



V-040 - ESTRUCTUROPLASTIA TRANSANAL SEGÚN TÉCNICA DE HEINEKE-MIKULICZ, OPCIÓN TERAPÉUTICA DE TRATAMIENTO EN UNA ESTENOSIS CRÓNICA DE ANASTOMOSIS COLOANAL

Merino de Villasante, David; Frago Montanuy, Ricard; Climent Agustín, Marta; Trenti, Loris; Golda, Thomas; Gálvez Saldaña, Ana; Kreisler Moreno, Esther; Biondo, Sebastiano

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: Una de las complicaciones posoperatorias en cirugía colorrectal es la estenosis de la anastomosis, con una incidencia del 16-40%. Las causas más frecuentes son la recidiva neoplásica en casos de cirugía oncológica, estenosis rádica, reaparición de enfermedad inflamatoria intestinal y la fibrosis posoperatoria por una colección o infección crónica. Su presentación clínica suele ser una obstrucción parcial o completa del tránsito con tenesmo y urgencia. El tratamiento habitual es la dilatación mecánica, y la cirugía en los pacientes refractarios con técnicas como la proctectomía parcial, la estricturoplastia con grapadora circular que en general se acompañan de una alta morbilidad y recurrencia o incluso la realización de una colostomía terminal. La reciente descripción de la estricturoplastia transanal según técnica de Heineke-Mikulicz se plantea como una alternativa terapéutica.

Caso clínico: Se trata del caso de una paciente de 71 años, con antecedentes de hipertensión, dislipemia e insuficiencia renal crónica a la que se le realiza una resección anterior ultrabaja con anastomosis coloanal manual en dos tiempos (Turnbull-Cutait) por una neoplasia de recto en junio de 2023. En el posoperatorio presenta una colección presacra asintomática tratada con antibioterapia. En controles posteriores mediante TC se evidencia la ausencia de colección presacra, pero con clínica de incontinencia fecal, con un LARS de 32. También estenosis anal que precisó dilataciones con tallos de Hegar. A los 8 meses de la cirugía, tras haber abandonado las dilataciones, presentó empeoramiento de la clínica, con un LARS de 38, negándose a salir del domicilio por pérdidas pasivas de heces a lo largo de todo el día. Imposibilidad de realizar un tacto rectal por abertura coloanal filiforme. Se propuso realizar una estricturoplastia de la anastomosis. La cirugía se realiza con la paciente en posición de litotomía y vía transanal previa colocación de puntos o separador anal “escocés” para ampliar el campo quirúrgico. Se procede a la dilatación progresiva con tallos de Hegar hasta conseguir el paso de un separador transanal. Se realizan dos incisiones longitudinales separadas a lo largo de la estenosis en su zona posterolateral hasta superar la zona fibrótica (a las 5 y 7 h). A continuación, se cierran las incisiones en sentido transversal con puntos sueltos de una sutura reabsorbible de 2/0. Se comprueba el adecuado calibre de la anastomosis. El posoperatorio transcurrió con normalidad y la paciente fue dada de alta al 3^{er} día posoperatorio. Al mes y medio, la paciente presenta un correcto paso de la anastomosis coloanal al tacto rectal, con una clínica similar a antes del diagnóstico de estenosis de la anastomosis, con un LARS de 28.

Discusión: La estenosis de la anastomosis es una complicación frecuente tras una anastomosis coloanal manual, siendo las dilataciones la primera opción de tratamiento. En un caso como el descrito, refractario a

dilataciones, la estricturoplastia transanal según técnica de Heineke-Mikulicz es una alternativa terapéutica simple y efectiva que puede mejorar la clínica.