

Prolapso del reservorio en J en el post-operatorio alejado de una resección anterior baja

Agustín A. Alesandrini, Juan A. Perriello, Nadia Miranda, Lisandro Álvarez Martín, Agustina S. Hermida

Hospital Privado de La Comunidad, Mar Del Plata, Argentina

RESUMEN

Para mejorar los resultados funcionales en los pacientes con resección anterior baja, se han desarrollado distintas técnicas que mejoran la calidad de vida de estos pacientes, entre las que se encuentra la reconstrucción mediante una bolsa colónica en J. Presentamos un paciente con una resección anterior y anastomosis coloanal con un reservorio colónico en J por un tumor de recto a 5 cm del margen anal, que a los 7 años presentó un prolapso del reservorio en J a través del ano. Para su corrección se realizó una pexia ventral del reservorio con malla, por vía laparoscópica.

Palabras clave: *reservorio en J, prolapso*

ABSTRACT

To improve the functional outcome and quality of life of patients with low anterior resection, various techniques have been developed, including reconstruction with a J-shaped colonic pouch.

We present a patient who underwent anterior resection and coloanal anastomosis with a J-pouch for a rectal tumor 5 cm from the anal verge and presented with prolapse of the pouch through the anus 7 years later. Laparoscopic ventral mesh pouch pexy was performed for repair.

Keywords: *J-pouch; Prolapse*

INTRODUCCIÓN

La resección del recto por cualquier causa podría alterar la funcionalidad evacuatoria.¹⁻³ Para mejorar estos resultados funcionales, Lazorthes et al.⁴ y Parc et al.⁵ presentaron una técnica reconstructiva alternativa confeccionando una bolsa colónica en J anastomosada directamente al ano para mejorar la capacidad del colon descendido y generar un reservorio colónico.

El prolapso a través del ano de un reservorio colónico es una patología extremadamente infrecuente, habiendo muy escasos reportes en la bibliografía.^{6,7}

El objetivo de este reporte es presentar un paciente sometido a resección anterior baja por cáncer del recto con confección de un reservorio en J, quien durante el seguimiento presentó un prolapso del mismo a través del canal anal.

CASO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 68 años de edad, con antecedente de adenocarcinoma del recto inferior T3N1M0 diagnosticado en 2015, que recibió neoadyuvancia (radioterapia concurrente con capecitabine). Por respuesta incompleta, se realizó posteriormente por vía laparoscópica una escisión total del mesorrecto con anastomosis coloanal y un reservorio colónico en J. Posteriormente, realizó tratamiento adyuvante con capecitabine por 3 meses. Hasta 2022 se encontraba libre de enfermedad oncológica y con funcionalidad satisfactoria según el score de Öresland.⁸

A los 7 años de la cirugía consulta por la aparición de un bulto a nivel del ano luego de un esfuerzo defecatorio, que logra reintroducir mediante maniobras digitales. Al examen físico, presentaba un esfínter hipotónico y luego de una pequeña maniobra de Valsalva, se objetivó el prolapso del reservorio a través del ano (Fig. 1).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Agustín A. Alesandrini:** agustinalesandrini91@gmail.com

Fecha recepción: 19/7/2024 Fecha aprobación: 18/2/2025

Alesandrini A.: <https://orcid.org/0000-0002-9821-8360>, Perriello J.A.: <https://orcid.org/0000-0002-2739-7242>, Miranda N.: <https://orcid.org/0009-0002-6109-6731>,

Álvarez Martín L.: <https://orcid.org/0009-0000-2798-5979>, Hermida A.: <https://orcid.org/0009-0001-1382-6309>



Figura 1. Prolapso del reservorio colónico luego de una maniobra de Valsalva.

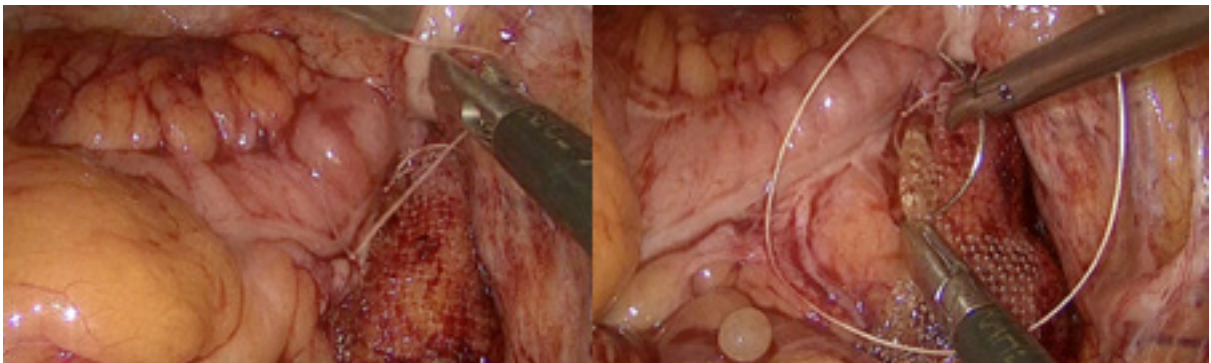


Figura 2. Pexia del reservorio con malla de polipropileno fijada con puntos irreabsorbibles.

Ante estos hallazgos, se decidió el tratamiento quirúrgico, previa videocolonoscopia en la que se descartaron otras lesiones. Se realizó una pexia ventral del reservorio con malla. Se identificó inicialmente el reservorio prolapsado hacia la pelvis menor, se movilizó y reintrodujo hacia la cavidad. Se realizó la fijación ventral con una malla de polipropileno (Fig. 2).

El paciente tuvo una recuperación adecuada, sin complicaciones ni nuevas interurrencias durante los 3 años de seguimiento. No hubo alteraciones funcionales luego de la cirugía.

DISCUSIÓN

El reservorio colónico más utilizado es el reservorio en J. Esta técnica es ampliamente preferida debido a su facilidad y rapidez de construcción, así como a sus buenos resultados funcionales.^{9,10}

Las complicaciones inmediatas son similares a las que presentan las anastomosis sin reservorio.¹¹ Con respecto a las complicaciones en el largo plazo, el prolapso del a través del ano es poco frecuente, con escasos casos reportados.^{6,7}

Sin embargo, se han reportado casos de prolapso del neorrecto en pacientes sin reservorio y los factores asociados a esta complicación son el sexo femenino, la radioterapia preoperatoria y la cirugía miniinvasiva.¹² En este caso, el paciente presentaba como factores predisponentes la radioterapia preoperatoria, la laxitud propia de los pacientes añosos y la cirugía laparoscópica previa que genera menos adherencias, facilitando el prolapso.

El diagnóstico de esta entidad puede ser realizado mediante el examen físico, quedando reservados los estudios complementarios ante las dudas diagnósticas. El prolapso debe ser siempre corregido por vía quirúrgica, ya sea por vía anterior o perineal.^{13,14}

CONCLUSIÓN

El prolapso del reservorio colónico a través del ano luego de una resección anterior ultrabaja es una complicación muy infrecuente. En este caso, para corregir el defecto se realizó una rectopexia ventral con malla con resultados satisfactorios.

REFERENCIAS

1. Keighley MR, Matheson D. Functional results of rectal excision and endo-anal anastomosis. *Br J Surg.* 1980;67, 757-61.
2. Suzuki H, Matsumoto K, Amano S, Fujioka M, Honzumi M. Anorectal pressure and rectal compliance after low anterior resection. *Br J Surg.* 1980;67:655-57.
3. Williams NS, Price R, Johnston D. The long-term effect of sphincter preserving operations for rectal carcinoma on function of the anal sphincter in man. *Br J Surg.* 1980;67:203-8.
4. Lazorthes F, Fages P, Chiotasso P, Lemozy J, Bloom E. Resection of the rectum with construction of a colonic reservoir and colo-anal anastomosis for carcinoma of the rectum. *Br J Surg.* 1986;73(2):136-38.
5. Parc R, Tiret E, Frileux P, Moszkowski E, Loygue J. Resection and colo-anal anastomosis with colonic reservoir for rectal carcinoma. *Br J Surg.* 1986;73(2):139-41.
6. Hida J, Yasutomi M, Maruyama T, Yoshifuji T, Tokoro T, Wakano T, et al. Detection of a rectocele-like prolapse in the colonic J-pouch using pouchography: cause or effect of evacuation difficulties? *Surg Today.* 1999;29(12):1237-42.
7. Manceau G, Tan V, Ahmed O, Siksik JM, Vaillant JC, Karoui M. How I do a colonic J-pouch prolapse repair after coloanal anastomosis with an aponeurotic graft. *ANZ J Surg.* 2019;89(1-2):115-16.
8. Berndtsson I, Lindholm E, Oresland T, Börjesson L. Long-term outcome after ileal pouch-anal anastomosis: function and health-related quality of life. *Dis Colon Rectum.* 2007;50:1545-52.
9. Maspero M, Hull TL. State of the art: Pouch surgery in the 21st century. *Dis Colon Rectum.* 2024;67(S1):S1-S10.
10. Miller-Ocuin JL, Dietz DW. The evolution of pelvic pouch surgery: Optimal pouch design for an ileal pouch anal anastomosis. *Clin Colon Rectal Surg.* 2022;35(6):453-57.
11. Brown S, Margolin DA, Altom LK, Green H, Beck DE, Kann, BR, et al. Morbidity following coloanal anastomosis: A comparison of colonic J-pouch vs straight anastomosis. *Dis Colon Rectum.* 2018;61(2):156-61.
12. Baltazar JPA, López MPJ, Onglao MAS. Neorectum prolapse after rectal cancer surgery corrected with perineal stapled prolapse resection. *BMJ Case Reports.* 2022;15(1):e246356.
13. Zaman S, Mohamedahmed AYY, Ayeni AA, Peterknecht E, Mawji S, Albendary M, et al. Comparison of the colonic J-pouch versus straight (end-to-end) anastomosis following low anterior resection: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis.* 2022;37(4):919-38.
14. Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar SD, Gaertner W, Feingold DL, et al. Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2017;60(11):1121-31.