



## Manejo quirúrgico del estreñimiento crónico grave

**Sr. Director:**

Hemos leído la excelente nota clínica publicada en relación con la técnica del enema anterógrado conti-

nente para el tratamiento del estreñimiento crónico grave por Pera et al<sup>1</sup>. Como se comenta en el artículo, se trata de un procedimiento que se debe tener en cuenta en el algoritmo de tratamiento de esta enfermedad, ya que facilita la limpieza del colon de forma regular, reduce la encopresis y mejora la calidad de vida del paciente.

En nuestra unidad se ha tratado a 2 pacientes por estreñimiento crónico grave durante los últimos 2 años con esta técnica. La primera paciente fue una mujer joven de 27 años, afectada de una tetraparesia espástica progresiva diagnosticada a los 4 años de edad, con esclerosis múltiple, portadora de una bomba de baclofeno, y permanentemente en silla de ruedas. La paciente presentaba un estreñimiento severo que había requerido múltiples ingresos en nuestro centro y que se acompañaba de dolor abdominal severo. Se le ofreció la posibilidad de un tratamiento quirúrgico que la paciente aceptó. Se realizó una apendicostomía con fijación del ciego, como en el caso descrito por Pera et al<sup>1</sup>, pero añadiendo una colostomía en colon sigmoide para facilitar el control de las deposiciones. La paciente desde entonces ha presentado una mejoría clínica progresiva, siguiendo irrigaciones anterógradas que son recogidas a nivel de la colostomía.

La segunda paciente es una mujer de 62 años, con antecedentes de fibromialgia, apendicectomía y síndrome depresivo que fue remitida por el servicio de digestivo con el diagnóstico de inercia colónica resistente al tratamiento médico. Se realizó una ileostomía tunelizada en fosa ilíaca derecha como una neoapendicostomía<sup>2</sup>. La paciente permanece con un buen estado general y realizando enemas anterógrados por la ileostomía tunelizada.

Creemos que los potenciales candidatos a esta técnica se debe valorarlos tanto por el servicio de digestivo y de cirugía como el de psiquiatría, ya que ésta requiere una implicación importante del paciente en el postoperatorio inmediato y a largo plazo, y una poca adaptación a la técnica puede inducir a resultados pobres. Tal y como comentan los autores, es importante conocer la técnica, y cuáles son las complicaciones que puede presentar. Pensamos que es importante que estos pacientes sean valorados y tratados en unidades específicas de cirugía colorrectal<sup>3</sup> que además cuenten con estomaterapeuta que pueda mantener un control y una constante evaluación del funcionamiento de las irrigaciones.

En relación con la apendicostomía, creemos que es importante la técnica realizada en la incisión de la herida por la que se abocará el apéndice para que facilite la introducción de la sonda (fig. 1). Nosotros no añadimos

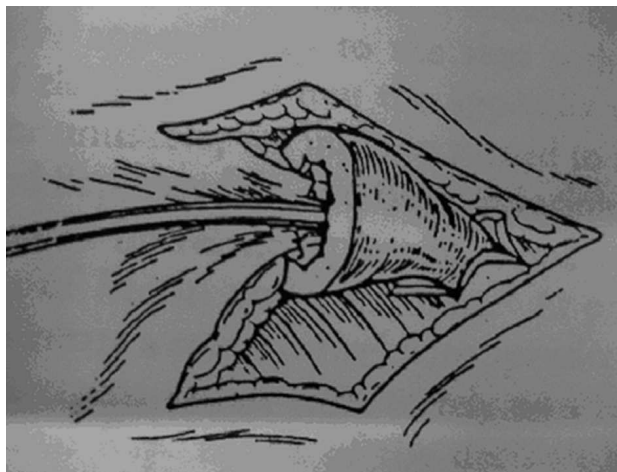


Fig. 1. Confección de apendicostomía.

ninguna técnica antirreflujo y no hemos encontrado rebo-samiento en la paciente. Asimismo, creemos importante conocer la técnica en la que se utiliza el íleon terminal, como la realizada en nuestro segundo paciente, para utilizarla en los casos en que haya antecedentes de apendicectomía. Se trata de una técnica sencilla y que, al igual que la apendicostomía, puede realizarse mediante la vía laparoscópica<sup>4,5</sup>. En algunos pacientes debe valorarse la realización de una colostomía sigmoide en el mismo tiempo quirúrgico, como por ejemplo en pacientes encamados o de difícil movilidad, como nuestra primera paciente, ya que en estos pacientes seleccionados la realización de ambas técnicas mejoran sensiblemente su calidad de vida.

Por último, creemos que podría ser interesante realizar un registro de ámbito nacional de las intervenciones practicadas a través de la Sección de Cirugía Colorrectal de la Asociación Española de Cirujanos y de la Asociación Española de Coloproctología.

**Eloy Espín Basany, Ramon Vilallonga Puy  
y Manel Armengol Carrasco**

Servicio de Cirugía General. Unidad de Cirugía Colorrectal.  
Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.

## Bibliografía

1. Pera M, Parés D, Pascual M, Pérez M, Cañete N, Sánchez de la Blanca MI, et al. Tratamiento del estreñimiento crónico grave mediante la técnica del enema anterógrado continente. *Cir Esp*. 2006; 80:403-5.
2. Christensen P, Buntzen S, Krogh K, Laurberg S. Ileal neoappendectomy for antegrade colonic irrigation. *Br J Surg*. 2001;88:1637-8.
3. Graf JL, Strear C, Bratton B, Housley HT, Jennings RW, Harrison MR, et al. The antegrade continence enema procedure: A review of the literature. *J Pediatr Surg*. 1998;33:1294-6.
4. Antao B, Ng J, Roberts J. Laparoscopic antegrade continence enema using a two-port technique. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2006;16:168-73.
5. Yagmurlu A, Harmon CM, Georgeson KE. Laparoscopic cecostomy button placement for the management of fecal incontinence in children with Hirschsprung's disease and anorectal anomalies. *Surg Endosc*. 2006;20:624-7.