

INFORME DE CASO**Colectomía total con ileoproctostomía y reservorio ileal.
Presentación de un caso****Total colectomy with ileal reservoir and ileoproctostomy. Case report**

Kenia Roberta Álvarez Lambert, Janet Rodríguez Córdoba, Abrahana del Pilar Cisneros Depestre, Martha García Rodríguez

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se presentó una paciente de 20 años de edad con diagnóstico de poliposis múltiple familiar desde los 11 años, se atiende en el servicio de Coloproctología del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo donde se corrobora el diagnóstico por estudios radiológicos y endoscópicos. Se decidió realizar tratamiento quirúrgico: colectomía total con ileoproctostomía y reservorio ileal en S, técnica quirúrgica que se realiza por primera vez en esta institución, teniendo resultados satisfactorios. Los estudios anatomopatológicos confirman el diagnóstico. Por ser esta enfermedad poco frecuente en los adultos y la técnica quirúrgica poco empleada se decide presentar los resultados del caso.

Palabras clave: colectomía; ileoproctostomía; reservorio ileal

ABSTRACT

A female patient of 20 years of age diagnosed with familial multiple polyposis is presented from the 11 years, she is served in the service of Coloproctology at the General Teaching Hospital "Dr. Agostinho Neto"

Guantanamo where diagnosis was confirmed by radiological and endoscopic studies. It was decided to perform surgical treatment: total colectomy with S ileal ileoproctostomy, surgical technique performed for the first time in this institution, having satisfactory result. Pathological studies confirm the diagnosis. As this rare disease in adults and the surgical technique used by doctors is presented the results of the case.

Keywords: colectomy; ileoproctostomy; ileal reservoir

INTRODUCCIÓN

Los pólipos del colon son excrecencias benignas de la mucosa colónica y otras partes del aparato gastrointestinal que pueden ser según su forma sésiles o pediculados y según su número único o múltiples, se presentan a cualquier edad pero son más frecuentes en la infancia, son considerados lesiones premalignas, en la mayoría de los casos pueden ser asintomáticos, otras veces se presentan con sangrado, mucorrea, cambios en el hábito intestinal, prolapso rectal, anemia, enteropatía perdedora de proteínas retardo en el desarrollo pondo estatural, historia familiar de pólipos o cáncer de colon, tienen carácter autosómico dominante y un 15 % de probabilidad de desarrollar cáncer de colon.^{1,2,3}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 20 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de colon (padre) y antecedentes personales de sangrado digestivo bajo desde que tenía 11 años de edad, con retardo en su desarrollo pondoestatural, anemia, sangrado rojo rutilante abundante, protrusión de pólipos a través del ano, diagnosticado de poliposis múltiple familiar en el instituto de Gastroenterología.

Se realizó colonoscopia hasta el ángulo esplénico, observándose múltiples pólipos pediculados, semipediculados y sésiles de diferentes tamaños que afecta toda la parte del órgano explorado hasta el ano, durante la retirada, varios polipos situados en el recto y canal anal se prolapsan al exterior, se realizó polipsectomía para diagnóstico histológico.

Impresión diagnóstica: - Poliposis de colon hereditaria

- Síndrome de mala absorción intestinal

En el examen físico se encontró palidez cutánea mucosa.

Abdomen: ligeramente distendido y doloroso a la palpación profunda.

Tacto rectal: Aumento de volumen en pared posterior de consistencia blanda, móvil que se prolapsa una parte del mismo con maniobra de valsalva.

Rectosigmoidoscopia: múltiples pólipos sésiles y pediculados de diferentes diámetros en los 18 cm explorados. En el recto a 8 cm del borde anal pólipo de más menos 3 cm con características arboriformes, friable, sangra fácil, con una base muy ancha. Se reseca por vía endoanal para descartar malignidad (Biopsia: B -1655 Pólipo juvenil).

Radiografía contrastada de colon por enema: múltiples imágenes de defecto de lleno en el colon izquierdo. No retuvo el contraste, no se observó colon derecho.

Conclusión: poliposis múltiple juvenil.

Colonoscopia: se introdujo equipo hasta el ciego, observándose múltiples formaciones polipoideas sésiles y pediculados de tamaño variables desde 0.5 hasta 2 cm. no teniendo espacio de la mucosa sana.

Se discutió el caso en colectivo y se decidió realizar la cirugía; colectomía total con ileoproctostomía y reservorio ileal en (Figuras 1 y 2).

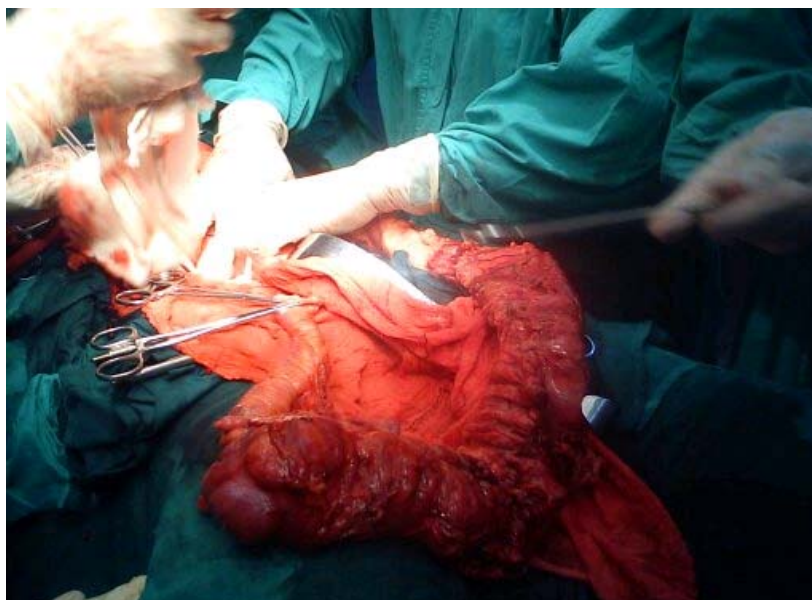


Figura 1. Se observa la pieza resecada donde se incluyen los últimos 20 cm del ileon terminal y todo el marco cólico (Ciego con su apéndice, colon ascendente, transverso, descendente, sigmoide y recto superior y medio)

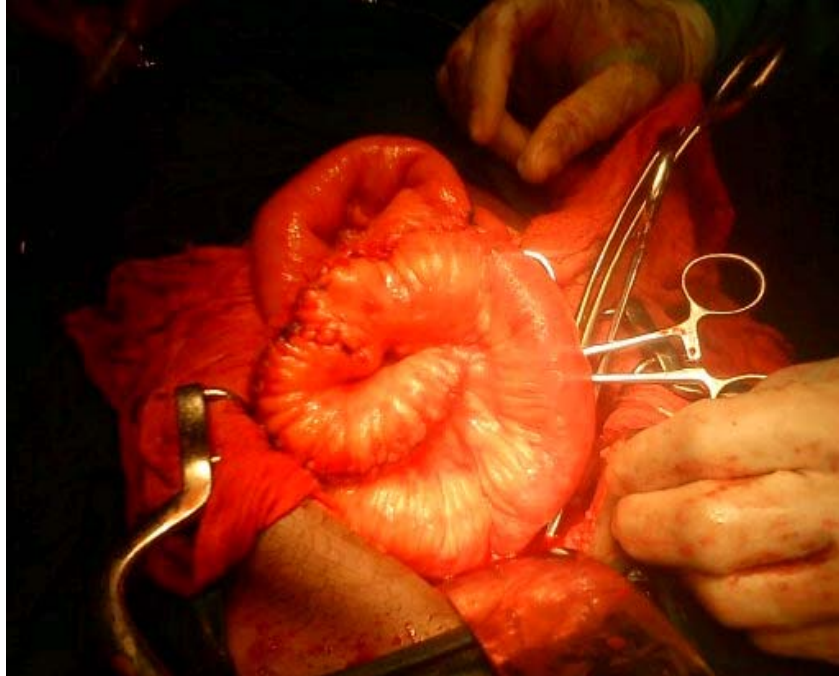


Figura 2. Se observa reservorio ileal en S.

A los 10 días de operado aparece una complicación: evisceración.

Se realizó reparación y síntesis de la pared abdominal, evolucionó bien.

Se recibió biopsia B- 6679. Diagnóstico: pieza quirúrgica correspondiente a segmento de intestino (desde ileon terminal hasta recto superior) que mostró múltiples formaciones pediculadas en la luz, histológicamente están constituidas por estroma laxo, vascularizado con microhemorragia e intenso infiltrado inflamatorio crónico agudizado, tapizado por la mucosa.

Cuadro correspondiente con poliposis intestinal.

A los dos años de la operación presentó buena continencia del esfínter anal y buen estado nutricional.

DISCUSIÓN DEL CASO

Evolución satisfactoria, egresado vivo después de la colectomía total, no ha presentado cuadro de mala absorción intestinal, tiene incremento del peso corporal, ha recuperado su vida sexual activa, tiene un estado psicológico positivo.

Este paciente es uno de los pocos que ha llegado a la adultez con esta enfermedad sin malignizarse, después de la cirugía ha tenido ganancia de peso, no diarreas, no expulsión de flemas, no sangrado, en los estudios endoscópicos y radiológicos evolutivos no presencia de pólipos, su curación ha sido completa, se mantiene actualmente asintomático con seguimiento endoscópico y radiológico una vez al año. Tiene buen estado general.

Los pólipos se clasifican según su histología en:

- a) Pólipo neoplásico epitelial o pólipos adenomatosos o adenomas: Adenoma tubular, adenoma tubulovelloso y adenoma velloso.
- b) Pólipo neoplásico no epitelial: leiomiomas, lipomas, neurofibromas y hemangiomas.
- c) Pólipo hamartomatoso: pólipo juvenil, pólipo de Peutz-Jeghers.
- d) Pólipo inflamatorio: pólipo linfoide benigno. No suelen ser malignos.
- e) Pólipo hiperplásico: no suelen ser malignos, pero recientemente se ha descubierto que pudieran ser precancerosos si crecen en el lado derecho o colon ascendente.

Según la forma de crecimiento:

- a) Pólipo pediculado: tienen un tallo de implantación de unos 1.5 cm e implican menos malignidad porque la degeneración cancerosa tarda en llegar más a la base de sujeción.
- b) Pólipo sésil: tienen una base de implantación amplia (sin tallo) de unos 2 cm e implican mayor malignidad porque la degeneración cancerosa llega antes a la base.

Los pólipos juveniles son considerados lesiones premalignas que se presentan en la infancia y rara vez llegan a la etapa adulta sin presentar degeneración, en este paciente a pesar del diagnóstico tener varios años no presentó malignización. En su evolución pueden presentar sangrado masivo, oclusión intestinal, son más frecuente en el colon izquierdo, la mayoría se pueden diagnosticar con la sigmoidoscopia.^{4,5,6}

La aparición del cáncer de colon es más frecuente en estos pacientes, comparados con el resto de la población. Por eso está indicada la colectomía total o colectomía subtotal con la conservación del esfínter anal para evitar la evolución de esta enfermedad y formación de proceso oncoproliferativo.^{7,8,9}

El paciente no tenía ningún pólipo malignizado, pero, por su carácter hereditario se debe mantener seguimiento por la posibilidad de aparición de nuevas formaciones polipoideas. Al resto de la familia consejo genético.^{10,11}

La evolución fue satisfactoria, es egresada viva después de la colectomía total, no ha presentado cuadro de mala absorción intestinal, con educación dietética evita las deposiciones diarreicas y su estado nutricional es bueno; lleva un régimen alimentario con pocas limitaciones, tiene incremento del peso corporal, no ha vuelto a sangrar, tiene un estado psicológico positivo.

La colectomía total con reservorio ileal tiene gran ventaja en relación a otras técnicas quirúrgicas en el tratamiento de poliposis múltiple familiar porque se elimina todo el tejido enfermo, se mejora la calidad de las deposiciones y mantiene la absorción en esta parte del intestino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Y, Landaeta J, Rodríguez M, Díaz C, Soto J, Villasmil M, et al. Iniciación en imágenes de banda estrecha. Diferencias entre polipos hiperplásicos y adenomas: ¿20 minutos son suficientes? Gen Mar. 2012; 66(1):35-37.
2. Sahoo RM, Kumar Nayak A, Pattanaik A, Gowda M. Gardner's syndrome, a rare combination in surgical practice. BMJ Case Rep. 2014 May 26; 2014. doi: 10.1136/bcr-2013-008760.
3. Arikanoğlu Z, Onder A, Taskesen F, Aliosmanoglu I, Gul M, Gumus H, et al. Surgical Alternatives in the Treatment of Intestinal

- Intussusceptions Resulting from Polyps in Adults. *Am Surg.* 2013 Sep;79(9):933-8.
4. García Palacios M, Bautista Casanovas AL. Síndromes de poliposis intestinales. *An Pediatr Contin.* 2014; 12(4):183-90
 5. De Oliveira Posw AF, Almeida Carneiro J, Afonso Monteiro V, Salgado De Freitas MO. Polipose Hiperplásica. *Rev Bras Colo-Proctol* [Internet]. 2010 [citado 14 Sep 2015]; 30(3): [aprox. 2p.]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rbc/v30n3/a10v30n3.pdf>
 6. Quijada GMI, Barrera EA, Bannura CG, Melo LC. Poliposis inflamatoria gigante difusa. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2010 [citado 12 Jul 2015]; 62(6):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v62n6/art15.pdf>
 7. Fujishita T, Kajino-Sakamoto R, Kojima Y, Mark Taketo M, Aoki M. Antitumor activity of the MEK inhibitor trametinib on intestinal polyp formation in Apc D716 mice involves stromal COX-2. *Cancer Science* [internet]. 2015 [citado 12 Jul 2015]; 106(6):[aprox. 7p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cas.12670/pdf>
 8. Agaimy A, Schaefer IM, Kotzina L, Knolle J, Baumann I, Ströbel P, Vieth M. Juvenile-like (inflammatory/hyperplastic) mucosal polyps of the gastrointestinal tract in neurofibromatosis type 1. *Histopathology.* 2014 May; 64(6):777-86.
 9. Bacchiddu S, Álvarez-Urturri AC, Bessa Caserras X. Actualizaciones El cáncer colorrectal (CCR). *FMC.* 2012; 19(8): 472-480.
 10. Falagán Andina C, Cabezas Niubó EP, Rodríguez Reyes E, Zamora Cabezas L, Fernández Duharte J. Poliposis linfomatosa intestinal Intestinal lymphomatous polyposis. *MEDISAN* [Internet]. 2009 [citado 12 oct 2015]; 13(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_1_09/san17109.htm
 11. Amaya Sorto TA, García Bacallao E, Lazo del Vallín S, González Fabián L, Torres Fernández M, Sánchez García NL. Poliposis adenomatosa familiar en niños cubanos. Instituto de Gastroenterología. La Habana, Cuba. *Rev Cubana Pediatr* [Internet]. 2014 [citado 12 oct 2015]; 86(3):[aprox. 10p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol86_3_14/ped07314.htm

Recibido: 4 de enero de 2015

Aprobado: 26 de enero de 2015

Dra. Kenia Roberta Álvarez Lambert. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de I Grado en Coloproctología. Asistente. Hospital "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** kenia@infosol.gtm.sld.cu