

Tratamiento laparoscópico de la enfermedad de Hirschsprung

Dres. S.D. Polliotto, F. Heinen, G. Andina, R. Korman

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de Clínicas Universidad de Buenos Aires; Argentina

Resumen

El abordaje laparoscópico ha sido utilizado con éxito durante los últimos años en el tratamiento de la patología quirúrgica pediátrica. Presentamos nuestra primer experiencia para el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung, por vía laparoscópica con técnica de Soave modificada por Georgenson. Se describe en detalle el procedimiento operatorio. La duración de la hospitalización fue de 5 días y el control postoperatorio inmediato favorable. La evaluación de los resultados funcionales a tres años son satisfactorios. La intervención de Soave-Georgenson en el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung, parece una técnica segura, eficaz y realizable por vía laparoscópica. Aunque esta experiencia no prueba beneficios en cuanto a la reducción del tiempo de hospitalización, brindó todos los beneficios de la cirugía laparoscópica con un confort postoperatorio y un resultado estético superior al obtenido al utilizar el abordaje a cielo abierto.

Palabras clave: Enfermedad de Hirschsprung - Laparoscopia.

Summary

The laparoscopic approach has been successfully used during recent years in children. We describe our first experience with laparoscopic approach for the treatment of Hirschsprung's disease using the technique of Soave modified by Georgenson. Details of the surgical procedure are given. Hospitalization time was five days and postoperative recovery was uneventful. Soave-Georgenson technique seems to be a safe and effective procedure for Hirschsprung disease management completely achievable by laparoscopy. The present experience did not show advantages in terms of hospital stay, however it did show the benefits of laparoscopic surgery in postoperative comfort and better cosmetic result, both highly superior to those obtained with classical surgery.

Index words: Hirschsprung's Disease - Laparoscopy.

Resumo

A abordagem laparoscópica tem sido utilizado com êxito durante os últimos anos no tratamento da patologia cirúrgica pediátrica. Apresentamos nossa primeira experiência com o tratamento da enfermidade de Hirschsprung por via laparoscópica com técnica de Soave modificada por Georgenson. Descreve-se com detalhes o procedimento peratório. A duração da hospitalização foi de 5 dias e o controle pós-operatório imediato favorável. A primeira avaliação dos resultados funcionais feitos após três anos são satisfatórios. A intervenção de Soave-Georgenson no tratamento da enfermidade de Hirschsprung, parece ser uma técnica segura, eficaz e realizável por via laparoscópica. Embora esta experiência não demonstre benefícios quanto à redução do tempo de hospitalização, ofereceu todos os benefícios da cirurgia laparoscópica com conforto pós-operatório e um resultado estético superior ao obtido quando se utilizar a abordagem a céu aberto.

Palavras chave: Enfermidade de Hirschsprung - Laparoscopia.

Presentación del caso

En un niño de 24 meses, de 15 Kg. con antecedentes familiares de aganglionosis colónica, fue confirmado el diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung por el colon por enema, la biopsia rectal, exámenes histoquímicos y la manometría anorrectal.

El paciente no requirió colostomía, fue manejado con enemas evacuantes a demanda hasta el momento de la intervención. La preparación preoperatoria fue la habitual. El paciente fue colocado en posición de Trendelenburg, se realizó una incisión a nivel umbilical para la introducción de un trocar y óptica de 10 mm; el neumoperitoneo con CO₂ se fijó a una presión entre 8 a 10 mmHg; los trócares restantes fueron introducidos bajo visión óptica en fosa iliaca derecha, izquierda y flanco derecho e izquierdo. La intervención comenzó con la toma de biopsias seriadas a fin de determinar el límite del segmento patológico (fig. 1). El peritoneo fue incidido a nivel del fondo de saco de Douglas, los vasos deferentes y los uréteres fueron identificados y respetados durante toda la intervención. El segmento aganglionar fue esqueletizado de su meso en toda su circunferencia, los vasos recto-sigmoideos fueron disecados, ligados y seccionados utilizando coagulación monopolar y clips hasta lograr una adecuada movilización del segmento patológico (fig. 2). En este momento retiramos los instrumentos de laparoscopia y evacuamos el neumoperitoneo para realizar el tiempo perineal, el cual comienza con una disección endo-anal, sub-mucosa a nivel de la línea pectínea, esta disección se prolongó en forma ascendente hasta liberar el colon aganglionar. No fue necesario disecar el ángulo cólico izquierdo. Se realizó la eversión del segmento muscular patológico, y luego su resección. La anastomosis colorrectal fue realizada a 0,5 cm. de la línea pectínea. La longitud de colon resecado fue de 18 cm. La intervención finalizó con una verificación laparoscópica de la cavidad abdominal.

No hubo complicaciones perioperatorias. La realimentación comenzó a las 24 hs. con líquidos claros y el paciente presentó su primera deposición espontánea a las 48 horas del postoperatorio. La duración total de la hospitalización fue de 5 días. La evolución clínica a tres años es satisfactoria, el niño presenta deposiciones diarias y espontáneas de características normales. La continencia rectal y urinaria son correc-

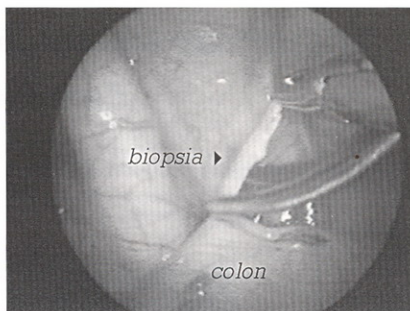


Fig. 1: realización de las biopsias colónicas por laparoscopia.

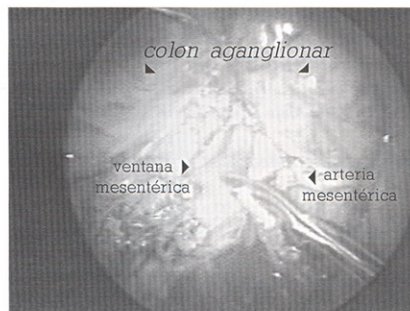


Fig. 2: esqueletización del colon por vía laparoscópica

tas. El paciente ha presentado erecciones normales.

El control radiológico contrastado muestra un colon normal. El crecimiento es adecuado a la edad.

Discusión

Desde 1988 la vía de abordaje laparoscópica es propuesta por muchos equipos quirúrgicos como una alternativa a la cirugía a cielo abierto^{3, 4, 5, 6}. Mucho se ha avanzado desde las primeras intervenciones laparoscópicas realizadas, tales como apendicectomías, colecistectomías, etc. Desde entonces, las indicaciones de esta nueva vía de abordaje, no han cesado de extenderse. Algunas indicacio-

nes hoy son completamente aceptadas y sus beneficios son indiscutibles, otras guardan todavía el carácter de experimentales^{3, 4, 7, 8, 9}.

Los riesgos de lesión vascular y visceral durante la punción a ciegas con la aguja de Palmer y/o primer trocar fueron evitados al utilizar una mini laparotomía a nivel umbilical «open laparoscópico».

La magnificación óptica permitió una disección minuciosa entre el intestino aganglionar y el meso, con mínimo traumatismo neurovascular; los pequeños vasos son fácilmente controlables disminuyendo el riesgo de sangrado. Los vasos recto-sigmoideos fueron ligados con clips. No utilizamos ligadura y sección con "stapler" en razón de su costo y por el riesgo de fístula arterio venosa, cuando los vasos son ligados en paquete^{10, 11}.

En el caso que presentamos, el primer reporte de un abordaje laparoscópico en la intervención de Soave-Georgenson¹⁰ en Argentina, no fue necesario la movilización y/o resección del ángulo cólico izquierdo, área particularmente difícil para los cirujanos, que en adultos practican resecciones colónicas laparoscópicas^{8, 11}.

El tiempo perineal es realizado con una disección endo anal, sub-mucosa, con lo cual podría evitarse el importante riesgo de lesión nerviosa a la cual están expuestas la mayoría de las técnicas descriptas para el tratamiento de la aganglionosis colónica¹⁰.

La experiencia en resecciones colo rectales laparoscópicas es escasa en pediatría por lo cual la comparación de resultados, con la técnica a cielo abierto no es aún posible^{8, 11, 12}.

Los resultados deben ser evaluados sobre una caústica mayor y en forma comparativa respecto de las intervenciones a cielo abierto.

El confort postoperatorio del niño y el resultado estético fueron satisfactorios.

Nuestra experiencia inicial no prueba ventajas en cuanto al acortamiento del tiempo de hospitalización, dado que esta es nuestra primera resección colónica laparoscópica.

Bibliografía

1. Ashcraft K, Holder T: *Pediatric Surgery*, 2nd Edition, Chap. 30, Philadelphia, W.B. Saunders Co, 1993, pp 430-442.
2. Swenson O, Bill AH: Resection of rectum and rectosigmoid with preservation of the sphincter for benign spastic lesions producing megacolon. *Surgery* 24: 212-220, 1948.
3. Alain JL, La vidéo-coelio-chirurgie chez l'enfant. *Arch. Fr. Pédiatr.* 50: 637-638, 1992.
4. Chami Z, Polliotto S.D, Allal H et al, Place de l'abord Coelioscopique en Chirurgie Pédiatrique: expérience Montpelliéraine, *Chir. Endoscopique.* 4(9-10) 23-24, 1995.
5. Polliotto S.D, Allal H, Luciani J.L et al: Tratamiento del Reflujo Gastro-Esofágico por Vía Laparoscópica., *Rev de Cir Infantil* 6 (1) 37-40, 1996.
6. Valla J.S, Limmone B, Valla V, et al. Appendicectomies chez l'enfant sous coelioscopie opératoire. *J. Chir.* 128, 6, 306-312, 1991.
7. Kirby T, Mack M, Landreneau R, et al. Initial experience with video-assisted thoracoscopic lobectomy, *Ann Thrac Surg* 56: 1248-1253, 1993.
8. Jacobs M, Verdeja J, Goldstein H, Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy), *Surg. Lap. Endosc.* 1, 144-150, 1991.
9. Lobe T, Schropp K, *Pediatric Laparoscopy and thoracoscopy*, WB Saunders Company: Duhamel pullthrough for Hirschsprung's disease, 207-212, 1994
10. Georgenson K, Fuenfer M, Hardin W, Primary Laparoscopic Pull-Through for Hirschsprung's Disease in Infants and children. *J Pediatr Surg.* 30, 7, pp 1017-1022, 1995
11. Hoffmann K, Schier F, Waldschmidt J, Laparoscopic Swenson's Procedure in Children, *Eur. J Pediatr Surg.* 6, 15-17, 1996.
12. Curran T, Raffensperger J, Laparoscopic Swenson Pull-Through: A Comparison With the Open Procedure, *J Pediatr Surg.* 31, 8, pp 1155-1157, 1996

Trabajo aceptado para su publicación Noviembre de 1999.

Dr. S.D. Polliotto
Mendoza 2130 P 15 D 7
(7600) Mar del Plata
Argentina