

CECOSTOMIA PERCUTANEA EN PEDIATRIA

Dres. Sergio Sierre, José Lipsich, Horacio Questa

RESUMEN

Propósito: Reportar nuestra experiencia con la Cecostomía Percutánea en el manejo de pacientes pediátricos con incontinencia fecal. Pacientes y Método: Entre Marzo 2002 y Agosto 2005, se efectuaron 20 cecostomías percutáneas. La edad promedio fue de 8.9 años. Las causas de incontinencia fueron: malformación anorectal en 18 casos, mielomeningocele en 1 caso y constipación crónica en el restante. Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general y control radioscópico. En todos los casos se utilizó un catéter Dawson-Mueller de 8.5F, que se reemplazó, luego de 45 días, por un botón ad-hoc (trapdoor catheter). Resultados: Todos los procedimientos fueron satisfactorios. No se registraron complicaciones mayores. Conclusión: La Cecostomía Percutánea es un procedimiento seguro y eficaz para el manejo de pacientes con incontinencia fecal de cualquier origen. El objetivo de este procedimiento es permitir el lavado anterógrado de todo el colon. Con ello se evita la necesidad de repetidos enemas evacuantes, lo que contribuye significativamente a la mejor calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave:

Medicina Infantil 2006; XIII: 100 - 103.

ABSTRACT

Purpose: To report our experience with Percutaneous Cecostomy in the management of patients with fecal incontinence. Patients and Method: Between March 2002 and August 2005, 20 percutaneous cecostomy procedures were performed. The mean age of our patients was 8.9 years-old. Eighteen patients had anorectal malformations, 1 had myelomeningocele and the other had chronic constipation. All procedures were performed under general anesthesia and fluoroscopic guidance. In all cases a Dawson-Mueller 8.5F catheter was placed and exchanged at 30 days by an ad-hoc button (trapdoor catheter). Results: All procedures were technically successful. There were no major complications. Conclusion: Percutaneous Cecostomy is a safe and effective procedure for the management of patients with fecal incontinence. Percutaneous Cecostomy allows an antegrade and more physiologic colon irrigation, avoiding the need of multiple retrograde enemas, improving significantly the quality of life of these patients.

Key words: colon, interventional procedures, fecal incontinence, cecostomy.

Medicina Infantil 2006; XIII: 100 - 103.

INTRODUCCION

La incontinencia fecal es una secuela frecuente en niños operados por malformaciones anorectales. En otros casos, ella se relaciona con trastornos de la evacuación por causas neurológicas, donde la constipación crónica está presen-

te asociada a veces a incontinencia, situaciones ambas de difícil tratamiento^{1,2}.

El manejo habitual de la incontinencia fecal consiste en procurar la limpieza del colon con el recurso de enemas periódicas. Otras medidas usuales como cambios en la dieta, laxantes, supositorios no resultan efectivas para el control regular de los síntomas^{2,3,4}.

Se han desarrollado técnicas quirúrgicas para implementar la enema anterógrada. Una de las

Area de Imágenes - Radiología Intervencionista,
Servicio de Cirugía General. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.
Correspondencia: Dr. Sergio Sierre.
Combate de los Pozos 1881. (1245) Buenos Aires.

más utilizadas es la apendicostomía de Malone que utiliza el apéndice cecal, por cuyo extremo distal exteriorizado realizan los lavados del ciego y colon. Ella no está exenta de complicaciones⁵.

Recientemente se ha sumado el recurso de la Cecostomía Percutánea, técnica mínimamente invasiva, que ha demostrado ser muy efectiva para el lavado anterógrado de todo el marco colónico mejorando el manejo de la incontinencia fecal¹⁻⁴.

El propósito de este trabajo es reportar nuestra experiencia y demostrar la efectividad de la Cecostomía Percutánea en el manejo de los pacientes con incontinencia fecal.

PACIENTES Y METODO

Entre Marzo 2002 y Agosto 2005, se realizaron 20 cecostomías percutáneas. La edad promedio de los pacientes fue de 8.9 años (8 pacientes de sexo masculino y 12 niñas).

Las causas de incontinencia en este grupo fueron: malformación anorrectal en 18 casos, mielomeningocele en 1 caso y constipación crónica en el restante.

A todos los pacientes se les solicitó oportunamente, al momento de la primera consulta, un colon por enema, para conocer la morfología del marco colónico y la topografía del ciego.

La preparación para el procedimiento consistió en una dieta líquida y enemas evacuantes los dos días previos. Los pacientes fueron internados el día anterior al procedimiento.

Descripción técnica

Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general y control radioscópico. Se utilizó como profilaxis antibiótica una dosis de ampicilina-gentamicina según peso, antes de comenzar el procedimiento.

Como primer paso se insufla el colon con aire, con la finalidad de lograr la distensión del ciego, a fin de guiar y facilitar su punción. Acto seguido, se procede a la inyección de glucagon por vía endovenosa (0.5 mg) para disminuir el peristaltismo del marco colónico.

La punción del ciego, bajo control radioscópico, se efectúa con aguja de 18G, atravesando sólo su pared anterior.

La confirmación de la correcta ubicación de la aguja, se logra inyectando una pequeña cantidad de contraste iodado hidrosoluble (5cm³).

Una vez en posición se introduce una sutura de retención, que permite traccionar y fijar la pared del ciego a la pared abdominal y posteriormente una cuerda metálica de 0.035" que se avanza hasta el colon ascendente distal. Sobre esta cuerda se procede a la dilatación del trayecto (piel, planos musculares) con dilatadores de diámetros pro-

gresivos (6, 7, 8F). Finalmente, en todos los casos, se utilizó un catéter Dawson-Mueller® multiperforado de 8.5F, que fue alojado en el ciego. Figura 1.

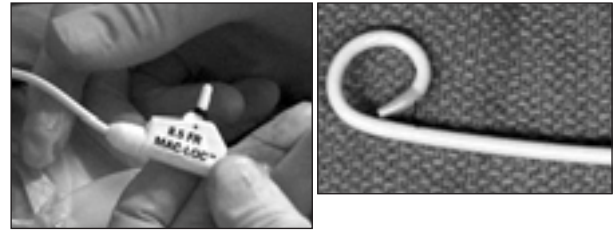


Figura 1 A y B: Catéter multiperforado (8.5F) utilizado en todos los procedimientos.

A través de este catéter, se comienza con lavados con solución fisiológica (50 cm³ cada 12hs) durante las primeras 48hs. Durante este período los pacientes continúan con enemas retrógrados. Todos los niños fueron dados de alta a las 48hs del procedimiento. Figura 2.

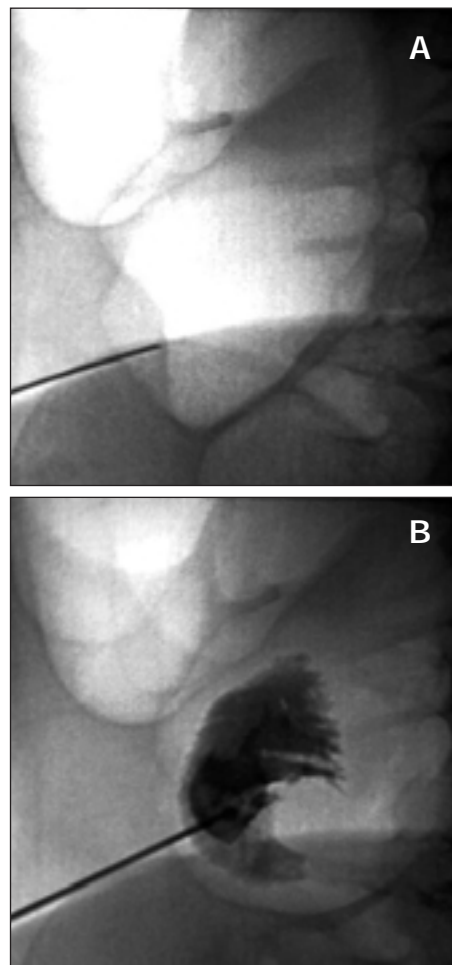


Figura 2 A: punción del ciego bajo control radioscópico. B: confirmación de la correcta ubicación de la aguja, inyectando una pequeña cantidad de contraste.

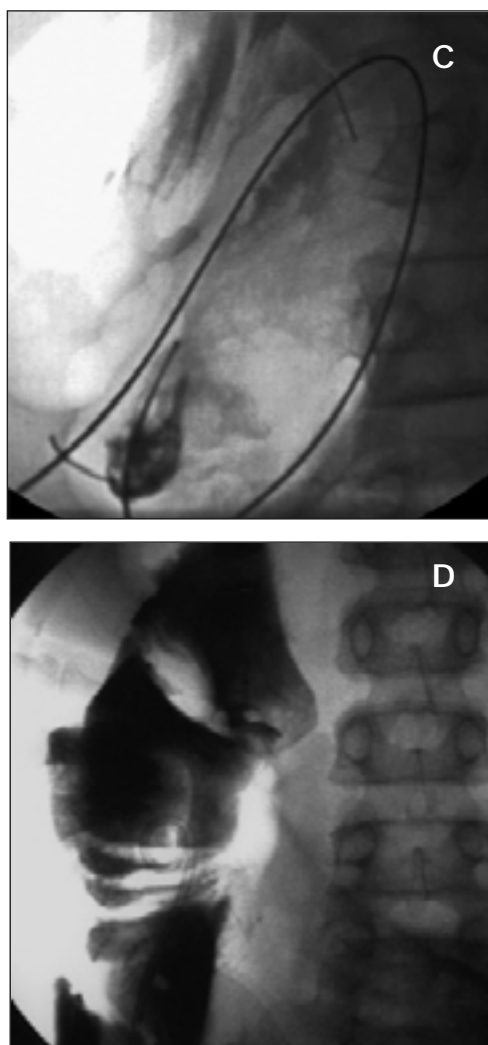


Figura 2 C: se avanza la cuerda 0.035" sobre la que se dilata el trayecto y se implanta el catéter. Nótese las suturas de retención en el colon ascendente. **D:** correcta implantación del catéter en la región cecal.

Posteriormente se inician los lavados anterógrados del colon, a través del catéter, con 100-150cm³ de solución fisiológica dos veces por día, asociado a masajes que siguen el trayecto del marco colónico, para facilitar su tránsito.

Luego de 45 días, el catéter es reemplazado por un botón ad-hoc (trapdoor cathéter) con maniobras percutáneas. El intercambio se realiza sobre cuerda 0.035", bajo radioscopia y sólo con anestesia local. El botón puede ser utilizado por un período de tiempo indefinido. Luego de un tiempo prolongado de uso, puede ser necesario su reemplazo, si se advierte el desgaste del material. El reemplazo es un procedimiento sencillo que se realiza con anestesia local, de manera similar al reemplazo del catéter por el botón original. En nuestra serie hemos reemplazado el botón en 14 pacientes, con un promedio de uso de 12-15 meses. Figura 3.

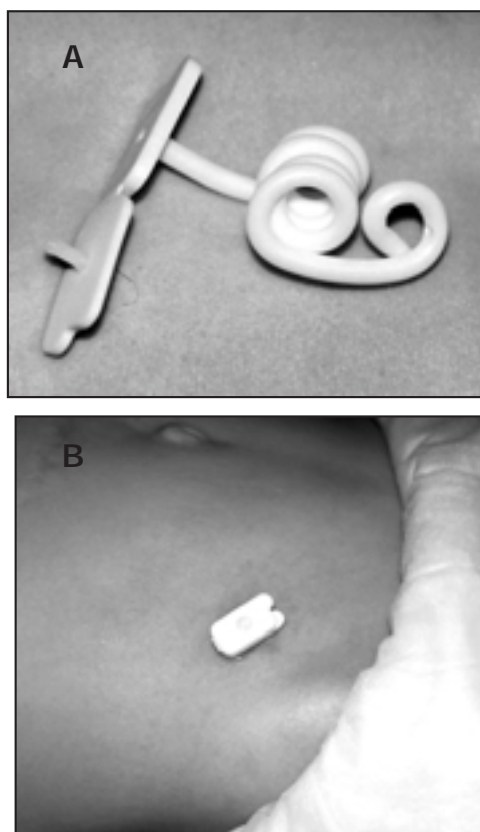


Figura 3 A y B: botón de cecostomía (trapdoor catheter)

RESULTADOS

Todos los procedimientos fueron técnicamente exitosos. Definimos como exitoso al procedimiento durante el cual, con las técnicas habituales fue posible la implantación del catéter cecal sin inconvenientes.

No se registraron complicaciones mayores. Denominamos complicación mayor a aquella que ponga en riesgo la vida del paciente o sea motivo para prolongar su internación en el postoperatorio inmediato. También incluimos en este grupo a aquellas eventualidades que motiven la internación del paciente durante el período de seguimiento.

En un paciente luego de 12 meses de implantación que refirió dolor durante el procedimiento de lavado, se comprobó la salida del botón del ciego. En este caso se procedió a retirar completamente el dispositivo y programar una nueva cecostomía. En otro paciente, con constipación crónica y dólícomega sigma, el catéter resultó inadvertidamente implantado en el colon sigmoidees. Esta paciente presentó una excelente respuesta en relación con su problema de constipación. Al momento de intentar el recambio del catéter por el botón, se constató la ubicación del mismo en colon izquierdo por lo que se decidió no reemplazarlo. Esta paciente continúa con el catéter

original en colon izquierdo, con muy buena respuesta clínica.

Los volúmenes de los lavados anterógrados se manejan de acuerdo a las necesidades de cada paciente. (rango 100-250 cm³, media 150 cm³).

Luego de un período de seguimiento promedio de 17.2 meses (rango 3-44 meses), todos los pacientes resolvieron prácticamente de manera completa sus problemas de ensuciamiento. Además, aquellos pacientes que utilizaban pañales (n=13) dejaron de hacerlo.

DISCUSION

La técnica de cecostomía percutánea fue descrita en un estudio piloto en 1996 y posteriormente en 1997, con un mayor número de pacientes y seguimiento más prolongado, por Chait y Shandling^{2,3}.

Está indicada en aquellos pacientes que a pesar del tratamiento quirúrgico de malformaciones anorrectales, persisten con incontinencia fecal, o como mencionáramos previamente que, en relación con diferentes trastornos neurológicos, (eg: espina bífida, mielomeningocele, anomalías sacras, paraplejía) presentan disfunción evacuatoria grave.

La elección de los pacientes y la decisión terapéutica, es tomada de manera multidisciplinaria por los diferentes especialistas que acompañan a estos niños el diagnóstico y tratamiento. Es así que cirujanos, gastroenterólogos, urólogos y radiólogos intervencionistas, entre otros, están estrechamente relacionados en el manejo y seguimiento de los pacientes.

Este procedimiento impone una precisa punción del ciego bajo control radioscópico, con la finalidad de minimizar la eventual morbilidad del mismo y cuyo mayor riesgo es la salida del contenido intestinal a la cavidad peritoneal.

Para facilitar el procedimiento utilizamos de manera habitual suturas de retención, que nos permiten traccionar y fijar la pared del ciego a la pared abdominal, simplificando el procedimiento y disminuyendo la morbilidad.

La correcta evacuación y limpieza del colon, como así también la adecuada cobertura antibiótica son esenciales para disminuir los riesgos de complicaciones infecciosas^{2,3,4,6}.

Las potenciales complicaciones de este procedimiento son peritonitis, celulitis, o hemorragia. En relación con el catéter, éste puede dañarse, desplazarse o provocar reacciones alérgicas. Todas estas eventualidades son poco frecuentes^{2,3,4,6}.

La principal ventaja de la cecostomía percutánea consiste en permitir el lavado anterógrado y por ende más fisiológico, del marco colónico,

prescindiendo de los incómodos enemas rectoanales. La mejor limpieza colónica lograda con este tipo de lavado permite asimismo una mayor independencia y autonomía a los pacientes^{2,3,4,6,7}. Cabe mencionar que muchos de nuestros pacientes no necesitan de sus padres para la realización de los lavados.

Estos lavados a su vez son más efectivos en el control y manejo de la incontinencia y de la evacuación de materia fecal, por lo que aquellos pacientes que utilizaban pañales dejaron de hacerlo.

Existen reportes de la realización de cecostomías por vía laparoscópica, con la implantación directa del botón, con resultados igualmente satisfactorios. Esta alternativa es útil en determinados casos: cuando la punción es dificultosa por la posición o la movilidad del ciego o por interposición de otras ansas que dificultan el procedimiento⁸.

De la misma manera, se describe la realización de colostomías percutáneas, por vía endoscópica, para el manejo de la constipación rebelde al tratamiento médico^{9,10}. Todas estas alternativas son válidas para el control de la incontinencia fecal y de la constipación crónica en niños.

En nuestra serie, todos los pacientes y sus padres refieren un notable cambio en su calidad de vida. Los niños adquirieron mayor confort e independencia y adoptaron de manera entusiasta las irrigaciones anterógradas. El control de los síntomas de la disfunción evacuatoria a partir de la cecostomía percutánea les facilitó volver a la práctica de deportes o cumplir con las actividades físicas escolares y sociales corrientes.

REFERENCIAS

1. Bishop PR, Nowicki MJ. Defecation disorders in the neurological impaired child. *Pediatr Ann* 1999 May; 28 (5): 322-329.
2. Shandling B, Chait PG, Richards HF. Percutaneous cecostomy: a new technique in the management of fecal incontinence. *J Pediatr Surg* 1996; 31 (4): 534-537.
3. Chait PG, Shandling B, Richards HM, et al. Fecal incontinence in children: treatment with percutaneous cecostomy tube placement - A prospective study. *Radiology* 1997; 203: 621-624.
4. Chait PG, Shandling B, Richards, HF. The cecostomy button. *J Pediatr Surg* 1997; 32: 849-851.
5. Malone PS, Ransley PG, Kiely EM. Preliminary report: the antegrade continence enema. *Lancet* 1990; 336:1217-1218.
6. Chait PG, Shlomovitz E, Connolly B, et al. Percutaneous cecostomy: updates in technique and patient care. *Radiology* 2003; 227: 246-250.
7. Duel BP, Gonzalez R. The button cecostomy for management of fecal incontinence. *Pediatr Surg Int* 1999; 15: 559-561.
8. Stanton MP, Shin YM, Hutson J. Laparoscopic placement of the Chait cecostomy device via appendicostomy. *J Pediatr Surg* 2002; 37 (12): 1766-1767.
9. Rivera MT, Kugathasan S, Berger W, et al. Percutaneous colonoscopic cecostomy for management of chronic constipation in children. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: 225-228.
10. Rawat D, Haddad M, Geoghegan N, et al. Percutaneous endoscopic colostomy of the left colon: a new technique for management of intractable constipation in children. *Gastrointest Endosc* 2004; 60 (1): 39-43.