

COLOSTOMÍA PERINEAL PSEUDOCONTINENTE

MELO-AMARAL, INGRID*
GONZÁLEZ-HERNÁNDEZ, OTTO**
GONZÁLEZ, ADALID**
PINTO, HEIRO**

RESUMEN

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica de la colostomía perineal continente, como una alternativa en la operación de Miles, realizada en el Servicio de Cirugía II del Hospital Domingo Luciani. IVSS, Caracas.

Pacientes y método: Se trata de un paciente masculino de 63 años, quien consultó por sangrado rectal y trastornos evacuatorios. Al examen físico se evidenció una lesión exofítica y friable a 1,5 cms del margen anal y que ocupaba el 50 % de la luz. La biopsia reportó un adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado infiltrante. Diagnóstico: adenocarcinoma del canal anal T3N2M0. Recibió neoadyuvancia

Resultados: Se practicó en un primer tiempo quirúrgico resección abdómino-perineal más una colostomía perineal y en un segundo tiempo la maduración de la colostomía. Evoluciona satisfactoriamente con un manejo adecuado de la colostomía.

Conclusiones: La colostomía perineal es una buena alternativa en la operación de Miles. Se debe reservar para pacientes jóvenes o mayores, en buenas condiciones físicas, buen nivel cognoscitivo y sin radioterapia postoperatoria.

Palabras clave: Colostomía perineal, valvuloplastia, pseudocontinencia

ABSTRACT PSEUDOCONTINENT PERINEAL COLOSTOMY

Objective: To present the surgical technique of the pseudocontinent perineal colostomy as an alternative in the Miles's procedure, performed at the Service of Surgery II at the Hospital Domingo Luciani, IVSS, Caracas.

Patients and method: A case-clinic study of a 63 years old male patient attended in our service for rectal bleeding and evacuatory disorders. At clinical evaluation it was founded an exofitic lesion at 1,5 cms from the anal margin, occupying a 50 % of the lumen. The biopsy determined a rectal adenocarcinoma moderately differentiated. Diagnosis: adenocarcinoma of the anal canal T3N2M0. Neoadjuvancy therapy was given to the patient.

Results: In a first stage an abomino-perineal resection was performed and a perineal colostomy. In a second stage the colostomy was open. The outcome was satisfactory with an appropriated management of the colostomy.

Conclusions: Perineal colostomy is a suitable alternative in the Miles's procedure. It must be reserved for young and old patients in good physical conditions and an adequate intellectual level, no submitted to postoperative radiotherapy.

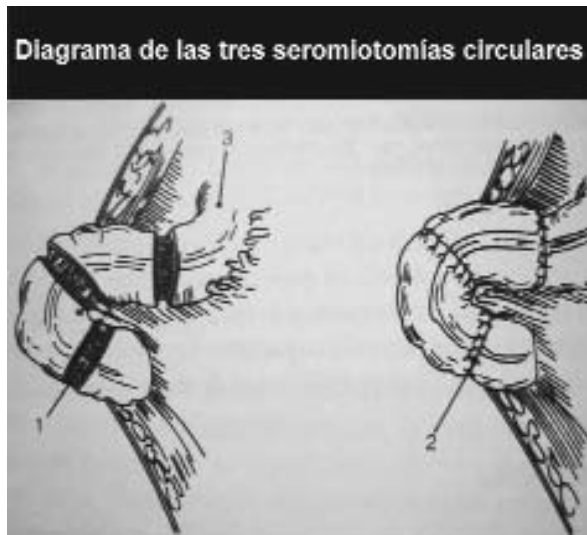
Key words: Perineal colostomy, valvuloplasty, pseudocontinence

* Adjunto del Servicio de Cirugía II y de la Unidad de Colon y Recto. Hospital Domingo Luciani, Caracas.

** Residentes del postgrado de Cirugía General. Hospital Domingo Luciani, Caracas.

La operación de Miles (1908) ha sido hasta la actualidad el método más eficaz en el tratamiento radical de tumores ano rectales y con mejor supervivencia (1), dejando el estigma de la colostomía definitiva, la cual produce alteración de la imagen corporal, trastornos psicológicos, disfunción sexual y aislamiento social, además del uso permanente de bolsas y las complicaciones inherentes a una colostomía. Para evitar la colostomía, necesariamente en algunos casos se debe sacrificar el margen establecido de seguridad y radicalidad, por lo que surgió la idea de evitar el estoma abdominal haciéndola a nivel del periné (2). El Dr. Lázaro Da Silva, en Brasil, confeccionó la primera colostomía perineal con válvula, en 1991 (3), al realizar de 2 a 3 sermiotomías circulares extramucosas, distando 10 cm entre sí, y realizando una síntesis seromuscular invaginante (Figura 1).

Figura 1



Se debe mantener un meso redundante, que ocupe la pelvis, la válvula distal debe estar extraperitoneal y la válvula proximal fijada al promontorio, con una maduración tardía en 2 semanas. La pseudocontinencia se logra adaptando el ritmo evacuatorio a cada 2 o 3 días en los cuales se realiza lavado y vaciamiento del colon distal valvulado (4). Está indicada en pacientes con lesiones anales o rectales bajas, debido a sarcomas o adenocarcinomas, lesión anal por cáncer espinocelular no controlado por radioterapia, recidivas, úlcera maligna anterior o invadiendo la pared ano rectal anterior y la pared posterior de la vagina, estenosis extensa o intratable después de la radioterapia perineal, secuelas graves y estenosantes de una enfermedad inflamatoria, o venérea perianal. Se debe reservar para pacientes jóvenes o mayores en buenas condiciones físicas, motivados y con buen nivel cognoscitivo, sin

que reciban radioterapia en el postoperatorio.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 63 años, natural y procedente del estado Táchira, quien consulta por sangrado rectal y trastornos evacuatorios ocasionales, sin antecedentes de importancia. Al examen físico se evidencia en el tacto rectal, en la pared lateral izquierda, una lesión exofítica, friable, a 1,5 cms del margen anal, que ocupa el 50 % de la luz. El resto del examen sin alteraciones. Se realiza una colonoscopia que concluye: tumor en canal anal, con estudio histopatológico que reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante de canal anal. El ecosonograma endoanal demuestra una lesión exofítica del recto bajo y medio, que compromete casi toda la circunferencia del órgano, extendiéndose desde la mucosa hasta la grasa peri-rectal con adenopatías y compromiso del esfínter anal interno. La tomografía computarizada abdomino-pélvica evidencia engrosamiento de la pared a nivel del recto y del margen anal. Se ingresa con el diagnóstico de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, infiltrante del canal anal, T3N2MO, recibiendo neoadyuvancia con quimioterapia (8 ciclos y radioterapia 35 ciclos) obteniéndose una respuesta favorable. Es llevado a la mesa operatoria con los siguientes hallazgos: fibrosis del meso recto, tumor de recto inferior, ulcerado a 3 cms del margen anal. Se le practica en un primer tiempo quirúrgico resección abdomino-perineal + colostomía perineal (Figuras 2, 3, 4 y 5).

Figura 2



Figura 3**Figura 4****Figura 5**

El espécimen quirúrgico reporta tumoración ulcerada a 2,5cm de la línea pectínea, con márgenes libres de tumor; se reportan 5 ganglios negativos (Figura 6).

Figura 6

En un segundo tiempo quirúrgico en el séptimo día del postoperatorio se realiza la maduración de la colostomía (Figura 7).

Figura 7

El paciente evoluciona satisfactoriamente y egresa a los 14 días del post operatorio. Actualmente (2 meses PO) con manejo ambulatorio y competencia parcial de mecanismo defecatorio.

La colostomía perineal pseudocontinente es una alternativa en la operación de Miles, está reservado para pacientes jóvenes con adecuada condición física y con nivel intelectual apropiado, demostrando ser un procedimiento seguro en aquellos pacientes que cumplan dichas condiciones. En el caso presentado el paciente se mantiene con competencia parcial del mecanismo defecatorio, evidenciando así la efectividad y seguridad de este procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Miles EW. A method of performing abdominoperineal excision for carcinoma of the rectum and of the terminal portion of the pelvic colon. *Lancet* 1908; 2: 1812-1813
2. Raia A ET AL. Abaixamento retro-retal do cólon com colostomia perineal no tratamento do megacólon adquirido. Operação de Duhamel modificada. *Rev Bras Coloproct* 1995; 15: 126-130.
3. Lázaro da Silva A. Amputação abdómino-perineal com colostomia perineal. *Rev Bras Coloproct* 1991; 11: 105-108.
4. Siqueira SL, Lázaro da Silva A, Reis AO, Fantauzzi RS, Silva Jr O, Sales PG. Estudo do válvulas artificiais no cólon esquerdo após amputação abdominoperineal parcial do reto mais colostomia perineal, em cães. *Arq Gastroenterol* 2006; 43: 125-131.



NOTICIAS BREVES

En la ciudad de Puerto La Cruz se efectuó del 6 al 8 de noviembre de 2008 el IX Congreso Venezolano de Coloproctología, en el cual se distinguió como epónimo del mismo al doctor René Hartmann.

El doctor Hartmann es un destacado cirujano venezolano residenciado en Miami quien se ha caracterizado por su apoyo irrestricto en la formación de numerosos cirujanos venezolanos, que han acudido a los Estados Unidos para recibir entrenamiento en el campo de la coloproctología. Esta actividad desplegada junto a su excelente desempeño profesional lo hicieron merecedor de tan honrosa distinción, que recibió con emoción y humil-

dad en un emotivo acto nocturno realizado durante el evento.

En este Congreso participaron varios invitados internacionales con un interesante programa de actualización en el campo de la especialidad y en el cual se hizo una transmisión vía satélite desde el Baptist Hospital de Miami de una intervención quirúrgica de cirugía laparoscópica avanzada del colon. El doctor Elio Álvarez asistió como representante de la Sociedad Venezolana de Cirugía y participó como ponente en el simposio sobre docencia en coloproctología: "Papel rector de las sociedades científicas".