

PRIMERA EXPERIENCIA ARGENTINA con EL TRATAMIENTO LAPAROSCOPICO DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN EL NIÑO *

RESUMEN

El abordaje laparoscópico ha sido exitosamente utilizado durante los últimos años en el tratamiento de la patología quirúrgica infantil. Presentamos la primera experiencia en la Argentina realizada el 4 de Noviembre de 1996 para el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung, por vía laparoscópica con técnica de Soave modificada por Geogenson. Se describe en detalle el procedimiento operatorio señalando además que el tiempo quirúrgico fue de 3 horas 45 minutos y la duración de la hospitalización de 5 días. El control post operatorio fue favorable. Se concluye que la técnica de Soave-Geogenson para el tratamiento de la enfermedad de Hirschsprung parece una operación segura eficaz y completamente realizable por vía laparoscópica.

Palabras clave: Enfermedad de Hirschsprung - Laparoscopia.

SUMMARY

The laparoscopic approach has shown good results in the surgical treatment of pediatric pathology, during the recent years. We are reporting the first experience in our country realized in November 4, 1996 for the surgical treatment of the Hirschsprung disease with the technic of Soave modified by Geogenson. Details of the surgical procedure are given. The operating time was 3 hours 45 minutes and the hospitalization, 5 days followed by a satisfactory good result. We conclude that the Soave-Geogenson technic for the treatment of the Hirschsprung disease is a safe and effective procedure and feasible to carry through laparoscopic approach.

Key words: Hirschsprung disease - Laparoscopy.

(1) Ex residente del Hospital Privado - Córdoba. Ex cirujano asociado al Servicio de Cirugía Visceral Infantil (Prof. Galifer) Montpellier France.

(2) Cirujano del Servicio de Cirugía Infantil del Hospital de Clínicas "Gral. San Martín" de Buenos Aires.

* Recibido para la publicación el 21.09.1997.

Dr. Sergio Polliotto (1) y Dr. Fernando Heinen (2)
(*) Realizada en el Servicio de Cirugía Infantil del Hospital de Clínicas "Gral. San Martín" de Buenos Aires.

PRESENTACION DEL CASO

Presentamos el caso de un niño de 24 meses, con un peso de 15 Kg. con antecedentes familiares de aganglionsis colónica. El diagnóstico clínico de enfermedad de Hirschsprung fue confirmado por colon por enema, biopsias, exámenes histoquímicos y manometría ano rectal. El paciente fue manejado clínicamente con enemas evacuatorios a demanda hasta el momento de la intervención, no requiriendo colostomía. La preparación pre-operatoria fue la misma que realizamos en cirugía a cielo abierto; 4 hs. antes de la cirugía realizamos una dosis de antibióticos (ATB), los cuales fueron mantenidos durante 5 días post-op. Una mesa estéril con material suficiente para una laparotomía de urgencia es preparada al comienzo de la intervención la cual fue realizada el 4 de noviembre de 1996. El paciente fue instalado en posición de Trendelenburg, se realizó una incisión a nivel umbilical "open laparoscópico" para la introducción de un trocar y óptica de 10 mm., el neumoperitoneo con CO₂ se fijó a una presión entre 8 a 10 mhg., los trocres restantes fueron introducidos bajo visión óptica en fosa ilíaca 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, 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 y 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. En este momento retiramos los instrumentos de laparoscopia y evacuamos el neumoperitoneo, para realizar el tiempo perineal, el cual comienza con una di-

sección endo-anal, sub-mucosa a nivel de la línea pectínea, la cual es prolongada en forma ascendente hasta poder liberar el colon aganglionar. Se realizó la eversión de este segmento muscular patológico, y posteriormente su resección. La anastomosis colo rectal fue realizada a nivel de la línea pectínea. La intervención finalizó con una verificación laparoscópica de la cavidad abdominal.

No tuvimos complicaciones perioperatorias, el paciente no requirió transfusión sanguínea. En este caso no fue necesario disecar el ángulo cólico izquierdo. Los cuidados postoperatorios fueron simples, el paciente presentó su primera deposición espontánea a las 48 horas del postoperatorio. La duración total de la hospitalización fue de 5 días. El corto seguimiento clínico actual muestra una evolución satisfactoria.

DISCUSION

En 1948 Orval Swenson presenta su técnica para eliminar el intestino aganglionar y restaurar la continuidad intestinal, lo cual constituyó la primera operación definitiva para el tratamiento de la enfermedad que Harold Hirschsprung describiera en 1887 (1,2). Posteriormente fueron descritas otras técnicas, Duhamel, Soave etc. 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 hemos avanzado desde las primeras intervenciones laparoscópicas realizadas, tales como apendicectomías, colecistectomías... desde entonces las indicaciones de esta nueva vía de abordaje, no han cesado de extenderse. Algunas indicaciones hoy son completamente aceptadas y sus beneficios son indiscutibles, otras guardan todavía el carácter de experimentales (3, 4, 7). El abordaje laparoscópico del tiempo abdominal en la intervención de Soave-Georgenson (12) fue abordado por primera vez en Argentina en colaboración con el servicio de cirugía infantil del Hospital de Clínicas - San Martín - Buenos Aires.

La intensa preparación preoperatoria con lavados intestinales anterogrados y retrógrados, condicionantes en alguna medida del tiempo de recuperación funcional postoperatorio, tal vez no sean indispensables realizando el tiempo abdominal por vía laparoscópica, dado

que esta vía de acceso elimina el tiempo quirúrgico sucio.

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

La magnificación óptica nos permitió una disección mas fina y minuciosa entre el intestino aganglionar y el meso, ocasionando un traumatismo mínimo, los pequeños vasos son fácilmente controlables tomando mínimo el riesgo de sangrados. Los vasos recto-sigmoideos fueron ligados con clips en función de la necesidad, no utilizamos la ligadura y sección con staplers en razón de su costo y riesgo de fístula arterio venosa cuando los vasos son ligados en paquete (10).

El manejo clínico con enemas evacuantes a demanda, nos permitieron evitar la colostomía, pero la misma no sería un impedimento para realizar esta vía de abordaje.

En nuestro caso no fue necesario la movilización y/o resección del ángulo cólico izquierdo, área particularmente difícil para los cirujanos de adultos que realizan resecciones colonicas por vía laparoscópica (8, 10).

El tiempo perineal es realizado con una disección endo anal, sub-mucosa la cual evita el importante riesgo de lesión nerviosa a la cual están expuestas la mayoría de las técnicas descritas para el tratamiento de la aganglionosis colónica (12).

La experiencia con grandes resecciones colo rectales laparoscópicas es limitada en pediatría por lo cual la comparación con la técnica a cielo abierto nos parece prematura. (8, 10, 11).

Nuestra experiencia inicial no prueba beneficios en cuanto al acortamiento del tiempo de hospitalización, dado que por ser esta la primera intervención en nuestro país que involucra una resección colónica por vía laparoscópica, nos pareció prudente un control post-operatorio igual al realizado en cirugía convencional. Sin embargo coincidimos con otras publicaciones en que un alta precoz es posible.

Esta técnica es perfectamente tolerada por el niño, con una importante disminución de las complicaciones intraabdominales y parietales ligadas a toda laparoto-

mía (abscesos, bridas, eventraciones, eviceraciones...). El confort postoperatorio y el resultado estético son altamente superiores al obtenido utilizando las vías de abordajes clásicas.

BIBLIOGRAFÍAS

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, L vidéo-coelio-chirurgie chez l'enfant. Arch Fr. pediatr. 50, 637-638, 1992.
4. Chami Z, Polliotto S.D., Allal H. et al, Place de l'abord Coelioscopique en Chirurgie Pédiatrique: experience Montpelliéraine, Chir. Endoscopique. Vol 4, N° 9-10, 23-24, 1995.
5. Polliotto S.D., Allal H, Luciani J.L. et al: Tratamiento del Reflujo Gastro-Esofágico por Vía Laparoscópica. Revista Argentina de Cirugía Infantil. Vol. 6, N° 1, 37-40, Marzo de 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 hirschprung's disease, 207-212, 1994.
10. Hoffmann K, Scheir F, Waldschmidt J, Laparoscopic Swenson's Procedure in Children, Eur. J. Pediatr Surg, 6, 15-17, 1996.
11. Curran T, Raffensperger J, Laparoscopic Swenson Pull-Through: A Comparison With the Open Procedure, Jour. of Pediatr Surg. 31, 8 pp 1155-1157, 1996.
12. Georgenson K, Fuenfer M, Hardin W. Primary Laparoscopic Pull-Through for Hirschsprung's Disease in Infants and children. Jour. of Pediatr Surg, 30,7, pp 1017-1022, 1995.

La prueba suprema de la virtud consiste en poseer un poder ilimitado sin abusar de él.
B. Th. Macaulay - Historiador - Ensayista y politólogo inglés.