

Estomas por laparoscopia

Dr. César Decanini-Terán FACS,* Dr. Carlos Belmonte-Montes,** Dr. Ruy Cabello-Pasini***

* Departamento de Cirugía. Hospital American British Cowdray Medical Center; IAP México, D.F., ** Jefe Clínica de Colon y Recto Hospital Central Militar México, D.F., *** Departamento de Cirugía Hospital Central Militar México, D.F.

Correspondencia: Dr. Cesar Decanini Terán. Sur 136, No. 116. Consultorio 504 Col. Las Américas 01120 México, D.F.

Recibido para publicación: 3 de noviembre de 1999.

Aceptado para publicación: 24 de mayo de 2000.

RESUMEN Objetivo: presentar los resultados obtenidos con cinco pacientes a quienes se les creó un estoma por laparoscopia. **Pacientes y método:** se analizan cinco pacientes que requirieron derivación fecal como tratamiento de su padecimiento o como manejo complementario de otra patología que no fuera cáncer de colon, durante el periodo comprendido de marzo a mayo de 1999. Hubo cinco pacientes, dos hombres y tres mujeres, edad promedio 43 años (margen 20-59 años). Dos pacientes del sexo femenino con fístula rectovaginal secundaria a proctitis por radiación, una paciente con escara sacra gigante infectada, un paciente de sexo masculino con gangrena de Fournier, y otro varón con lesión de esfínter que requirió reparación. La técnica quirúrgica utilizada fue utilizando dos puertos, uno umbilical y otro en el sitio seleccionado para el estoma. **Resultados:** el tiempo promedio para realizar las cirugías derivativas fue de 30 minutos (margen 20-40), la hemorragia transoperatoria fue muy escasa, todos los estomas empezaron a funcionar en las primeras 24 horas; un paciente inició la vía oral en el primer día posoperatorio, tres en el segundo día y uno más no la inició por encontrarse intubado. Todos los estomas cumplieron satisfactoriamente con su objetivo y no hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento. **Conclusiones:** la creación de estomas por laparoscopia puede ofrecer ventajas sobre el procedimiento convencional "abierto".

Palabras clave: derivación fecal, estomas por laparoscopia, fístulas rectovaginales, gangrena de Fournier.

INTRODUCCIÓN

El reemplazo de la colecistectomía abierta por la efectuada por abordaje laparoscópico, ha fomentado la exploración y utilización de esta técnica en otro tipo de procedimientos como hernioplastias, apendicectomías y funduplicaciones. La ola innovadora ha alcanzado a la

SUMMARY Purpose: The aim of this paper is to present the results obtained in five cases with a stoma created by the laparoscopic approach. **Patients and method:** Analysis of five patients who required a stoma as treatment for their diseases or as a complementary management of another medical problem from March 1999 to May 1999. There were three women and two men. Mean age was 43 years (range 20-59 years). Two women had a rectovaginal fistula secondary to radiation proctitis, another woman presented an infected sacral wound, one man suffered a sphincteric lesion that required sphincteroplasty, and the other man had Fournier's gangrene. Surgical technique included the use of two ports, one at the umbilicus for the camera and the other at the site previously chosen for the stoma. **Results:** Mean surgical time was 30 min (range 20-40 min), transoperative bleeding was meaningless; all stomas began to function during the first 24 h after the procedure. One patient began oral intake on the first day, three patients on the second day, and one patient was intubated in the intensive care unit and for this reason was unable to eat. All stomas achieved the objective sought and there were no complications related to the procedure. **Conclusions:** Stoma creation by the laparoscopic approach may offer advantages over the open-surgery technique.

Key words: Laparoscopic stomas, rectovaginal fistulas, fecal diversion, Fournier's gangrene. La derivación fecal por laparoscopia se ha encontrado con un entusiasmo mucho menor que en los otros procedimientos, situación dada por las características particulares de la anatomía del colon que dificultan su resección.¹ Muchos autores han considerado el procedimiento como adecuado y factible de realizar tanto en enfermedad maligna como benigna,^{2,3} sin embargo, los logros

obtenidos en algunos centros especializados y por cirujanos con gran experiencia no siempre son reproducibles en nuestro país, por lo que la curva personal de aprendizaje y experiencia del cirujano debe determinar si se usa el abordaje laparoscópico.

Las operaciones laparoscópicas sólo se deben efectuar en situaciones clínicas en las que la ventaja en comparación con cirugía abierta sea amplia, tangible y clara, o como parte de estudios prospectivos, al azar, con buen control de variables y seguimiento suficiente. La creación de estomas ha sido, desde que inició la laparoscopia en cirugía de colon, reconocida por la facilidad técnica,⁴ menor índice de complicaciones⁵ y ventajas que ofrece en la recuperación del paciente.⁶

El objetivo del presente trabajo es la presentación de los primeros cinco casos de los autores con pacientes a quienes se les realizaron estomas por laparoscopia.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan los cinco primeros casos de pacientes intervenidos por laparoscopia, por un grupo quirúrgico durante el periodo comprendido de marzo a mayo de 1999 que requirieron derivación fecal como tratamiento de su padecimiento o como manejo complementario de otra patología que no fuera cáncer de colon o de recto.

Hubo dos hombres y tres mujeres, edad promedio 43 años (margen 20-59 años) que cumplieron con estos requisitos. Dos mujeres con fístula rectovaginal secundaria a proctitis por radiación, a quienes se les realizó ileostomía en asa, y otros tres pacientes a quienes se les realizó colostomía en asa, una mujer con escara sacra gigante infectada y dos hombres, uno con gangrena de Fournier y otro con lesión de esfínter interno y externo que requirió de esfínteroplastia.

La técnica quirúrgica que se utilizó fue utilizando dos puertos, uno umbilical para la cámara y otro más en el sitio previamente escogido para el estoma; en este último se introdujo la pinza de Babcock con la cual se recorrió el intestino buscando una zona de íleon o sigmoides móvil, que pudiera acercarse sin dificultad a la pared abdominal; una vez seleccionado el segmento de intestino a exteriorizar y referido con la misma pinza, se traccionó y exteriorizó; se revisó además laparoscópicamente, la dirección y ubicación del mismo antes de fijar el estoma. A continuación se redujo el neumoperitoneo y se maduró el estoma de la manera convencional. Una vez hecho lo anterior se comprobó la permeabilidad vía digital, se insufló nuevamente dióxido de carbono y se completó la revisión bajo visión directa con la cámara de laparoscopia.

RESULTADOS

El tiempo promedio para realizar las cirugías derivativas fue de 30 min (margen 20-40). La hemorragia transoperatoria fue muy escasa por lo que no fue cuantificable; todos los estomas empezaron a funcionar en las primeras 24 horas después de la cirugía. Una paciente inició la vía oral en el primer día posoperatorio, tres en el segundo día y otro más no la inició por encontrarse intubado en la unidad de terapia intensiva. El uso de analgésicos en el posoperatorio fue mínimo. Los estomas creados para derivación cumplieron con su propósito satisfactoriamente y ninguno de los pacientes presentó morbilidad o mortalidad relacionados con el procedimiento.

Las heridas cicatrizaron adecuadamente y no se reportó infección en ellas. Tres estomas se dejaron a permanencia por las patologías de base de las pacientes: dos por fístulas rectovaginales grandes en pacientes con antecedente de cáncer cervicouterino, que no cumplían aún un periodo de cinco años; este tiempo se da de plazo a todos los pacientes con antecedente de cáncer para asegurar que no haya recurrencias o metástasis. La tercera paciente, una mujer parapléjica para quien era más fácil el manejo de heces por vía abdominal; en el paciente con traumatismo rectal se realizó cierre de colostomía a los tres meses, y el paciente con enfermedad de Fournier continúa en espera de que se resuelva la infección al 100% para decidir el cierre de su estoma.

DISCUSIÓN

El abordaje laparoscópico en cirugía colorrectal ha sido de los más nuevos en hacer su aparición en el escenario de la cirugía, la primera resección exitosa de colon se realizó en 1997 y fueron evidentes desde su inicio dos aspectos: primero, que técnicamente era más demandante que el resto de las operaciones laparoscópicas,^{8,9} y en segundo lugar, la experiencia laparoscópica previa con colecistectomías, funduplicaciones y hernioplastias no propor-

CUADRO 1

Sexo	Edad	Diagnóstico	Procedimiento	Morbilidad
M	20	Lesión de esfínter	Colostomía en asa	0
M	59	Gangrena de Fournier	Colostomía en asa	0
F	43	Fístula rectovaginal	Ileostomía en asa	0
F	47	Fístula rectovaginal	Ileostomía en asa	0
F	46	Escara sacra	Ileostomía en asa	0

cionaba un conocimiento y desarrollo de habilidades suficiente, por lo que se hacía necesario un entrenamiento adicional y específico.^{5,10} A partir de entonces se han realizado procedimientos laparoscópicos para patologías benignas como enfermedad diverticular, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa crónica y prolapsos rectales;^{2,4,11-13} en enfermedades malignas¹⁴ en etapa curativa² y para paliación.^{15,16} A pesar de que está indicada la cirugía laparoscópica en enfermedad benigna, ésta se debe realizar solamente cuando el cirujano ha completado una curva de aprendizaje para obtener los mejores resultados; en enfermedad maligna se debe realizar solamente dentro de protocolos de investigación, pues aún se desconoce el comportamiento de cáncer a largo plazo.

En la creación de estomas se ha observado una clara ventaja técnica que se aprecia en la recuperación física y en la menor fatiga del paciente¹⁷ después de la cirugía; al ser íleon y sigmoides segmentos muy móviles, facilitan el procedimiento sin necesidad de realizar ningún tipo de disección, por consiguiente, el tiempo quirúrgico es mucho más corto que en el abordaje convencional, el tamaño de la herida es menor, y el dolor así como la morbilidad posoperatoria también disminuyen; otra ventaja es que se puede valorar laparoscópicamente la ubicación y dirección del intestino una vez terminada la operación. Estos aspectos fueron patentes en los casos mencionados en este artículo, porque los pacientes se recuperaron satisfactoria y rápidamente de los procedimientos y no tuvieron morbilidad relacionada con éstos.

Contrariamente, la creación de estomas por cirugía abierta implica someter al paciente a una herida en línea media que tiene mayor probabilidad de infección o de aparición de hernias, y naturalmente en el aspecto cosmético, es mayor la cicatriz que en cirugía convencional.

La creación de estomas es una cirugía en la que la laparoscopia sí ofrece una clara ventaja sobre el abordaje convencional según la literatura y lo observado en los casos analizados. Esta incursión de los autores con la laparoscopia arrojó resultados positivos y se consideró un buen inicio para el uso de este abordaje, por lo que se decidió iniciar un protocolo con todos los pacientes que requieran de derivación fecal.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica de colon en enfermedad benigna puede realizarse en gran cantidad de patologías, considerando como factor determinante la curva de aprendizaje personal de cada cirujano; en enfermedad maligna solamente se recomienda dentro de protocolos de es-

tudio. Se considera que este pequeño estudio, exitoso en nuestro medio, es un buen inicio para la utilización de este abordaje, por lo que se recomienda ampliamente la laparoscopia en situaciones clínicas que requieren derivación fecal por la facilidad técnica y mejor recuperación de los pacientes.

REFERENCIAS

1. Reissman P, Cohen S, Weiss EG, Wexner SD. Laparoscopic colorectal surgery: ascending the learning curve. *World J Surg* 1996; 20: 277-282.
2. Monson JRT, Hill ADK, Darzi A. Laparoscopic colonic surgery. *Br J Surg* 1995; 82: 150-157.
3. Adachi Y, Sato K, Shiraishi N, Kakisako K, Tanimura H, Kitano S. Tumor size of colorectal cancer: indication for laparoscopic surgery. *Surg Lap Endosc* 1998; 8: 269-272.
4. Köckerling F, Schneider C, Reymond MA, Scheidbach H, Konradt J, Bärlechner E, Bruch HP, Kuthe A, Troidl H, Hohenberger W. Early results of a prospective multicenter study on 500 consecutive cases of laparoscopic colorectal surgery. *Surg Endosc* 1998; 12: 37-41.
5. Agachan F, Joo JS, Weiss EG, Wexner SD. Intraoperative laparoscopic complications. Are we getting better? *Dis Colon Rectum* 1996; 39: S14-S19.
6. Sardinha TC, Wexner SD. Laparoscopy for inflammatory bowel disease: pros and cons. *World J Surg* 1998; 22: 370-374.
7. Franklin ME Jr, Rosenthal D, Norem RF. Prospective evaluation of laparoscopic colon resection versus open colon resections for adenocarcinoma. *Surg Endosc* 1995; 9: 811-816.
8. Stage JG, Schulze S, Moller P, Overgaard H, Andersen M, Rebsdorf-Pedersen VB, Nielsen HJ. Prospective randomized study of laparoscopic versus open colonic resection for adenocarcinoma. *Br J Surg* 1997; 84: 391-396.
9. Ramos JM, Gupta Sagar, Anthone GJ, Ortega AE, Simons AJ, Beart RW Jr. Laparoscopy and colon cancer. Is the port site at risk? A preliminary report. *Arch Surg* 1994; 129: 897-899.
10. Dean PA, Beart RW, Nelson H, Elftman TD, Schlinkert RT. Laparoscopic-assisted segmental colectomy: early Mayo Clinic experience. *Mayo Clin Proc* 1994; 69: 834-840.
11. Bokey EL, Moore JWE, Chapuis PH, Newland RC. Morbidity and mortality following laparoscopic-assisted right hemicolectomy for cancer. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: S24-S28.
12. Bergamaschi R, Arnaud JP. Immediately recognizable benefits and drawbacks after laparoscopic colon resection for benign disease. *Surg Endosc* 1997; 11: 802-804.
13. Lumley JW, Fielding GA, Rhodes M, Nathanson LK, Siu S, Stitz RW. Laparoscopic-assisted colorectal surgery. Lessons learned from 240 consecutive patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 155-159.
14. Lord SA, Larach SW, Ferrara A, Williamson PR, Lago CP, Lube MW. Laparoscopic resections for colorectal carcinoma. A three year experience. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 148-154.
15. Vara-Thorbeck C, García-Caballero M, Salvi M, Gutstein D, Toscano R, Gómez A, Vara-Thorbeck R. Indications and advantages of laparoscopic-assisted colon resection of carcinoma in elderly patients. *Surg Lap Endosc* 1994; 4: 110-118.
16. Schirmer BD. Laparoscopic colon resection. *Surg Clin NA* 1996; 76: 571-582.
17. Chen HH, Wexner SD, Weiss EG, Noguera JJ, Alabaz O, Iroatulam AJN, Nessim A, Joo JS. Laparoscopic colectomy for benign colorectal disease is associated with a significant reduction in disability as compared with laparotomy. *Surg Endosc* 1998; 12: 1397-1400.