

DILATACIÓN CON BALÓN HIDROSTÁTICO EN ESTENOSIS COLORECTALES BENIGNAS REPORTE PRELIMINAR

Dres. Gori Jiménez Hugo*, Tovar Alfonso E*

*Unidad de exploraciones digestivas del Instituto Médico la Floresta

RESUMEN

Introducción. Las estenosis benignas de las anastomosis posteriores a la cirugía colorectal se presentan en un 8 a 30% de los casos. La dilatación con balón es hoy en día el tratamiento de elección por ser eficaz y seguro. Diversas técnicas de dilatación están disponibles actualmente, presentamos aquí nuestra experiencia con balón de dilatación hidrostático TTS de 20 mm y su seguimiento a corto y largo plazo. **Pacientes y métodos.** Siete pacientes que se presentaron con obstrucción intestinal (total o parcial) por estenosis benigna de la anastomosis colorectal fueron seleccionados y se les realizó protocolo de dilatación con balón hidrostático TTS de 20 mm (90 psi/6 Atm). A todos se les realizó una sesión de dilatación y seguimiento clínico (hasta 67 meses). **Resultados.** La dilatación fue exitosa en todos los pacientes, encontrándose asintomáticos en el seguimiento a corto y largo plazo. Uno de los pacientes presentó fuga de la anastomosis temprana y requirió dos sesiones de dilatación con balón hidrostático, posteriormente una sesión de dilatación con balón neumático por presentar reestenosis. No se observaron complicaciones en la muestra estudiada. **Conclusiones.** La dilatación con balón hidrostático TTS es segura y efectiva en el tratamiento de las estenosis benignas de las anastomosis colorectales.

Palabras clave: dilatación con balón; estenosis colorectales benignas.

SUMMARY

Background. Benign stenosis of the posterior anastomoses after colorectal surgery appears in 8 to 30% of the cases. Balloon dilatation is the current standard of treatment given its effectiveness and safety. Several dilatation techniques are available at the moment; we present here our experience with TTS hydrostatic dilatation balloon of 20 mm. and its short and long term follow up. **Patients and Methods.** Seven patients who presented with intestinal obstruction (total or partial) by benign stenosis of the colorectal anastomoses were selected and dilatation with of 20 mm hydrostatic TTS balloon under our protocol was performed. (90 PSI/6 ATM). All received one session and follow up was made to them (up to 67 months). **Results.** Balloon dilatation was successful in all the patients, remaining asymptomatic in short and long term follow up. One of the patients in whom an anastomotic leak appeared early after the surgery required two sessions of hydrostatic balloon dilatation and one session of pneumatic balloon dilatation because of recurrent stenosis. No complications were observed in the studied sample. **Conclusions.** TTS hydrostatic balloon dilatation is safe and effective in the treatment of benign stenosis of the anastomoses after colorectal surgery.

Key words: Balloon dilatation; benign colorectal stenosis.

INTRODUCCIÓN

Las estenosis de la anastomosis del tracto gastrointestinal constituyen un problema común de la cirugía colorectal y se presentan con una frecuencia estimada del 8 al 30%^{1,4}. El incremento de las dilataciones y entre ellas las de balón I. Las principales complicaciones asociadas con este método incluyen la perforación, lo cual ocurre en un 4,9% de los casos y el sangramiento hasta en un 16%. Actualmente existe consenso en que las dilataciones son el tratamiento de primera elección en el manejo de estas estenosis⁵.

Los pacientes usualmente presentan síntomas obstructivos, heces acintadas, constipación, aumento de la frecuencia evacuatoria y sangrado rectal⁵.

Hasta hace algunos años la cirugía era la alternativa de tratamiento en estos pacientes, sin embargo, a partir de la década de los 80 se comenzaron a utilizar métodos menos invasivos como las dilataciones y entre ellas las de balón I. Las principales complicaciones asociadas con este método incluyen la perforación, lo cual ocurre en un 4,9% de los casos y el sangramiento hasta en un 16%. Actualmente existe consenso en que las dilataciones son el tratamiento de primera elección en el manejo de estas estenosis⁵.

En este trabajo presentamos nuestra experiencia del tratamiento de las estenosis benignas colorectales con balón hidrostático TTS (through-the-scope) y su seguimiento a corto y largo plazo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Siete pacientes (tabla 1), 5 femeninos y 2 masculinos fueron evaluados entre mayo de 2001 y diciembre de 2006, quienes presentaban estenosis benigna posterior a cirugía colorectal, una edad promedio de 65,17 años (rango 53 y 82 años). En 5 casos se realizó resección y anastomosis por enfermedad diverticular complicada y en 2 ADC colorectal. Estos últimos recibieron quimioterapia y radioterapia adyuvante. A todos los pacientes les fue realizada la anastomosis con autosuturas. Todos consultaron con clínica de obstrucción intestinal (total o parcial). En 2 casos se realizó colostomía primaria o en un segundo tiempo por fuga de la anastomosis. A ninguno de los pacientes se les había realizado dilatación previa.

En todos los pacientes se realizó el diagnóstico por videoendoscopia, definiéndose la estenosis de la anastomosis como una estrechez menor de 13mm de diámetro, lo que permitía el paso del instrumento. En uno de los pacientes se complementó el diagnóstico con estudio radiológico contrastado.

Los pacientes fueron sometidos a tratamiento con dilatación con la técnica descrita abajo (figura 1).

TÉCNICA DE DILATACIÓN

Previa preparación del paciente por vía anterógrada o retrógrada con fleet® (oral y/o enemas) con el paciente ubicado en posición decúbito lateral izquierdo y bajo sedación con propofol (administrado por anestesiólogo) en la sala de endoscopia (sin asistencia de fluoroscopia), se procedió a realizar una sesión de dilatación con balón dilatador TTS de 20mm de diámetro por 5,5 cms de longitud CRE™ (BostonScientific, Microvasive®) a 90 psi (6 Atm) a través de guía hidrofónica de 0,035in; manteniendo la insuflación durante un tiempo promedio de 2 minutos. Posterior a la realización del procedimiento se verificó la permeabilidad de la zona y se evaluó la presencia de complicaciones.

TABLA 1. Pacientes y resultados.

#	Sexo	Edad	Indicación/Procedimiento	Fecha Qx	Motivo de consulta	Fecha / # dilatación	Ultimo control/sintomas	Complicaciones
1	F	53	Enf. diverticular/fuga de anastomosis con colostomía	Mayo 2001	Restricción del tránsito	Junio 2001 / 2 dilataciones con TTS, 1 con dilatador Rigiflex®	Febrero 2007/ asintomático	NO
2	F	53	ADC recto sigmoides/Gt y Rt adyuvante	Mayo 2004	Obstrucción intestinal parcial	Mayo 2005/ 1 dilatación con TTS	Noviembre 2006/ asintomático	NO
3	F	63	ADC recto sigmoides/Gt y Rt adyuvante	Octubre 2005	Obstrucción intestinal total	Noviembre 2005/ 1 dilatación con TTS	Agosto 2006/ asintomático	NO
4	F	74	Enf. diverticular complicada	Mayo 2004	Obstrucción intestinal total	Diciembre 2004/ 1 dilatación con TTS	Agosto 2006/ asintomático	NO
5	F	82	Enf. diverticular complicada	Julio 2005	Obstrucción intestinal parcial	Agosto 2005/ 1 dilatación con TTS	En ero 2006/ asintomático	NO
6	M	70	Enf. diverticular/fuga de anastomosis con colostomía	Mayo 2004	Obstrucción intestinal total	Junio 2004/ 1 Dilatación con TTS	Abril 2006/ asintomático	NO
7	M	65	Enf. Diverticular complicada	Febrero 2005	Obstrucción intestinal parcial	Agosto 2005/ 1 Dilatación con TTS	Octubre 2006/ asintomático	NO

RESULTADOS

La dilatación con balón hidrostático fue un tratamiento efectivo en todos los pacientes. Seis de los 7 pacientes solo necesitaron una sesión de dilatación. El paciente restante ameritó 2 sesiones con balón hidrostático con intervalo de 1 semana, sin embargo, presentó reestenosis de la anastomosis a las dos semanas por lo que fue sometido a una tercera sesión de dilatación con balón neumático Rigiflex® (BostonScientific, Microvasive®) a un diámetro de 30 mm/12psi con evolución satisfactoria y sin recurrencia de síntomas después de 67 meses de seguimiento.

Durante el seguimiento clínico y endoscópico (rango entre 5 y 67 meses) no se han observado reestenosis o complicaciones en los pacientes estudiados.

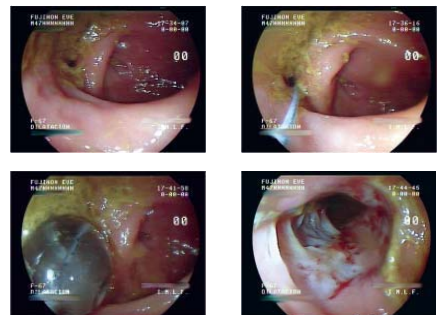


FIGURA 1. A. Visión endoscópica de estenosis puntiforme posterior a anastomosis colorectal (flecha). B. Inserción bajo visión endoscópica de guía hidrofónica (0,035 in). C. Inserción endoscópica sobre la guía de balón dilatador TTS. D. Visión endoscópica de la anastomosis posterior a la dilatación.

DISCUSIÓN

Las estenosis benignas de las anastomosis en cirugía colorectal ocurren en un 8 a 30% de los casos y se pueden presentar en el tiempo entre 5 meses y 11 años después de la cirugía³. El tratamiento antes del advenimiento de las dilataciones consistía en una nueva cirugía con resección del segmento estenótico y nueva anastomosis, asociada a una alta morbilidad. En nuestra muestra observamos que las estenosis se presentaron entre 1 y 12 meses después de la cirugía, 4 de estos pacientes con estenosis temprana (1 mes después de la cirugía), 2 de ellos con fuga de la anastomosis documentada; la etiología de esta presentación temprana no esta clara sin embargo parece ser multifactorial⁵.

En la muestra presentada se observó una evolución satisfactoria sin recurrencia de síntomas en el seguimiento a corto y largo plazo, luego de una sesión de dilatación, lo que contrasta con otras series presentadas por Rivera Vega y colaboradores⁶, Bannura y colaboradores⁷, y Fragonese y colaboradores⁸, quienes obtuvieron respuesta satisfactoria con varias sesiones de dilatación.

El tratamiento de las estenosis de la anastomosis con balón hidroestático ha sido utilizado en oportunidades anteriores con excelentes resultados, seguridad comprobada y buena correlación beneficio-costo⁹. Nuestros pacientes se han mantenido asintomáticos luego de 1 sesión de dilatación sin la presencia de complicaciones.

Reconocemos las limitaciones del presente estudio dada la muestra para fijar este método como tratamiento definitivo, seguro y con baja morbilidad. Sin embargo, mantenemos el mismo como línea de investigación en nuestro centro para obtener resultados significativos a largo plazo.

CONCLUSIONES

La dilatación con balón hidroestático es una alternativa útil de primera línea en el tratamiento de las estenosis benignas de las anastomosis posteriores a la cirugía colorectal.

El balón hidroestático como modalidad terapéutica parece ser un método efectivo a largo plazo en este grupo de pacientes.

Este método de dilatación ha probado ser seguro para el manejo de los pacientes con menor morbilidad, menores costos y mejor tolerancia por el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kozarek RA. Hydrostatic balloon dilation of gastrointestinal stenoses: a national survey. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 15-19.
2. Tuson JR, Everett WG. A retrospective study of colostomies, leaks and strictures after colorectal anastomosis. *Int J Colorectal Dis* 1990; 5:44-8.
3. Weinstock LB, Shatz BA. Endoscopic abnormalities of the anastomosis following resection of colonic neoplasm. *Gastrointest Endosc* 1994; 40:558-61.
4. Marchena Gómez J, Ruiz de la Cuesta E, Gómez Guerra G, Vallejo Gallego I, García-Anguiano F, Hernández Romero JM. Anastomotic stricture with the EEA-Stapler after colorectal anastomosis [English, Spanish]. *Rev Esp Enferm Dig* 1997; 89:835-42.
5. Luchtefeld MA, Milsom JW, Senagore A, Surrell JA, Mazier WP. Colorectal anastomotic stenosis. Results of a survey of the ASCRS membership. *Dis Colon Rectum* 1989; 32:733-6.
6. Rivera Vega J y cols, Endoscopic dilatation of benign colon and rectum stenosis. *Rev Gastroenterol Perú* 2002; 22(3):206-12.
7. Bannura GC. Dilatación de la estenosis benigna de la anastomosis colorectal mediante bujías de Savary-Gilliard, *Rev Chil Cir* 2006; 58(5).
8. Fragonese D, Di Falco G, Di Toma F. Balloon dilatation of anastomotic intestinal stenoses: long-term results. *Endoscopy* 1990; 22(6):249-53.
9. Whitworth PW, Richardson RL, Larson GM. Balloon dilatation of anastomotic strictures. *Arch Surg* 1988;123(6):759-62.

Para cualquier información o separata contactar a él:
 Dr. Gori Jiménez Hugo. Unidad de exploraciones digestivas del Instituto Médico la Floresta.
 Correo-e: hugogori@cantv.net
 Fecha de Recepción Sep. 2007. Fecha de Revisión Nov. 2007. Fecha de Aprobación Ene. 2008.