



Innovación en técnica quirúrgica

Interposición de intestino delgado entre el colon y el recto como forma de lograr una anastomosis pélvica sin tensión

Jose M. Enríquez-Navascues*, Araceli Rodríguez, Carlos Placer, Yolanda Saralegui y Alberto Carrillo

Sección Cirugía Colorrectal, Servicio Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de febrero de 2013

Aceptado el 27 de marzo de 2013

On-line el 22 de septiembre de 2013

Palabras clave:

Anastomosis colorrectal
Interposición intestino delgado
Anastomosis pélvica
Anastomosis colorrectal difícil

RESUMEN

Objetivo: Existen algunas circunstancias en las que el colon descendente no es válido, está ausente o no alcanza la pelvis para realizar una anastomosis colorrectal sin tensión. Una de las opciones quirúrgicas posibles para recuperar la continuidad digestiva es realizar una interposición de intestino delgado entre el colon y recto a anastomosar.

Métodos: Se describe a 3 pacientes en los cuales era imposible la realización de una anastomosis colorrectal sin tensión por presentar afección sincrona en el recto y el colon izquierdo, un colon izquierdo isquémico y un compartimento supramesocólico inabordable, respectivamente, practicándose en los 3 una interposición de una o 2 asas de intestino delgado, como puente o forma de reconstrucción del tránsito entre el colon y el recto.

Resultados: Los pacientes recuperaron la continuidad digestiva sin morbilidad significativa. La función intestinal resultante ha sido buena. La endoscopia de seguimiento mostró inicialmente una discreta inflamación de la mucosa del intestino delgado que ha desaparecido posteriormente.

Conclusión: Cuando el colon descendente es insuficiente para una anastomosis pélvica bien irrigada y sin tensión, la interposición de intestino delgado entre el colon y el recto es una alternativa válida y a tener en cuenta para este fin.

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Interposition of the small intestine between the colon and the rectum as a way of achieving a pelvic anastomosis without pressure

ABSTRACT

Purpose: There are some circumstances in which the descending colon does not reach the pelvis to complete a colorectal anastomosis without tension. Re-establishing intestinal continuity by interposing small bowel as a bridge between the colon and the rectum could be an acceptable surgical alternative.

Methods: We describe the interposition of one or two segments of small bowel as a way of restoring continuity of the colon and rectum in three patients in whom it was not possible to perform a colorectal anastomosis without tension due to ischaemic colon, synchronous cancer or difficulty in accessing the supramesocolic space, respectively.

Keywords:

Colorectal anastomosis
Small bowel interposition
Pelvic anastomosis
Difficult colorectal anastomosis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemaria.enriqueznavascues@osakidetza.net (J.M. Enríquez-Navascues).

0009-739X/\$ - see front matter © 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.03.011>

Results: Intestinal continuity was re-established in all patients with no significant morbidity and good intestinal function.

Conclusion: The interposition of small bowel segments between the colon and the rectum should be considered a valid surgical option when it is not possible to achieve a well-perfused, tension-free pelvic colorectal anastomosis.

© 2013 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Existen diversas circunstancias clínicas en las cuales resulta imposible realizar una anastomosis pélvica colorectal bien irrigada y libre de tensión, a pesar de una movilización completa del ángulo esplénico y del colon transverso hasta la arteria cólica media (MCA) de un lado y del recto o unión rectosigmoidea del otro.

Algunas de estas situaciones las podemos anticipar preoperatoriamente, como son la existencia de un cáncer del colon esplénico en un paciente con colectomía izquierda previa o de cáncer sincrónico en recto/unión rectosigmoidea y en colon descendente/esplénico, por ejemplo. Otras surgen como hallazgos inesperados intraoperatorios, como la existencia de una enfermedad diverticular fibrótica, un ángulo esplénico inabordable por afección o cirugía supramesocólica previa, o como complicaciones intraoperatorias secundarias a lesión accidental de la arteria cólica marginal o arteriosclerosis severa y sección de la arteria mesentérica inferior (IMA) en su raíz.

Una de las opciones para reconstruir el tránsito en estas circunstancias puede ser la interposición de intestino delgado entre el colon y el recto.

Se realizó una interposición de intestino delgado en 3 pacientes varones. El primer paciente, de 61 años, presentaba un cáncer sincrónico de recto superior y colon descendente, encontrando intraoperatoriamente que en realidad este último se localizaba en la vertiente descendente del ángulo esplénico. Tras movilizar completamente el recto y el colon hasta la MCA, y constatar la imposibilidad de realizar una transverso-rectostomía, se reconstruyó el tránsito mediante la interposición de 2 asas de intestino delgado entre el colon y el recto, una superior de yeyuno y otra inferior de íleon, ya que el puente o interposición entre el colon y el recto era así más corta y directa, aun a expensas de realizar más anastomosis. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El paciente presentó diarrea durante los primeros 3 meses, que fue gradualmente desapareciendo, teniendo actualmente (3 años después) una correcta función gastrointestinal sin medicación. La colonoscopia inicial de control mostró una inflamación leve del intestino delgado que para el año había desaparecido (fig. 1).

Posteriormente, hemos utilizado una interposición de intestino en otras 2 ocasiones: un paciente de 71 años con cáncer de sigma e isquemia del colon descendente tras una ligadura central de la IMA y lesionar inadvertidamente la arteria marginal al liberar el ángulo esplénico, y otro paciente de 66 años con un compartimento supramesocólico inabordable por complicaciones de cirugía previa. En ambos casos se utilizó una sola asa de íleon como interposición (fig. 2). En ninguno de los 3 casos se utilizó estoma de protección. No se registraron complicaciones mayores y los resultados funcionales en ambos casos son satisfactorios.

Las 2 alternativas quirúrgicas más conocidas y empleadas para estas situaciones en que no es posible realizar una anastomosis pélvica colorectal bien irrigada y libre de tensión, tras movilizar completamente ambas estructuras, son la realización de una anastomosis ileorrectal y una «ascendo-rectostomía». En ambos casos, se requiere ampliar la colectomía.

En el primer caso, la colectomía será total, con secuelas y resultados funcionales bien conocidos y que pueden resultar indeseables en los pacientes de edad o en los casos que se requiera una extirpación del recto. Para la segunda alternativa se precisa extirpar el colon transverso (cuya función principal es solidificar las heces), seccionar los vasos cólicos derechos y movilizar el colon derecho por completo, realizando una rotación de 180° antihoraria, teniendo como eje los vasos ileocólicos que hay que preservar cuidadosamente, para reconstruir el tránsito mediante una anastomosis entre el colon ascendente y el recto^{1,2}. Aunque bien descrito, no es un procedimiento fácil de realizar, sobre todo en pacientes con mesos gruesos/lipomatosos, colon corto, cirugía previa o arteriosclerosis, requiriendo en ocasiones tener que atravesar el mesenterio para alcanzar la pelvis. Si bien el reservorio ileocecal de Basilea, descrito por Von Flüe, puede utilizarse en alguna de las circunstancias comentadas, se trata más de un procedimiento de reconstrucción que busca mejorar la



Figura 1 – Colonografía por TAC: interposición de 2 asas de intestino delgado entre el colon y el recto.

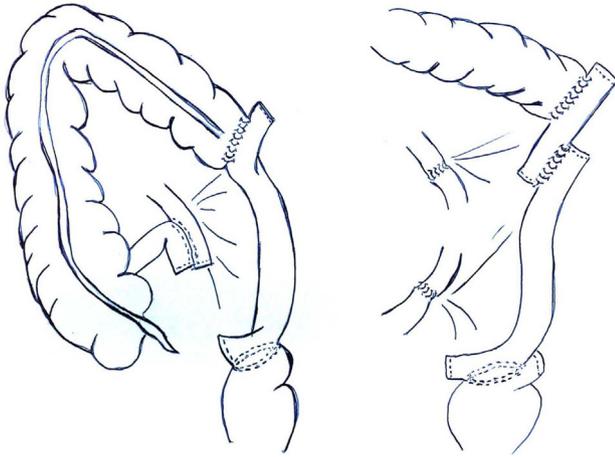


Figura 2 – Interposición de intestino delgado (un asa o 2) entre el colon y el recto.

funcionalidad de la resección anterior del recto con escisión mesorrectal total³.

Para nuestra sorpresa, solo encontramos 2 artículos en literatura médica sobre la utilización de una interposición de intestino delgado entre el colon y el recto cuando resulta imposible realizar una anastomosis pélvica sin tensión. Uno data de 1927, en el que el autor indica su utilización aunque no llegue a emplearla⁴ y el otro es una publicación de 2008 en forma de caso clínico⁵.

Los buenos resultados funcionales observados y la no necesidad de realizar movilizaciones extensas y de extirpar colon funcional sano son las principales ventajas de la interposición de intestino delgado, que por otra parte puede beneficiar también a pacientes con problemas médico-quirúrgicos tendentes a la diarrea. Su principal y obvia

desventaja es la necesidad de realizar un número mayor de anastomosis (3 cuando se utiliza un asa y 4 o 5 cuando se utilizan 2), aunque sea con cabos mejor vascularizados que un colon ascendente rotado sobre su pedículo vascular. La inflamación del íleon interpuesto fue transitoria; no obstante, el riesgo de desarrollar a largo plazo un carcinoma en este segmento es difícil de anticipar, por lo que es aconsejable cumplir con el protocolo de seguimiento del cáncer colorrectal.

Creemos que la interposición de intestino delgado puede ser un recurso quirúrgico válido que puede ayudar al cirujano ante estas situaciones, afortunadamente poco frecuentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shariff US, Kullar N, Dorudi S. Right colonic transposition technique: When the left colon is unavailable for achieving a pelvic anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 2011;54:360-2.
2. Mulsow J, Merkel S, Hohenberger W. Right colonic transposition: Technique for pelvic anastomosis. *Dis Colon Rectum*. 2011;54:e244-5.
3. Von Flüe MO, Degen LP, Beglinger C, Hellwig AC, Rothenbühler JM, Harder FH. Ileocecal reservoir reconstruction with physiologic function after total mesorectal cancer excision. *Ann Surg*. 1996;224:204-12.
4. Stone HB. The interposition of small bowel segments between divided ends of the colon. *Ann Surg*. 1927;86:401-5.
5. Rumstadt B, Schilling D, Sturm J. Interposition of small bowel as replacement for the descending colon. *Can J Surg*. 2008;51:e99-100.