

Tratamiento con dilataciones de las estenosis rectales secundarias a cirugía y radioterapia

John Fredy Vallejo, M.D.¹, José Humberto Arango, M.D.², Jesús Arbey Hoyos, M.D.², Abraham Kestenberg, M.D.³

RESUMEN

Además de las estenosis asociadas con enfermedad inflamatoria y tumoral, la estenosis de recto aparece como complicación de ciertos procedimientos terapéuticos, como la cirugía y la radioterapia. Hasta hace algunos años la cirugía era la única forma de manejo; actualmente existen alternativas como las dilataciones. Se presentan siete casos de estenosis de recto manejados con dilataciones, en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario del Valle.

Palabras claves: Estenosis rectal. Dilataciones.

El incremento en el número de procedimientos quirúrgicos y radioterapéuticos en el recto se ha acompañado de un aumento equivalente en el número de estenosis secundarias^{1,2}.

Estructuralmente se pueden observar estenosis de recto de diferente diámetro y longitud. El diagnóstico se puede hacer mediante métodos endoscópicos o radiológicos. Esta complicación se ha informado en 8% de las anastomosis que siguen a resecciones anteriores de recto³ y hasta en 5% después de radioterapia⁴.

Como en cualquier enfermedad rectal los pacientes con estenosis rectal secundaria a cirugía o radioterapia suelen consultar por adelgazamiento de las heces, estreñimiento, aumento de la frecuencia defecatoria y sangrado rectal.

Hasta hace unos años la cirugía era la única alternativa en el manejo de este problema. Desde mediados de la década de 1980 se cuenta con procedimientos menos invasivos, como las dilataciones de recto⁵.

El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia con dilatación

neumática endoscópica y mecánica con dilatadores de Savary-Guiliard en el manejo no quirúrgico de las estenosis rectales secundarias.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Se trata de tres hombres y cuatro mujeres, entre 38 y 60 años evaluados por estenosis rectal secundaria; a tres pacientes se les había sometido a resección anterior del recto por cáncer; a un paciente se le había hecho sigmoidectomía por enfermedad diverticular complicada, y otros tres presentaban secuelas de radioterapia, indicada para tratamiento de cáncer de cérvix. Excepto en el paciente con enfermedad diverticular en quien la anastomosis se hizo mediante sutura tradicional, en los pacientes con estenosis postquirúrgica se habían utilizado grapadoras mecánicas.

Todos los pacientes consultaron por disminución del calibre de las heces y estreñimiento. En todos el diagnóstico se estableció por colonoscopia y colon por enema. Se encontró que todas las estenosis eran

concéntricas, con un diámetro de 0.5 a 0.8 cm y una longitud de 5 mm a 10 mm, excepto en el paciente con enfermedad diverticular en cuyo caso la longitud fue de 5 cm.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA DE DILATACIÓN

A todos los pacientes ambulatorios se les realizó preparación anterógrada y retrógrada de colon con Travad® (preparación mecánica) de acuerdo con los protocolos corrientes en las salas de colonoscopia, y se les administró sedación con meperidina (30 mg) y midazolam (5 mg), cinco minutos antes del procedimiento. Estas dilataciones se hicieron en tres sesiones separadas por intervalos de dos semanas. Para las dilataciones en sí se siguieron los siguientes pasos:

1. El paciente se ubicó en posición decúbito lateral izquierdo.
2. Una vez identificada endoscópicamente la estenosis del recto, se procedió a realizar dilatación con balón neumático de 12 mm (Wilson Cook), que permaneció inflado durante 60 segundos⁶.
3. Bajo visión endoscópica se avanzó guía para dilatadores de Savary-Guiliard a través de la estenosis.
4. Sobre la guía se avanzaron dilatadores de Savary-Guiliard

1. Instructor, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
 2. Internista, Residente de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.
 3. Profesor Asociado, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

insertándolos en diámetros crecientes distribuidos en tres sesiones hasta llegar a los 14 mm.

- Al finalizar todas las sesiones se verificó la permeabilidad colónica con colonoscopia, revisando hasta 20 cm de segmento proximal a la estenosis.

RESULTADOS

Todos los pacientes experimentaron mejoría subjetiva de los síntomas. A todos se les siguió hasta por un año. No se presentó ninguna complicación, y todos toleraron bien el procedimiento.

DISCUSIÓN

La estenosis rectal secundaria se puede desarrollar después de cirugía colorrectal o como efecto adverso de la radioterapia. Las evidencias obtenidas en animales, explican la aparición de este cuadro en el modelo quirúrgico, no sólo por la proliferación de células musculares lisas, sino también por el depósito de colágeno originado en el músculo liso mismo, secundario a la estimulación de citocinas tales como el factor de crecimiento derivado de las plaquetas⁷. Clínicamente se presenta aumento de la frecuencia defecatoria, adelgazamiento de las heces y obstrucción con dificultad evacuatoria.

Se han descrito numerosos tratamientos para este tipo de pacientes, donde se incluyen cirugía, plicatura de la estenosis con grapadora circular⁵, plastia de la estenosis rectal con la grapadora lineal^{8,9} y dilatación mecánica^{10,11}.

En este informe se muestra la experiencia de los autores en el manejo con dilatación endoscópica con balón neumático y dilatadores de Savary-Guilliard, con resultados satisfactorios en todos los pacientes. Esta es una alternativa que ahorra tiempo quirúrgico, tiempo anesté-

sico, se puede realizar en forma ambulatoria; con entrenamiento adecuado es relativamente fácil de realizar, y disminuye el número de colostomías permanentes como consecuencia de cirugías no exitosas.

Aunque no se encontró en la literatura revisada estudios de costo-eficiencia que comparen esta alternativa con la cirugía, hay informes que sugieren que la dilatación de la estenosis de recto secundaria es un método seguro y económico¹². En la literatura, las cifras de perforación secundaria a la dilatación son de 6%¹³. En esta serie no se presentaron complicaciones, lo cual se puede explicar por su tamaño.

A todos los enfermos se les hizo una preparación mecánica, práctica recomendada generalmente por el riesgo de perforación. Algunos autores recomiendan además utilizar una dosis de antibiótico en forma profiláctica¹⁴. En este trabajo no se utilizó profilaxis porque no se ha demostrado con claridad que esa medida disminuya la morbilidad.

CONCLUSIÓN

La dilatación con balón y/o con dilatadores de Savary-Guilliard es una alternativa útil en pacientes con estenosis rectal secundaria a radioterapia o cirugía. Hasta ahora el procedimiento ha sido bien tolerado y ha tenido baja morbilidad en la presente serie. Sin embargo, esta es todavía muy pequeña para poder evaluar el porcentaje de complicaciones. Las ventajas de las dilataciones de la estenosis de recto secundaria se manifiestan en menos costos, menos riesgos, disminución de los procedimientos quirúrgicos y mejor tolerancia del paciente.

SUMMARY

Stenosis of rectum is known to be a complication of surgery and

radiotherapy. Up to recently the only treatment available for these cases was surgery. Seven cases of stenosis of rectum successfully treated with dilatations are discussed.

REFERENCIAS

- Orsay C, Bass E, Firfer B. Blood flow in colon anastomotic stricture formation. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 202-06.
- Pucciarelli S, Toppan P. Efficacy of dilatations for anastomotic colorectal stenoses: prognostic factors. *Int J Colorect Dis* 1994; 9: 149-52.
- Smith LE. Anastomosis with EEA stapler after anterior colonic resection. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 236-42.
- Miholic J, Schwarz C, Moeschi P. Surgical therapy of radiation-induced lesions of the colon and rectum. *Am J Surg* 1988; 155: 761-64.
- Ovnat A, Peiser J, Avinoah E, Charuzi I. A new approach to rectal anastomotic stricture. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 351-53.
- Karakurichi S, Venkatesh N. Hydrostatic balloon dilatation of benign colonic anastomotic strictures. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 789-91.
- Collins S. The immunomodulation of enteric neuromuscular function: implications for motility and inflammatory disorders. *Gastroenterology* 1996; 111: 1683-99.
- Conner W, Jetmore A, Heryer J. Circular stapled rectal stricturoplasty with the proximate intraluminal stapler. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 660-63.
- Pagni S, McLaughlin C. Simple technique for the treatment of strictured colorectal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 433-34.
- Woodwar A, Tydeman G, Lewis MH. Dilatation of benign rectal stricture following anterior resection. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 79-81.
- Sohn N, Weinstein M. Anal dilatation for anal fissures. *Sem Colon Rectal Surg* 1997; 8: 17-23.
- Johansson C. Endoscopic dilation of rectal strictures. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 423-28.
- Kozarek RA. Hydrostatic balloon dilation of gastrointestinal stenoses: a national survey. *Gastrointest Endosc* 1986; 32: 15-9.
- Aston NO, Owen WJ, Irving JD. Endoscopic balloon dilation of colonic anastomotic strictures. *Br J Surg* 1988; 76: 780-82.