

# Técnicas de anastomosis ileoanales con reservorio

A.-C. Couchard, Y. Panis, A. Alves, P. Mariani, P. Valleur

*La colectomía total con anastomosis ileoanal (AIA) es el tratamiento de referencia de la poliposis adenomatosa familiar y de la rectocolitis ulcerohemorrágica. También podría indicarse en algunos casos muy seleccionados de enfermedad de Crohn cólica sin compromiso del ano ni del intestino delgado. Existen dos técnicas principales de AIA: la de referencia es la AIA con mucosectomía y anastomosis manual (técnica de Parks), pero en todo el mundo se emplea mucho más la AIA con anastomosis mecánica. Una tercera técnica, con eversión rectal y sección sobre la línea pectínea (técnica de Hautefeuille) podría evitar el inconveniente de dejar la mucosa transicional (AIA mecánicas) y el riesgo de una mucosectomía incompleta (técnica de Parks). En la actualidad, algunos equipos bien entrenados practican esta intervención por vía laparoscópica.*

© 2005 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras Clave:** Colectomía; Anastomosis ileoanal; Poliposis adenomatosa; Rectocolitis ulcerohemorrágica

## Plan

■ <b>Reseña histórica</b>	1
■ <b>Técnica por laparotomía</b>	1
Colectomía total y confección del reservorio en J	1
Ileostomía de protección	8
Resultados quirúrgicos	9
■ <b>Técnica laparoscópica</b>	10
Colectomía y confección del reservorio	10
■ <b>Conclusión</b>	12

## ■ Reseña histórica

En 1947, Ravitch<sup>[31]</sup> describió las anastomosis ileoanales (AIA) sin reservorio en casos de rectocolitis infantil sometidos a una colectomía. Esa técnica se abandonó por razones funcionales. En 1948, Best<sup>[2]</sup> intentó mejorar los resultados conservando un manguito muscular rectal para favorecer la continencia.

Fue en 1978 cuando Parks desarrolló la AIA con reservorio en S<sup>[29]</sup>.

En la actualidad, el que se emplea más a menudo es el reservorio en J descrito por Utsunomiya<sup>[40]</sup>, que es fácil de confeccionar (con la pinza GIA) y da mejores resultados funcionales que los reservorios en S o en W de Nicholls<sup>[20]</sup>. Los reservorios en S pueden ocasionar trastornos evacuatorios que obligan a practicar varias intubaciones al día; los reservorios en W son más difíciles de realizar. Así pues, casi todos los equipos prefieren el reservorio en J.

Hoy en día existen dos técnicas principales de AIA:

- la AIA con mucosectomía y anastomosis manual, que conserva un manguito muscular de 2-3 cm;
- la AIA con anastomosis mecánica, que es una anastomosis ileosupraanal con conservación de 1-2 cm de mucosa transicional.

Existe una tercera técnica de AIA, con anastomosis manual, que consiste en evertir el recto y seccionarlo sobre la línea pectínea, sin conservar un manguito rectal.

La inmensa mayoría de los equipos realizan esta intervención por laparotomía, si bien los hay que pueden practicarla por vía laparoscópica.

## ■ Técnica por laparotomía

La intervención empieza por una colectomía total, común a los tres tipos de AIA.

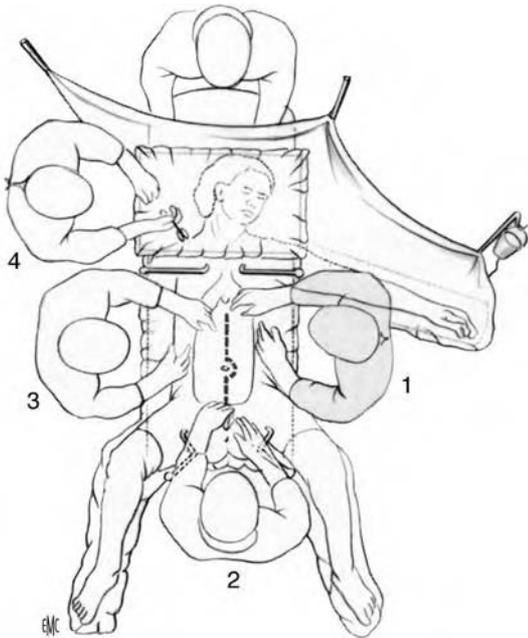
Con la inducción, a modo de profilaxis antibiótica preoperatoria, el paciente recibe 2 g de amoxicilina + ácido clavulánico y luego 1 g cada 2 horas durante la intervención. En las publicaciones se encuentran diferentes opiniones acerca de la preparación cólica. En general, los autores no la practican. Sólo en algunos casos realizan una simple limpieza por vía baja, sin sumarle ninguna preparación oral.



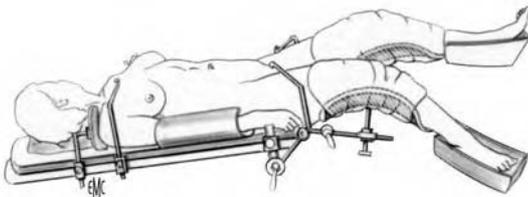
## Cololectomía total y confección del reservorio en J

### Instalación

Se instala al paciente en la denominada «posición de doble equipo», que posibilita el acceso por las vías abdominal y perineal (Figs. 1 y 2). La sonda urinaria se coloca de modo estéril una vez que se han dispuesto los



**Figura 1.** Colocación del paciente. 1: cirujano; 2: segundo ayudante; 3: primer ayudante; 4: instrumentista.



**Figura 2.** Colocación del paciente. Vista lateral.

campos. Se expone el perineo lo mejor que se pueda, haciendo que las nalgas sobresalgan francamente del borde de la mesa y respetando al máximo las normas de asepsia quirúrgica. En la fase perineal, se levantan las piernas del paciente con el fin de exponer lo mejor posible el ano.

Antes de proceder a la laparotomía, conviene marcar el sitio de la ileostomía en la fosa iliaca derecha.

### Vía de acceso

Se realiza una incisión mediana que comienza sobre la sínfisis del pubis y asciende hasta el apéndice xifoides.

### Colectomía total

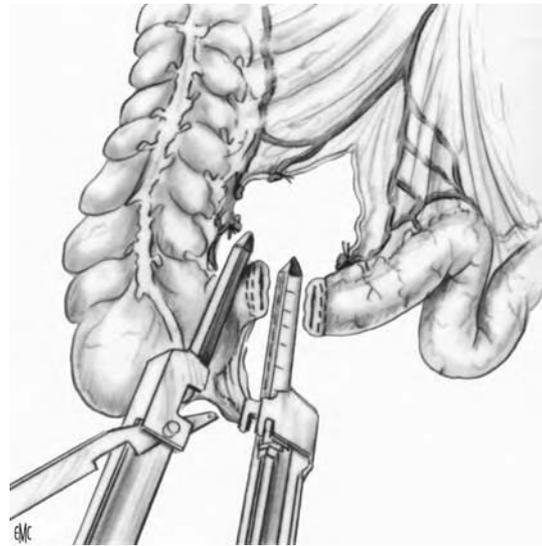
Se empieza por despegar todo el mesocolon derecho. Con una pinza GIA, se secciona el íleon terminal a ras de la válvula de Bauhin (Fig. 3).

Se respeta globalmente el mesenterio de la última asa. Se liga el pedículo ileocecolocoloapendicular a ras del ciego, para respetar todo lo posible las eventuales arterias recurrentes ileales [4]. Al confeccionar el reservorio en J se podrá ligar este pedículo más arriba, con objeto de facilitar el descenso del reservorio dentro de la pelvis.

Es posible utilizar la conservación completa del arco de Riolo a lo largo del colon derecho, que podrá servir si hubiera dificultad para descender el reservorio al ano.

La sección del mesocolon prosigue por la del pedículo cólico superior derecho. Se libera el colon transversal y el colon izquierdo, y se ligan sus mesos en un lugar que depende de la enfermedad y de su estadio evolutivo.

Por lo general, se realiza una ligadura unos 3 o 4 cm bajo la arcada marginal, sin practicar un verdadero



**Figura 3.** Grapado de la última asa delgada.

vaciamiento carcinológico. Sin embargo, éste resulta necesario, junto con la ligadura en el origen de los vasos, si antes de la operación se sospecha un cáncer o la degeneración de un pólipo. Asimismo, cuando existe un cáncer del recto o una poliposis adenomatosa familiar de larga evolución, se practica una exéresis total del mesorrecto.

Hasta ahora no se ha demostrado que la omentectomía resulte beneficiosa, de modo que se practica o no según los criterios de los diferentes equipos.

### Control del descenso del reservorio y procedimientos de plastias mesentéricas

Antes de empezar a disecar el recto, es preferible comprobar si el futuro reservorio podrá descender bien hasta el ano. Si no es así, y si el recto está poco dañado, conviene realizar, más que una ileostomía definitiva, una anastomosis ileorrectal.

Para facilitar el descenso del reservorio, los autores seccionan sistemáticamente el pedículo ileocecal cerca de su origen (procedimiento de Dozois [5]), con lo que se ganan unos 5 cm (Fig. 4) [4]. Además, realizan un despegamiento duodenopancreático mínimo, un despegamiento completo de la raíz del mesenterio hasta el ángulo de Treitz y una liberación del borde derecho de la vena mesentérica superior hasta el páncreas.

Luego hay que verificar que el vértice del reservorio (es decir, a unos 18-20 cm de la sección ileal) descienda al menos hasta 2 o 3 cm bajo el borde inferior del pubis. Esto se justifica porque Smith [35] demostró, en teoría, que si el vértice del reservorio llegaba hasta un punto situado 6 cm por debajo de la sínfisis del pubis, el íleon podía llegar hasta el ano en el 100% de los casos. Según la experiencia de los autores, raras veces se alcanza ese nivel, pero basta con que el vértice llegue 2 o 3 cm más allá de la sínfisis para que el íleon pueda llegar hasta el ano sin excesiva tensión (Fig. 5).

Esta necesidad de comprobar si el vértice del reservorio descende suficientemente por debajo del borde inferior del pubis atañe a la AIA manual, pero no tanto a la AIA mecánica, situada 1 o 2 cm más arriba que la AIA manual. Además, la realización de la anastomosis con una pinza mecánica circular (cf infra) hace que, al cerrarla, el reservorio descienda de forma progresiva, sin riesgo de provocar un desgarro por efecto de la tracción. Por todas estas razones, cuando se practica una AIA mecánica basta con que el vértice del reservorio llegue hasta el borde inferior del pubis.

Otra plastia mesentérica destinada a facilitar el descenso del reservorio es el procedimiento de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9242380>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9242380>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)