dos (Figura 4).

En todos ellos hemos realizado un estudio con medio de contraste previo al cierre de la ileostomía (Figuras 5 y 6). En tres pacientes la ileostomía ya ha sido cerrada y han evolucionado sin complicaciones y con resultados funcionales muy satisfactorios.



Figura 4.



Figura 5.

La coloplastia es un procedimiento fácil de realizar que agrega 10 a 15 minutos a una resección anterior baja y aparentemente no incrementa la morbilidad operatoria. Los resultados iniciales son muy promisorios aun cuando la evaluación de los resultados en un número mayor de casos nos dará una respuesta definitiva.

#### REFERENCIAS

1. Dixon CF. Anterior resection for malignant lesions of the upper part of the rectum and lower part of the sigmoid. *Ann Surg* 1948; 128: 425.
2. Slanetz CA, Herter FP, Grinell RS: Anterior resection versus abdominoperineal resection for cancer of the rectum and rectosigmoid. *Am J Surg* 1972; 123:110-5.
3. Nicholls RJ, Ritchie JK, Wasworth J, Parks AG: Total excision or restorative resection for carcinoma of the middle third of the rectum. *Br J Surg* 1979; 66: 625-7.
4. Williams NS, Johnston D: Survival and recurrence after sphincter saving resection and abdominoperineal resection for carcinoma of the middle third of the rectum. *Br J Surg* 1984; 71: 278: 82.
5. Isenberg J, Keller HW, Pichlmaier H: Middle and lower third rectum carcinoma: sphincter saving or abdominoperineal resection? *Eur J Surg Oncol* 1995; 21: 265-8.
6. Lavery IC, Lopez-Kostner F, Fazio VW *et al*: Chances of cure are not compromised with sphincter-saving procedures for cancer of the lower third of the rectum. *Surgery* 1997; 122: 779-85.
7. Heald RJ, Ryall RD: Recurrence and survival after total mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1986; 1: 1479-82.
8. Killingback M, Prudence B, Dent OF: Local Recurrence After Curative Resection of Cancer of the Rectum Without Total Mesorectal Excision. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 473-86.
9. Lazorthes F, Fages P, Chiotasso P, Lemozy J, Bloom E: Resection of the rectum with construction of a colonic reservoir and colo-anal anastomosis for carcinoma of the rectum. *Br J Surg* 1986; 73: 136-8
10. Seow-Choen F, Goh H.S. Prospective randomized trial comparing J colonic pouch-anal anastomosis and straight coloanal reconstruction. *Br J Surg* 1995; 82: 608-10
11. Lazorthes F, Gamagami R, Chiotasso P, Istvan G, Muhammad S: Prospective, randomized study comparing clinical results between small and large colonic J-pouch following coloanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1409-13
12. Lazorthes F, Chiotasso P, Gamagami RA, Istvan G, Chevreau P: Late clinical outcome in a randomized prospective comparison of colonic J pouch and straight coloanal anastomosis. *Br J Surg* 1997; 84: 1449-51
13. Fazio VW, Manthy CR, Hull TL. Colonic Coloplasty. *Dis. Colon Rectum* 2000; 43: 1448-50.
14. Z'Graggen K, Maurer CA, Mettler D *et al*: A novel colon pouch and comparison with straight coloanal and colon J-pouch-anal anastomosis preliminary results in pigs. *Surgery* 1999; 125: 105-12

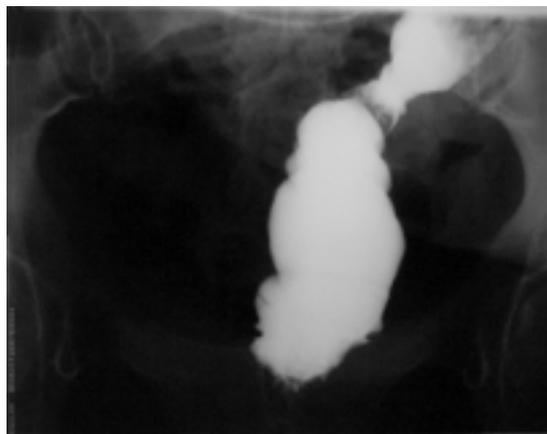


Figura 6.