

Técnica Quirúrgica

La Ileo-transverso Anastomosis en Telescopaje

*Dr. Jaime Sánchez S.
Dr. Jaime Plaza C.*

Introducción

El restablecimiento de la continuidad intestinal después de realizar una hemicolectomía derecha ha sido motivo de ensayos clínicos diversos que han llevado a la estandarización de técnicas quirúrgicas completamente aceptadas y probadas, como son las anastomosis intestinales sea término terminal, término lateral o latero lateral; se realicen con suturas manuales o mecánicas. El inconveniente de cada una de ellas varía de acuerdo al método. Así tenemos que en la anastomosis término terminal la diferencia del tamaño de las bocas anastomóticas conlleva a abrir el íleon en sentido antimesentérico para aumentar el diámetro en relación al colon transverso lo cual desde ya puede ocasionar complicaciones. El realizar la anastomosis término lateral hace que se deje un extremo ciego que por lo general siempre es el colon transverso y al realizar la unión del íleon terminal al transverso producirá un fondo de saco que en algunas ocasiones puede producir colonización bacteriana que afectará el íleon terminal con los consecuentes trastornos en el metabolismo en especial de las sustancias liposolubles que se absorben precisamente a ese nivel. La anastomosis latero lateral conlleva a la realización mínima de tres suturas dos de las cuales exclusivamente destinadas al cierre de los extremos tanto del íleon como del colon transverso y otra destinada a la verdadera continuidad intestinal lo cual acarrea un fenómeno similar al anteriormente descrito es decir de probables fondos de saco así como un aumento del número de suturas con lo que se favorece un mayor riesgo quirúrgico. Además en el primer

caso al realizar la íleo- transverso anastomosis término terminal la gran boca anastomótica que se produce al igualar la circunferencia del íleon al transverso producirá un efecto negativo en el íleon terminal por el pasaje franco y libre del material fecal en ambos sentidos.

Para obviar este problema y después de estudios basados en cirugía experimental realizada en animales en el Instituto Nacional de Oncología de la Habana, se propuso la aplicación de la íleo- transverso anastomosis en telescopaje, técnica que probada su efectividad en la cirugía experimental fue aplicada en humanos en 1990 en diversos centros quirúrgicos cubanos, habiendo tenido excelentes resultados por lo que se implementó en nuestro Instituto a partir de 1992, época desde la cual hemos realizado 26 procedimientos de íleotransverso anastomosis en telescopaje con excelentes resultados y su análisis será motivo de otra publicación dedicándonos en esta sección sólo a la fase de descripción de la técnica operatoria con el objetivo de que sea conocida y a la vez pueda aplicarse en otros centros quirúrgicos por la facilidad, versatilidad, seguridad y economía tanto en tiempo como en recursos quirúrgicos.

Descripción de la Técnica

Realizada la hemicolectomía derecha de acuerdo a la técnica convencional, se aconseja preservar en unos 2 cm la vascularización del segmento ileal para lo que hay que preservar la arcada vascular en el borde antimesentérico de íleon, luego procedemos a pasar una sutura con prolene o vicryl 0 que entrando en el borde antimesentérico del colon atraviesa la serosa y todas las capas saliendo por la luz (figura 1) para involucrar solo la serosa del borde antimesentérico del íleon (figura 2) y luego atravesar de dentro afuera el colon, es decir desde la luz hasta la serosa del colon saliendo la aguja casi a nivel del punto de entrada a nivel del colon (figura 3).

Correspondencia y Separatas
Dr. Jaime Sánchez
Servicio de Ginecología ION - SOLCA
Avda. Pedro Menéndez Gilbert
Ciudadela La Atarazana
P.O.Box: 5255 6 3623
Guayaquil - Ecuador
Teléfono 288-088 Fax: (5934)278-151

© Los derechos de autor de los artículos de la Revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer SOLCA, Sede Nacional, Guayaquil - Ecuador



Figura 1

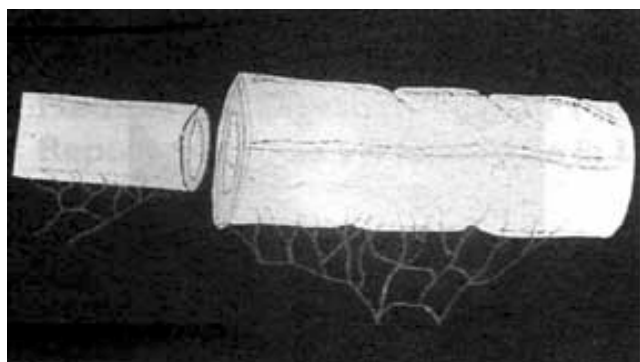


Figura 2

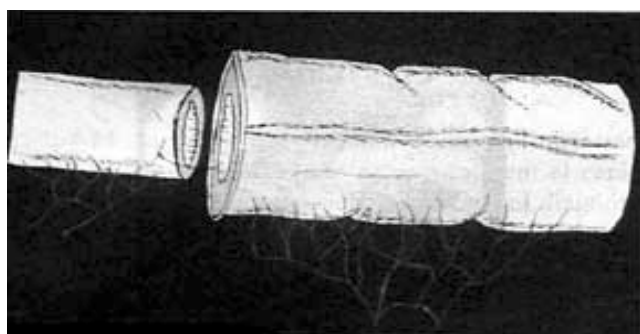
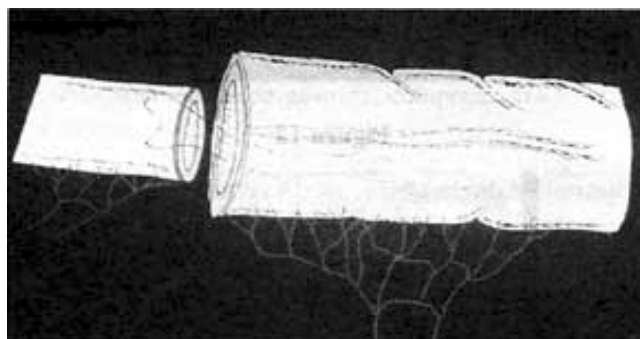
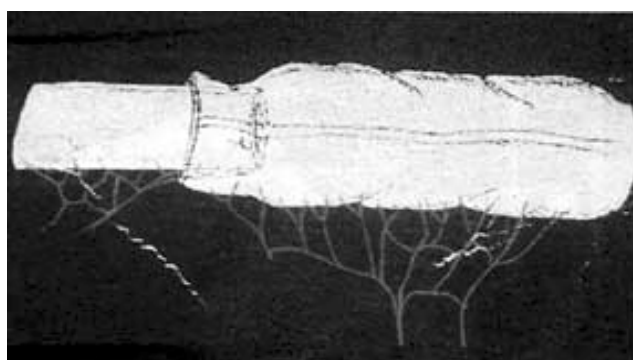


Figura 3



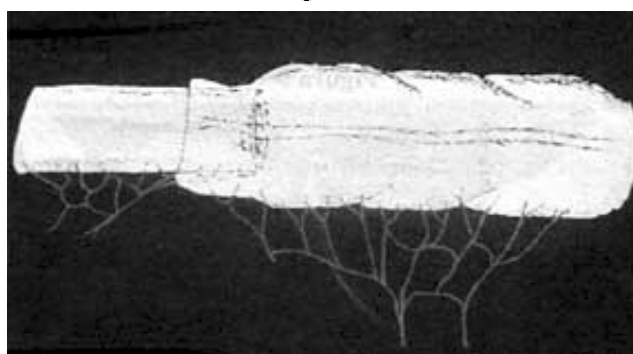
Luego y siguiendo el mismo proceso se realizan 2 puntos adicionales una a cada lado de la misma forma siempre entrando por el colon en su porción más lateral y saliendo por la luz del colon se sutura hacia la serosa del íleon casi a nivel del borde mesentérico y nuevamente se regresa al colon saliendo casi por el sitio de entrada. Luego se procede a traccionar los puntos, con lo que se consigue que el íleon se introduzca alrededor de 2 cm dentro de la luz del colon, los puntos de sutura quedan fuera del colon, quedando de esta manera invaginado el íleon. (figura 4).

Figura 4



Procedemos luego a realizar una sutura sero-serosa del colon y el íleon que puede ser una sutura continua (surget) o con puntos separados con material de sutura no absorbible tipo prolene (2-0) (figura 5). Luego se cierra el defecto mesentérico y se comprueba la permeabilidad de la boca anastomótica percibiendo la luz a través de los dedos (índice y pulgar) y realizando una maniobra de ordeñamiento del intestino delgado comprobamos la no fuga de contenido intestinal a través de la boca anastomótica.

Figura 5



A continuación exponemos la técnica en casos operados en el Instituto en la que se describen los pasos más importantes que se efectúan. (fig. 6-7-8-9).

Figura 6

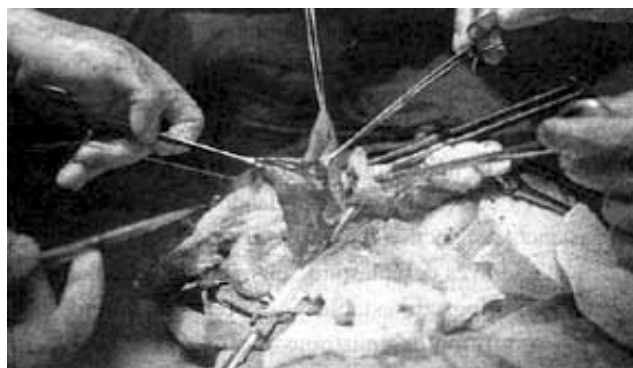


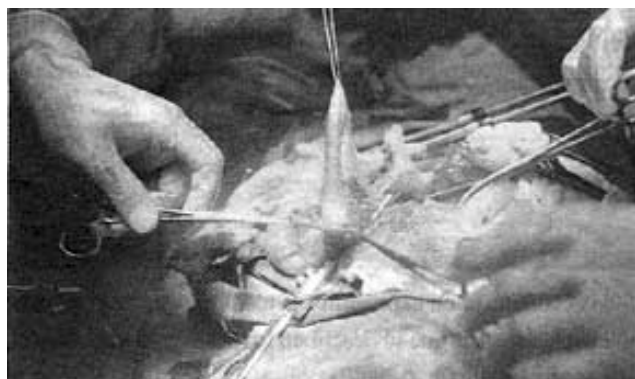
Figura 7



Figura 8



Figura 9



El manejo post-operatorio es igual que en la forma convencional. Se administra líquidos y electrolitos por vía parenteral las primeras 72 horas, y luego cuando se restaura el movimiento intestinal damos líquido por vía oral. El alta hospitalaria oscila entre los 5 o 7 días de la operación. En los primeros casos realizados hemos comprobado la anastomosis a través de enema de colon (fig. 10-11) y con gamma cámara dando medio de contraste con sustancia radioactiva que es observada como se elimina lentamente a través del intestino delgado hacia el colon, con lo cual hemos logrado establecer el efecto de válvula que produce esta forma de anastomosis (fig. 12)

Figura 10

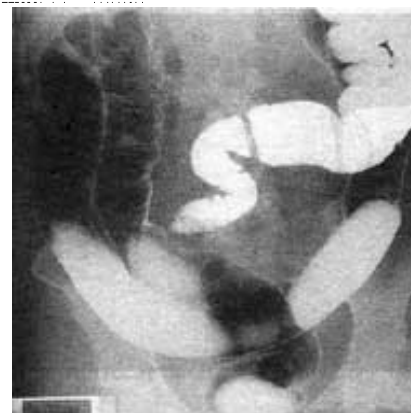


Figura 11



Figura 12



Conclusión

Este es un procedimiento sencillo, fácil y muy económico puesto que para realizar todo el procedimiento se utilizan solo 2 materiales de sutura. Las complicaciones que se han reportado como pueden ser estenosis o intususcepción no la hemos comprobado en nuestra casuística.