

Artículo original

De la Cecopexia a la Cecocolopexia. Técnica de Rodríguez Bonet

From Cecopexy to Cecocolopexy. The Rodriguez Bonet Technique

Heriberto Rodríguez Bonet*

RESUMEN

Introducción: El estreñimiento crónico se ha convertido en una causa frecuente de consulta médica en el mundo. En este artículo presentamos la eficacia de la cecocolopexia para el manejo quirúrgico del estreñimiento crónico y el colon irritable con ciego móvil cuando estas afecciones están asociadas a ptosis de colon transverso.

Material y métodos: En este estudio retrospectivo analizamos el manejo quirúrgico de 297 pacientes que fueron diagnosticados con estreñimiento crónico y colon irritable con ciego móvil detectado mediante cecografía y la cecocolografía secuencial; asimismo, fueron operados entre febrero de 1999 y junio de 2011 en el Centro Médico Antillano, Hospital Padre Billini y otros Centros de Santo Domingo de la República Dominicana. La técnica quirúrgica en 275 pacientes fue la cecopexia. A 28 pacientes, que además de las afecciones señaladas tenían ptosis del colon transverso, les realizamos cecocolopexia con la técnica de Rodríguez Bonet, dentro de los cuales hay seis que corresponden a reintervenciones del grupo anterior.

Resultados: En la cecopexia realizada a 275 pacientes, se observó que con este procedimiento se resuelve el problema del estreñimiento crónico en más del 83% de los pacientes y la desaparición de los síntomas asociados en el 82%. Dentro de los casos en que la cecopexia no ofrece buenos resultados se encuentran aquellos en los que las afecciones referidas están asociadas con ptosis de colon transverso que puede evidenciarse mediante cecocolografía secuencial.

Conclusiones: Nuestra técnica de cecocolopexia, realizada en 28 pacientes con ciego móvil y ptosis de colon transverso, ofrece excelentes resultados tales como desaparecer el estreñimiento en todos los pacientes y los síntomas asociados en más del 89%.

Palabras clave: Cecografía, cecopexia, cecocolopexia.

Rev Latinoam Cir 2011;1(1):18-23

*Universidad Autónoma de Santo Domingo. Hospital Docente Padre Billini. Centro Médico Antillano. Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia:

Heriberto Rodríguez Bonet
Av. Correa y Cidrón No. 10, Santo Domingo. 11109 Rep. Dominicana
E-mail: heriberto.rodriguez@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/revlatcir>

ABSTRACT

Background: Chronic constipation has become a frequent cause of medical care Worldwide. In this paper we present the efficacy of cecocolopexia for the surgical management of chronic constipation and irritable bowel syndrome when these diseases are associated with mobile cecum and ptosis of the transverse colon.

Methods: In this study we retrospectively analyzed the surgical care of 297 patients diagnosed with Chronic Constipation and Irritable Bowel Syndrome with mobile cecum detected by means of a Cecography and sequential Cecocolography. All patients were operated on, with previous consent, between February 1999 and June 2011 in Centro Medico Antillano, Hospital Padre Billini, amongst other centers in Santo Domingo, Dominican Republic. The surgical technique in 275 patients was the Cecopexy. We carried out the Cecocolopexy on 28 patients with Rodriguez Bonet technique of which 6 correspond to the re-intervention of the previous group.

Results: Cecopexy was performed in 275 patients. We observed that chronic constipation was solved in 83% of the patients and symptoms disappeared in 82% of the cases with this surgical procedure. Amongst the cases in which Cecopexy does not offer satisfying results are those in which symptoms referred to are associated with Ptosis of the transverse colon; which can be diagnosed with use of Sequential Cecocolography.

Conclusions: Our technique of Cecocolopexy performed in 28 patients with mobile cecum and ptosis of transverse colon provide excellent results since constipation was solved in all patients and symptoms associated with constipation disappeared in more than 89% of the cases.

Key words: Cecography, cecopexy, cecocolopexy.

Rev Latinoam Cir 2011;1(1):18-23

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento crónico se ha convertido en una causa frecuente de consulta médica en el mundo, hasta 1986 en los Estados Unidos cada año 2.5 millones de consultas médicas fueron motivadas por estreñimiento.^{1,2} En líneas generales, se define por la disminución de las deposiciones, dos por semana o menos, que determi-

nan fundamentalmente el llamado “estreñimiento de tránsito lento”, la excreción fecal se correlaciona con el tiempo de tránsito colorrectal, pero la frecuencia de deposiciones no es por sí misma un criterio suficiente, ya que muchas personas estreñidas describen una frecuencia normal de la defecación, pero se quejan de molestias subjetivas, como esfuerzos excesivos, plétoras en la parte baja del abdomen, sensación de evacuaciones incompletas o de expulsar heces muy duras. Esta dificultad para la evacuación corresponde al llamado “estreñimiento de salida” que habitualmente dura más de 12 semanas.³

La forma y la consistencia de las heces suelen guardar una estrecha relación con el tiempo transcurrido desde la defecación anterior, cuando el tránsito es lento hay heces duras o en forma de bolas, las heces en bolas pequeñas son más difíciles de expulsar que las grandes, pujos inusuales pueden ser requeridos para la defecación.^{4,5} Los conceptos antes expuestos son los que tomamos en cuenta clínicamente para la impresión diagnóstica de estreñimiento crónico, otros fundamentos, como los Criterios de Roma con sus diferentes modificaciones, no nos convencen en cuanto a su utilidad en clínica y concordancia para los pacientes.⁶⁻¹¹

La prevalencia del estreñimiento no es igual en todos los grupos de edad y sexo, va aumentando con la edad y es desde dos, tres y hasta seis veces mayor en el sexo femenino, el pronóstico se considera malo puesto que sólo una de cada 34 personas está libre de síntomas después de dos años.^{12,13} El Dr. Fernando Padrón de las Palmas de Gran Canaria ha realizado con éxito la cecopexia amparado en su experiencia particular y en reportes de algunos autores sobre el procedimiento y de otros más que relacionan los niveles de péptido intestinal vasoactivo, VIP, además de su relación con el estreñimiento crónico asociado con ciego móvil.¹⁴⁻²⁰

El colon irritable o síndrome de intestino irritable es un trastorno motor definido clínicamente por alteración del hábito evacuatorio, dolor abdominal y ausencia de patología orgánica demostrable, aspectos psicológicos y situaciones estresantes inciden en los síntomas de éste; de igual modo, representa uno de los trastornos gastrointestinales más frecuentes pero menos comprendidos y se caracteriza fundamentalmente por la presencia de un cuadro de dolores abdominales acompañados de diarreas, estreñimiento o ambos alternando.

El Dr. Padrón ha popularizado un estudio radiográfico simple para diagnosticar la presencia de ciego móvil, al que llama cecografía, en el cual se le da a beber al paciente entre 30 y 40 g de polvo de sulfato de bario disuelto en un vaso de agua y se ingiere diez horas antes de realizar dos tomas de Rx una acostada en posición de decúbito con inclinación de 45 grados, la cabeza abajo y la otra en posición de pie.¹⁶

De acuerdo con la relación entre la imagen de la toma en posición de decúbito y la de bipedestación y el descenso, el ciego móvil se clasifica en tres tipos:

Tipo I. El ciego en decúbito se halla en una situación anatómica normal, produciéndose un descenso del mismo en la bipedestación.

Tipo II. El ciego en decúbito está por debajo de su situación normal y desciende en posición de pie.

Tipo III. El ciego se halla en el fondo pélvico tanto en decúbito como en bipedestación.

Nosotros modificamos el estudio llamándolo Cecocolografía secuencial (CCS); ya que, generalmente realizamos también una toma radiográfica en decúbito supino, horizontal, a las 24, 48 y hasta 76 horas o más; lo que nos ayuda con la confirmación de tránsito lento y, al darle seguimiento al contraste, observar las características del colon transversal, izquierdo y recto, el Dr. Ahmed Guzmán²¹ reportó con la CCS el hallazgo de un megarrecto.

Enfoque quirúrgico

En el estreñimiento de tránsito lento que no dependa de obstáculos para la defecación se ha indicado por mucho tiempo la colectomía con ileoproctostomía y hasta la cecoproctostomía, solución quirúrgica bastante agresiva. Desde 1999 hemos realizado la cecopexia con mucho éxito de curación del estreñimiento. Los beneficios reportados con esta técnica en el colon irritable han sido observados en los casos que hemos estudiado, detectado la presencia del síndrome mediante cecocolografía secuencial y que respectivamente hemos operado.¹⁶ Pasamos de la cecopexia a la cecocolopexia en los casos de ciego móvil acompañados de ptosis de colon transversal. A continuación exponemos la experiencia que nos llevó a emplear este último procedimiento en algunos casos y la forma en que lo realizamos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos mediante estudio retrospectivo y el manejo quirúrgico de 297 pacientes, diagnosticados con estreñimiento crónico (EC) y colon irritable (CI) asociados con ciego móvil, en el periodo comprendido entre febrero 1999 y junio 2011. Los criterios empleados para catalogar a los pacientes como estreñidos crónicos fueron cumplir por más de tres meses con una o más de las siguientes condiciones: defeca menos de tres veces/semana; defeca con dificultad; sensación de defecación incompleta; deposiciones en forma de bola; heces duras. Se realizaron dos técnicas diagnósticas, la cecografía y la cecocolografía secuencial (*Figuras 1 y 2*).

La técnica quirúrgica realizada en los primeros 275 pacientes fue la cecopexia. Inicialmente comenzamos

utilizando la técnica descrita por el profesor Padrón: fijación del ciego a partir del nivel de la cresta iliaca con sutura continua de aproximadamente 5-6 cm, desde la cintilla posterior hasta la pared lateral y en sutura continua. Seis pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico mediante cecocolopexia con la técnica de Rodríguez Bonet (Figuras 3, 4 y 5). Brevemente, puntos interrumpidos con material no reabsorbible 3-0, a lo largo de la cintilla posterior, desde la base del ciego y el colon ascendente hasta parte final del tercio proximal del transverso, a una distancia entre punto y punto de 4-5 cm en el colon, que van a la pared lateral donde la distancia entre punto y punto es de uno a dos, preferiblemente de 2 cm.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre febrero de 1999 y febrero 2011 operamos 275 pacientes afectados de estreñimiento crónico o colon irritable; portadores todos de ciego móvil diagnosticados mediante ceco-

grafía o cecocolografía secuencial; 239 presentaban estreñimiento crónico y 36, colon irritable; todos fueron asociados con ciego móvil. El 81% de los pacientes tenían edades comprendidas entre los 21 y los 60 años. Los rangos etáreos fueron de 12 y 76 años, respectivamente.

Fue notorio el predominio del sexo femenino con 245 pacientes y 30 masculinos, para una relación 8.2:1. Los rangos de duración de la afección en los casos de estreñimiento crónico fueron de dos a 30 años y en el colon irritable de cuatro a 25 años. El 70% de los pacientes había recibido manejo diagnóstico y terapéutico con

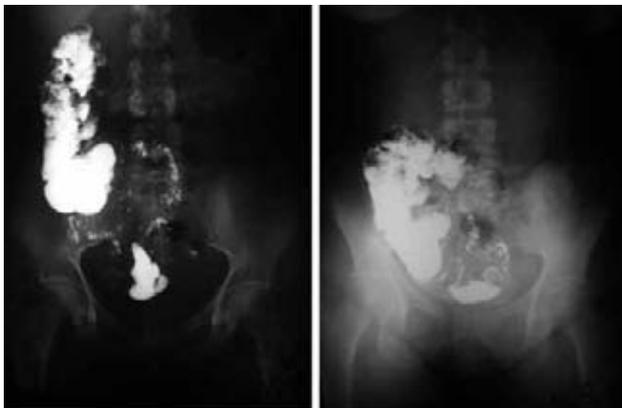


Figura 1. Cecografía que muestra la presencia de un ciego móvil tipo II.



Figura 2. Cecocolografía secuencial correspondiente a un paciente con ciego móvil tipo III que también presentaba ptosis de colon transverso.

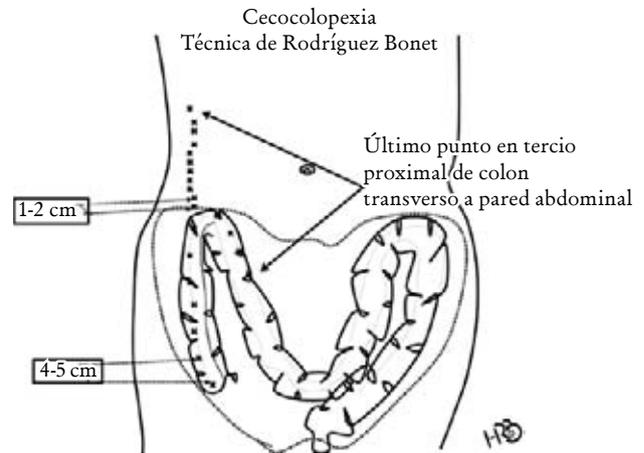


Figura 3. Técnica de Rodríguez Bonet para fijación de ciego, colon ascendente, ángulo hepático y tercio proximal del transverso a la pared lateral derecha del colon.

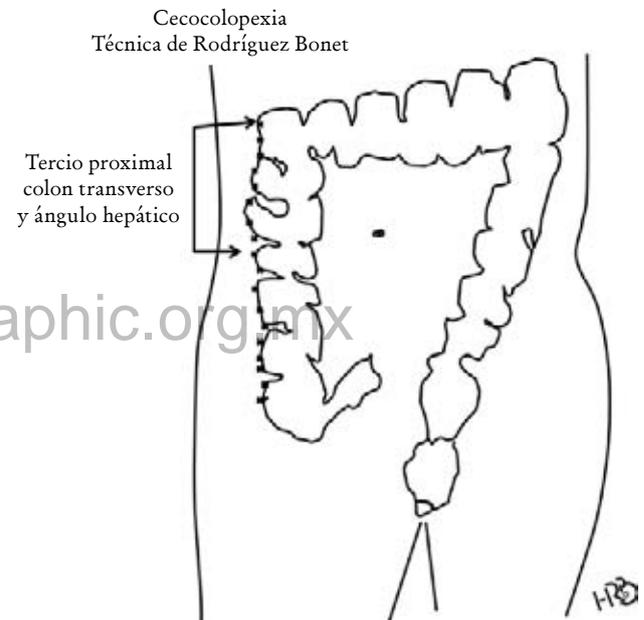


Figura 4. Esquema de la cecocolopexia terminada.

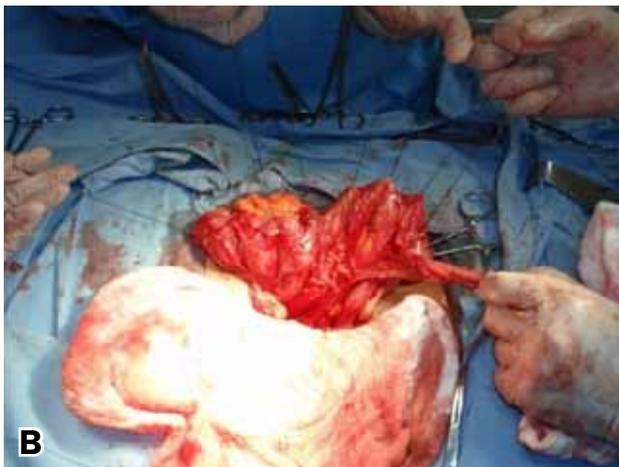
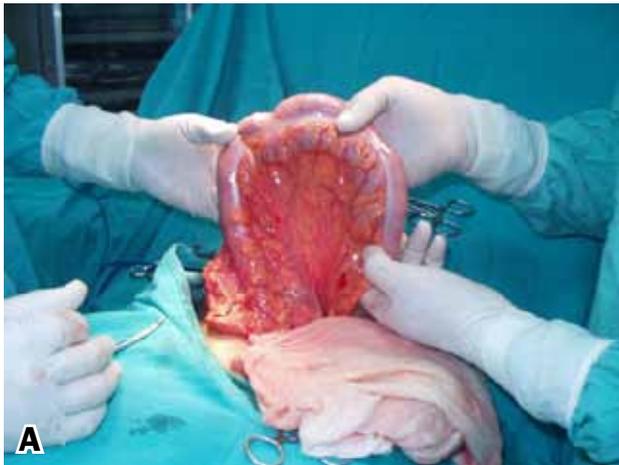


Figura 5. Cecocolopexia según técnica de Rodríguez Bonet. (A) Colon transverso, colon ascendente y ciego exteriorizado por una pequeña incisión, para cecocolopexia, en una de nuestras pacientes con ptosis de transverso asociada a ciego móvil; (B) Puntos en la cintilla posterior desde la base del ciego hasta el tercio proximal del transverso; (C) Fijación de los puntos anteriores a la pared lateral del abdomen.

uno o más gastroenterólogos. De los 275 pacientes, 261 refirieron haber recurrido al empleo de algún tipo de ayuda para defecar. El 84.3% de ellos ingerían con mucha frecuencia fibras para poder defecar, 43.7% empleaban laxantes y 29.9% debían ponerse enemas periódicamente para los mismos fines.

En el postoperatorio de 221 pacientes, 80.4% expulsaron gases dentro de las primeras 48 horas; del resto, 19.4% lo hizo entre el tercer y el cuarto día. La primera deposición después de la cecopexia ocurrió en la mitad de los pacientes dentro de los primeros cinco días, 85.4% de los pacientes defecaron por primera vez entre uno y diez días después de la cirugía (*Cuadro I*). El 14% (39) de los pacientes operados defecaron por primera vez tardíamente en el postoperatorio, y aunque mejoraron su frecuencia defecatoria posteriormente presentaron una evolución tórpida, molestias y dolores abdominales periódicos que persistieron a largo plazo. El 83.2% de 268 de los pacientes sometidos a la intervención quirúrgica de la cecopexia, seguidos durante un periodo de 6 meses a 2 años, presentaron una frecuencia normal de deposiciones por semana (*Cuadro II*). Treinta pacientes (10.9%), de los 275, presentaron dos tipos de complicaciones postoperatorias, 16 desarrollaron

Cuadro I. Primera deposición en el postoperatorio.

	Período postoperatorio	No.	%	
	0 a 2 días	70	25.5	
	3 a 5 días	93	33.8	85.4%
	5 a 7 días	53	19.3	
	8 a 10 días	20	7.3	
14%	11 a 13 días	14	5.1	
	≥ 14 días	25	9.1	
	Total	275	100.0	

Cuadro II. Seguimiento 6 meses a 2 años después de la cirugía, n = 268 pacientes.

	No. de deposiciones por semana	No. Pacientes	%	
	1	0	0	
	2	17	6.3	
	3	28	10.4	
	4	27	10.1	
	5	52	19.4	83.2%
	6	54	20.1	
	7	76	28.4	
	≥ 8	14	5.2	
	Total	268	100	

Cuadro III. Evolución de las manifestaciones asociadas después de la cecopexia, n = 275.

Síntoma	No.	Desapareció %	Mejóro %	Mantenido %
Cefalea	137	89.1	8.8	2.2
Dolor abdominal	95	94.7	5.3	0
Dist. abdominal	68	89.7	8.8	1.5
Meteorismo	66	92.4	7.6	3
Insomnio	59	72.9	20.3	6.8
Hipermenorrea	28	75	17.9	7.1
Irritabilidad	55	83.6	16.4	0
Caída del pelo	53	79.2	15.1	5.7
Frialdad distal	36	75	22.2	2.8
Acné	32	75	21.9	3.1
Halitosis	8	87.5	12.5	0
Sind. dispéptico	7	71.4	14.3	14.3

Cuadro IV. Cecocolopexia por ptosis de colon transverso asociada a ciego móvil en pacientes con estreñimiento crónico o colon irritable.

**Distribución técnica de Rodríguez Bonet
28 pacientes, entre marzo de 2008 y junio de 2011**

Reintervenciones tras cecopexia	6
EC con CM y ptosis de transverso	17
SCI con EC, ciego móvil y ptosis de transverso	5

EC: Estreñimiento crónico; CM: Ciego móvil;
SCI: Síndrome de colon irritable

cuadros pseudoobstructivos y 14 presentaron seromas. En la mayoría de los casos (82%) desaparecieron los síntomas asociados después de la cecopexia (*Cuadro III*). Operamos 28 pacientes portadores de estreñimiento crónico o colon irritable con ciego móvil, todos con ptosis de colon transverso a los que les realizamos cecocolopexia, según la técnica ya descrita (*Cuadro IV*). Todos los pacientes que operamos con esta técnica, 6 de ellos reintervenciones después de cecopexia, tenían estreñimiento crónico, el cual desapareció después de someterlos a este procedimiento. Y dentro de las dos primeras semanas empezaron a defecar normalmente (*Cuadro V*). Tres pacientes (10.7%) de los 28 en los que efectuamos cecocolopexia presentaron seromas como única complicación postoperatoria. No reportamos mortalidad en este estudio.

DISCUSIÓN

Pese a los buenos resultados de la cecopexia, nos llamó la atención un aspecto reflejado en el *cuadro I* y nos

Cuadro V. Evolución de las manifestaciones de ptosis del colon transverso asociado con ciego móvil en pacientes con estreñimiento crónico o colon irritable (n = 28).

Síntomas asociados	Preoperatorio		Postoperatorio		
	No.	No.	%	Mejóro	Persiste
Dolor tipo cólico en hipogastrio	14	12	85.7	1	1
Sensación de plenitud en hipogastrio	16	14	87.5	2	
Distensión en bajo vientre	9	8	88.9	1	
Meteorismo	12	11	91.7	1	
Dificultad para iniciar la micción	1	1	100		
Dispareunia	1	1	100		
Disurias a repetición	7	5	71.4	1	1

preguntamos qué pudo haber pasado con ese 14% de casos que presentaron una primera defecación tardía y una evolución tórpida; así como lo sucedido con ese 16.8% restante del *cuadro II* que carecía de un promedio de defecaciones por semana aceptable, algunos de ellos, aunque presentaron mejoría, continuaron con dolores abdominales, distensión y molestias abdominales; además de que en 3.8% de los casos se mantuvieron los síntomas asociados (*Cuadro III*). A partir de dicho sumario procedimos a analizar los expedientes así como los estudios radiográficos, y lo que más llamó nuestra atención fue que en la mayoría de estos casos la cecocolografía secuencial presentaba un ciego móvil tipo II o III pero acompañados todos de una ptosis del colon transverso, verificada al reevaluar las cecocolografías secuenciales y observada en varios pacientes durante la cecopexia, lo cual nos condujo a desarrollar una técnica tal que nos permitiera hacer la cecopexia y también fijar el resto del colon derecho, ángulo hepático y tercio proximal del colon transverso en la pared lateral derecha, cecocolopexia según técnica del autor para evitar los trastornos postoperatorios que, según entendemos, guardan relación con la presencia de ptosis del transverso cuando éste está presente.

CONCLUSIONES

Finalmente debemos señalar que, basado en esta experiencia, consideramos que en los pacientes con estreñimiento crónico y en el colon irritable asociado con ciego móvil, la cecopexia es la opción quirúrgica ideal, menos agresiva y de mejores resultados. Estimamos que la cecocolografía secuencial debe sustituir a la simple cecografía, pues cubre un mayor espectro

diagnóstico. En los casos de estreñimiento crónico y colon irritable con ciego móvil acompañados de ptosis de colon transverso la técnica quirúrgica de cecocolopexia, descrita en este artículo y desarrollada por el autor, debe ser la de elección, antes que la simple cecopexia.

REFERENCIAS

- Sela CJ. La Colmena. Barcelona: Edit Vincens Vives; 1987: 7.
- Sonnenberg A, Koch IR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci* 1989;34:606-611.
- Rendtorff R, Kashgarian M. Stool patterns of healthy adults males. *Dis Colon Rectum* 1967;10:222.
- Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dicke C, Melton J. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991;101:927-934.
- Lennard-Jones JE. Constipation. In: Feldman M, Lawrence SF, Sleisenger MH eds. *Sleisenger and Fordtrand's Gastrointestinal and Liver Disease*. 7th edition. Philadelphia: Elsevier; 2002:181-210.
- Heaton KW, Ghosh S, Braddon FE. How bad are the symptoms and bowel dysfunction of patients with the irritable bowel syndrome? A prospective, controlled study with emphasis on stool form. *Gut* 1991;32(1):73-79.
- Agreus L, Svardsud, Nyren O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995;109:671-680.
- Talley NJ, Zinsmeister AR, Melton LJ. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995;142(1):76-83.
- Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE. Rome II: A multinational Consensus Document on functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl II).
- Vanner SJ et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94(10):2912-2917.
- Boyce PM, Koloski NA, Talley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? *Am J Gastroenterol* 2000;95(11):3176-3183.
- Devroede G. Constipation. In: Sleisenger MH, Fordtran JS, eds. *Gastrointestinal disease*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1993:837-887.
- Bleijenberg G, Kuijpers HC. Treatment of the spastic pelvic floor syndrome with biofeedback. *Dis Colon Rectum* 1987;30:108-111.
- Wims M. Fijación del ciego móvil para el tratamiento de la llamada apendicitis crónica. *Zentralblatt für chirurgie* 1908;37:1089-1109.
- Goligher J. Cirugía del ano, recto y colon. 21 edición. Barcelona: Salvat; 1987:330.
- Padrón F, Anía B. El estreñimiento es una enfermedad. 1a edición. Barcelona: Edit. Jims; 1995:43-46.
- Koch IR, Carney JA, Go L, Go VLW. Idiopathic chronic constipation is associated with decreased colonic vasoactive intestinal peptide. *Gastroenterology* 1988;94:300-310.
- Milner P, Crowe R, Kamm MA, Lennard-jones JE, Burnstock G. Vasoactive intestinal polypeptide levels in sigmoid colon in idiopathic constipation and diverticular disease. *Gastroenterology* 1990;99:666-675.
- Polak JM, Bloom SR. Distribution and tissue localization of VIP in the central nervous system and in seven peripheral organs. In: Said SI, ed. *Vasoactive intestinal peptide. Advances in peptide hormone*. Research series. Nueva York: Raven Press; 1982:107-120.
- McGuigan JE. Hormones of the gastrointestinal tract. In: DeGroot Li, ed. *Endocrinology*. Philadelphia: Saunders; 1989:2741-2768.
- Guzmán A. El ciego móvil puede dar origen a un megacolon adquirido o dolicocolon. Estudio preliminar. Presentación de un caso. *Cirugía (St. Domingo)* 2000;5(2):96-100.