

Original

Patología rectosigmoidea. Tratamiento mediante el resectoscopio urológico: nuestra experiencia

E. de Sala O' Shea*, M. Zurita Romero**, Mas Cánaves**, A. Carme Rauet**, J.M. López de Carlos** y J. Darder Cirera***

Resumen

Se presenta una serie de 10 pacientes (1977-1986) a los que se les han practicado 12 intervenciones endoscópicas con el resectoscopio urológico, para tratar diferentes patologías en la región rectosigmoidea. Se comenta la técnica quirúrgica seguida por nosotros y su semejanza con la resección transuretral de los tumores vesicales.

Destacamos la ausencia de complicaciones quirúrgicas o postoperatorias inmediatas, así como la poca agresividad que comporta la técnica. No encontramos alteraciones analíticas en el ionograma postoperatorio, siendo la media de estancia hospitalaria inferior a 4 días.

Encontramos una indicación precisa en

pacientes cuya patología no haya sido resuelta por métodos endoscópicos convencionales, antes de emplear una técnica quirúrgica a cielo abierto.

Introducción

La cirugía endoscópica urológica ha experimentado grandes avances, iniciados ya con el descubrimiento de poderosas fuentes de iluminación y de ópticas de amplia visión tipo Microlens, lo que ha permitido el tratamiento endoscópico de grandes tumores vesicales y de adenomas de próstata voluminosos, acaparando casi totalmente este tipo de patología.

Animados por los buenos resultados obtenidos junto a la poca agresividad de esta cirugía endoscópica, decidimos utilizar el resectoscopio urológico para intentar tratar algunas patologías del rectosigmo. El recto tiene como característica su mala accesibilidad quirúrgica y la gran dificultad que entraña a veces conservarle, y repugna en cierta medida proceder a su extirpación para tratar procesos en principio benignos.

Por otra parte el rendimiento como instrumento quirúrgico del fibrocoloscopio flexible, queda casi reducido al tratamiento endoscópico de pólipos intestinales no excesivamente grandes, pero sí necesariamente bien pediculados, junto a la toma de biopsias en el resto de las lesiones, requiriendo su visión una luz intestinal previamente limpia al ser su capacidad de lavado mínima, siendo utilizado el aire como medio de distensión de la luz intestinal.

El resector urológico que fue utilizado (Storz 27040 E), reúne para este tipo de patología las siguientes características: 1) visión de gran calidad por tratarse de una óptica rígida; 2) uso de líquido de lavado (solución de glicina) para el arrastre de restos fecales, moco o sangre, que permitirá una visualización perfecta de la lesión a tratar; 3) posibilidad de gran rendimiento quirúrgico por su asa de electrorresección o coagulación, según necesitemos. Como limitaciones podemos destacar: a) lesiones situadas a más de 20-25 cm del reborde anal,

Servicio de Urología (Dr. M. Ozonas Moragues).
Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.

* Servicio de Urología.

** Departamento de Cirugía y Digestiva (Dr. J.A. Soro).

*** Servicio de Anestesia y Reanimación (Dr. M. Barrios).

TABLA I

CASO	EDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO	DÍAS POSTOP	EVOLUCIÓN	COMPLICACIONES
1	41	H	Rectitis crónica	6	Buena	Recidiva operada
2	56	V	Aden velloso Recto	2	Buena	Recidiva. Estenosis
3	61	V	Aden velloso Recto	2	Buena	Ninguna
4	73	V	Aden velloso Recto	1	Buena	Ninguna
5	70	V	Aden velloso Recto	3	Buena	Ninguna
6	49	H	Aden velloso Recto	2	Buena	Ninguna
7	75	V	Aden velloso Recto	8	Buena	Ninguna
8	60	V	Pólipo hiperplásico	3	Buena	Ninguna
9	54	H	Poliposis familiar	1	Buena	Ninguna
10	59	H	Neo Recto Irresecab	4	Buena	Ninguna

longitud habitual del resector urológico, pero que con pequeñas modificaciones y técnicas se podría aumentar y b) al ser rígido, en determinadas situaciones no pueden sobrepasarse las angulaciones del colon sigmoide.

Material y métodos

Desde diciembre de 1977 a diciembre de 1986 se han intervenido 10 pacientes por vía endoscópica transanal con el resector convencional, usado habitualmente para el tratamiento de tumores vesicales, es decir, óptica de 30°, vaina sin pico y solución de glicina como líquido de lavado. Han sido 6 hombres y 4 mujeres, cuyos límites de edad varían entre 41 y 75 años y una edad media de 60 años entre ambos sexos.

Salvo en 2 casos urgentes, procedimos a la preparación de los pacientes como para cirugía colorrectal. No se usaron antibióticos. El equipo quirúrgico siempre estuvo constituido por urólogo-cirujano, ante la eventualidad de ser necesaria una lapatomía urgente.

Bajo anestesia general y por lo común raquídea, se coloca al paciente en posición de resección endoscópica, algo más elevado de lo normal en estos casos. La asepsia es poco importante. Se debe estar bien protegido contra el agua. La fuente de luz, electrobisturí y líquido de lavado, en las mismas condiciones que para la cirugía endoscópica urológica. Se procede a la introducción anal de un resector calibre 27 Ch, practicándose a continuación una explora-

ción rectosigmoidea exhaustiva, para reconocer la lesión o lesiones a tratar. El líquido de lavado distiende el recto (ocasionalmente se requiere dilatación anal) permitiendo una visión perfecta y saliendo por el ano al alcanzar una pequeña presión.

La edad, sexo, diagnóstico, días postoperatorio, evolución y complicaciones, se detallan en la Tabla I.

Las intervenciones quirúrgicas consistieron en la resección y coagulación de la base. No se presentó ninguna perforación yatrogénica. Se transfundió a un paciente, ya que por el gran tamaño del pólipo se produjo importante cuadro hemorrágico peroperatorio. En 2 casos tuvimos que actuar con carácter de urgencia debido a rectorragias masivas, que ya habían requerido 2 y 5 litros de sangre (rectitis hemorrágica y adenoma velloso sangrante), resolviéndose satisfactoriamente ambos casos. En el postoperatorio inmediato no evidenciamos distensión abdominal en ningún caso como tampoco alteración hidroelectrolítica. Todos los pacientes presentaron deposiciones líquidas y en dos casos con restos hemáticos. No hipertermia. Alta hospitalaria entre las 24 horas y los 8 días.

Perdimos un paciente a los 7 meses (afectado de cáncer de recto metastásico ya inicialmente). Dos casos presentaron recidiva (adenoma velloso y pólipos hiperplásicos) y que fueron nuevamente intervenidos. Entre las complicaciones tardías destacamos una discreta estenosis rectal a los 3 meses de la intervención, en un paciente que precisó de una

resección circunferencial total intestinal y no recidivada hasta la fecha.

Discusión

La patología rectosigmoidea más adecuada para el tratamiento endoscópico son los pólipos y adenomas vellosos rectales, teniendo su aplicación más precisa cuando la base es amplia. Destacamos su aplicación en la resolución de rectorragias importantes no resueltas por métodos convencionales, como en nuestros dos casos.

La técnica quirúrgica es tan semejante a la de la resección de tumores vesicales, que nos parece estar dentro de la cavidad vesical. Evidentemente el riesgo de perforación es mayor debido a que la pared colorrectal es más delgada que la vesical, exigiendo pues una técnica cuidadosa. En ocasiones la localización del tumor puede resultar difícil al poder confundirse su periferia con los pliegues intestinales.

La hiponatremia, tan habitual en las resecciones prostáticas y menores en los tumores vesicales, no se ha detectado en ninguno de nuestros pacientes, aunque es un parámetro a vigilar en el postoperatorio.

Respecto a la poca agresividad de la técnica, podemos observar el período

transcurrido desde la intervención hasta el alta hospitalaria, observándose que las 3/4 partes de los pacientes fueron dados de alta antes de los 4 días, prolongándose más el momento de la misma por el estado precario del paciente, más que por la propia técnica en sí misma.

Conclusiones

El tratamiento de cierta patología rectosigmoidea mediante el resector urológico convencional nos parece una técnica poco agresiva que puede solucionar de manera rápida y satisfactoria unas situaciones imposibles de solucionar con el fibrocolonoscopia y que serían tributarias de cirugía abdominal importante e incluso mutilante. El uso de soluciones isotónicas de glicina en la luz intestinal no comporta complicaciones especiales, siendo semejante sus efectos a los de un enema de limpieza.

Bibliografía

1. Blandy JP. Resección transuretral. Ed JIMS, 1981.
2. Gayá J, Obrador A, Ozonas M, Salas E. Use of the urologic resectoscope in rectal pathology. Endoscopy, 1983; 15: 260-262.
3. Greene JF, Segura JW. Transurethral surgery. W.B. Saunders Co. 1979.