



11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CAMBIOS HISTOLÓGICOS EN LAS BOLSAS  
ILEOANALES DE PACIENTES CON C.U.C.I.  
POSTOPERADOS DE PROCTOCOLECTOMÍA  
TOTAL CON RESERVORIO EN "J"

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO FLORES CARRANZA

ASESOR

DR. JESÚS ARENAS O.

Jefe de División de Enseñanza e Investigación del  
Hospital de Especialidades C.M.N. La Raza.



MÉXICO, D. F.,

2004.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

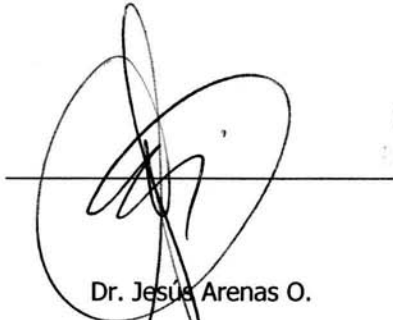
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA



Dr. Jesús Arenas O.

Jefe de Enseñanza del Hospital de Especialidades C.M.N. La Raza



Dr. Jesús Arenas O.

Asesor de Tesis



SUPERVISIÓN DE REALIZACIÓN  
DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

A stylized signature of Dr. Alejandro Flores Carranza.

Dr. Alejandro Flores Carranza.

Medico Residente Cirugía General

2000- 690 - 0038

**Título del Proyecto: CAMBIOS HISTOLOGICOS EN LAS BOLSAS ILEOANALES DE PACIENTES CON CUCI, POSTOPERADOS DE PROCTOLECTOMIA TOTAL CON RESERVORIO EN "J".**

**Investigador: Dr. Alejandro Flores Carranza.**

**Asesor de Tesis: Dr. Jesús Arenas O.**

**Departamento a realizar el proyecto: Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional la Raza.**

**Departamento de Anatomía patológica del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional la Raza.**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: ALEJANDRO FLORES  
CARRANZA

FECHA: 20/04/2004

FIRMA: 

## INDICE.

SUBTITULO	PAGINA
Objetivo.....	4
Introducción.....	5
Material y Métodos .....	8
Resultados .....	10
Discusión.....	11
Bibliografía.....	12

CAMBIOS HISTOLOGICOS EN LAS BOLSAS ILEOANALES DE PACIENTES CON CUCI, POSTOPERADOS DE PROCTOLECTOMIA TOTAL CON RESERVORIO EN "J".

OBJETIVO GENERAL: DETERMINAR SI LOS PACIENTES OPERADOS DE PROCTOLECTOMIA TOTAL CON RECONSTRUCCION EN BOLSA ILEOANAL EN "J" POR C.U.C.I. PRESENTAN ALGUN GRADO DE DISPLASIA EN LA BOLSA ILEOANAL.

## **Introducción:**

La anastomosis del reservorio ileal con el canal anal, consiste en la remoción del ciego, el colon, el recto y la mucosa del canal anal alto con la creación de un reservorio ileal. Se conservan los músculos del piso de la pelvis y del esfínter anal. Posteriormente se desciende el reservorio creado y se anastomosa al canal anal en la línea pectínea. Este procedimiento elimina las enfermedades de la mucosa del colon y recto tratando de conservar la continencia fecal, por lo que se ha convertido en la operación de elección en muchos pacientes con colitis ulcerosa crónica y poliposis adenomatosa familiar.

El concepto de la conservación del esfínter anal y el mantenimiento de la continuidad intestinal después de la resección del colon y recto no es nuevo. En 1888, Julius von Hochenegg, en Viena llevo a cabo un telescopaje colo-anal. En 1910, Vignolo, en Pisa interpuso un segmento aislado de ileon para cerrar la brecha entre el colon sigmoides y el ano después de una resección abdomino-sacra por enfermedad maligna del recto. La primera anastomosis íleo anal se atribuye a Rudolph Nissen, en Berlín, quien en 1933 llevó a cabo una proctocolectomía total con una anastomosis íleo anal en un niño de 10 años con poliposis. Ravitch, en 1948, llevo a cabo una proctocolectomía total con mucosectomía anorrectal y la anastomosis íleo anal en forma exitosa en 2 pacientes. Sin embargo esta operación nunca se popularizo. En 1952 se realizo



una revisión de la literatura por Best, el cual revela resultados globales satisfactorios aproximadamente en el 50% de los casos.

Para resolver los problemas de las deposiciones frecuentes, desequilibrios hidroelectrolíticos, fístulas y abscesos, Valiente y Bacon crearon, en 1955, un reservorio similar al reservorio en S que se usa en la actualidad y lo nombraron reservorio en pantalón. En 1977, Martin, LeCoultre y Shubert informaron acerca de una proctocolectomía con mucosectomía ano-rectal hasta 1 cm por encima de la unión muco cutánea. El ileon terminal(sin reservorio) se anastomosó al canal anal, realizando también una ileostomía en asa complementaria. Los resultados en 15 pacientes fueron satisfactorios, con buena continencia fecal. Globalmente las complicaciones fueron significativas, en particular las infecciones pelvianas y los abscesos del manguito.

La anastomosis íleo anal gozó de breve popularidad a fines de la década de 1970 y comienzos de la década de 1980. Rápido resultado obvio la necesidad de un reservorio para disminuir la cantidad de deposiciones observadas en los pacientes.

Entre el 1 de enero 1981 y el 16 de agosto de 1993 en la Mayo Clinic se realizaron 1500 procedimientos, la edad de los pacientes variaba entre de 12 a 64 años con un promedio de 32 años. El 53% de los pacientes eran hombres y 47% mujeres. El 88% fue por C.U.C.I. y el 12 % por una poliposis adenomatosa. El resultado de la operación llevo un seguimiento de 1 año a mas de 10 años en donde se observo inflamación de la bolsa íleo anal en el 28% de los pacientes.

El reservorio íleo anal desarrolla una anatomía de la mucosa alterada cuando se compara con íleon normal. Se observa un aplanamiento y acortamiento de las vellosidades del intestino y las criptas se elongan y muestran una tasa aumentada de producción de células de las criptas.

Se ha descrito la aparición de displasia y carcinoma en la mucosa del canal anal proximal en pacientes con C.U.C.I.

De 1980 a 1992 149 fueron llevados a cirugía en el Hospital universitario de Huddinge University, realizándose proctocolectomía con reconstrucción en bolsa íleo anal. Se encontró displasia durante el seguimiento en 5 pacientes, de los cuales 4 eran displasia de bajo grado.

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realizó un estudio Observacional, Retrolectivo-Prospectivo, Abierto de Casos y Controles; efectuado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza.

Se incluyeron pacientes en control por consulta externa, en donde se formó un grupo Postoperados de Proctocolectomía Total por C.U.C.I. a los cuales se reconstruyeron con Bolsa ileoanal en "J".

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, Tratados en el HECMNR con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, no se incluyeron pacientes con otras enfermedades tales como Crohn, Angiodisplasia, Poliposis adenomatosa familiar, y enfermedad diverticular del sigmoides.

Como criterios de exclusión se consideró en pacientes que presentaran alguna complicación durante el procedimiento de toma de la muestra, a pacientes que se tuvo que convertir el reservorio ileoanal a ileostomía terminal.

La proctocolectomía Total con Bolsa Ileoanal en "j", consiste en resección de la totalidad del Colon y Recto realizándose reconstrucción con una bolsa de ileon terminal en forma de J la cual se anastomosa al Ano.

Para la toma de la biopsia se utilizó un Rectosigmoidoscopio y una pinza de biopsia eligiéndose un sitio al azar en la bolsa ileoanal, La muestra se introdujo en formol y se procesó por el servicio de patología incluyéndose en parafina y realizándose tinción con H&E. Las muestras se analizaron por un solo patólogo, en busca algún grado de displasia la cual se clasifica de bajo y alto grado.

Displasia de bajo grado: crecimiento e hiperchromacia nuclear con presencia de muco-producción.

Displasia de Alto grado: ramificación irregular de las glándulas y criptas espalda con espalda, núcleos grandes ovals, hiperchromaticos y pseudoestratificación.

El análisis estadístico se realizó utilizando el programa de computo SPSS 10

**Resultados:**

Se revisaron 6 pacientes en el Hospital de Especialidades de Centro Medico Nacional La Raza de los cuales se obtuvo un promedio de edad de 37 años con un rango de 25 a 52 años de edad. En cuanto al sexo 4 pacientes mujeres y 2 hombres.

Se Analizo el periodo desde la cirugía a la fecha del estudio el cual e mide en meses con una media de 25 meses con un rango de 28 a 36 meses.

El numero de evacuaciones al día que los pacientes referían en promedio fue de 5 con un rango de 4 a 7 evacuaciones.

El Estudio histopatológico realizado mostró que los 6 pacientes estudiados solo cursaban con atrofia de la mucosa intestinal del la bolsa ileoanal en J. Por lo anterior ninguna de las variables estudiadas tiene significancia estadística.

**Discusión:**

Solo podemos concluir que no pudimos demostrar que nuestros pacientes con C.U.C.I. postoperados de proctocolectomia total por con Bolsa ileoanal en "J" puedan cursar con algún grado de displasia en la bolsa. Nuestro numero de pacientes es muy pequeño por lo que será necesarios estudios posteriores con una muestra mas adecuada para poder definir si se puede presentar displasia en este tipo de pacientes.

**Bibliografía:**

- 1.- Adenocarcinoma in a Ileal Pouch for Ulcerative colitis. Dis Colon Rectum, july;1995:779.**
- 2.- Yehiel Ziv, Fazio W, Sirimarco M, et All. Incidence, Risk Factors, and Treatment of Dysplasia in the Anal Transitional Zone After Ileal Pouch-Anal Anastomosis. Dis Colon Rectum 1994;37:1281-1285.**
- 3.- Marcelo P, schoetz D, Roberts P, Et All. Evolutionary Changes in the Pathologic Diagnosis After the Ileo-Anal Pouch Procedure. Dis Colon Rectum 1997;40:263-269.**
- 4.- Tialnem J, Matiksinen M. Health-Related Quality of life after Ileal J-Pouch-Anal Anastomosis for Ulcerative Colitis: Long Term Results. Scand J Gastroenterol 1999;6:601-605.**
- 5.- Penna C, Dozois R, Tremaine W, Et all. Pouchitis After Ileal Pouch-Anal Anastomosis for Ulcerative Colitis Occurs with Increased frequency in Patients with Associated Primary Sclerosing Cholangitis. Gut 1996;38:234-239.**
- 6.- Golberg P, Herbst F, Beckett c, Et All. Leukocyte Typing, Cytokine Expression, And Epithelial turnover in the Ileal Pouch in Patients With Ulcerative Colitis and Familial Adenomatous Polyposis. Gut 1996;38:549-553. Br J Surg 1998;85:800-803.**

- 7.- Odze Robert. Adenomas and Adenoma-Like DALMs in Chronic Ulcerative Colitis: A Clinical, Pathological, and Molecular Review. Am J Gastroenterol 1999;94:1746-1750.**
- 8.- Megher A, Farouk r, Dozois R, Et Al. J Ileal Pouch-Anal Anastomosis for chronic Ulcerative Colitis: Complications and Long-Term Outcome in 1310 patients.**
- 9.-Fazio V, Tjandra J. Ileal Pouch Advancement for Anorectal Dysplasia or Inflammation after restorative Proctocolectomy. Dis Colon Rectum 1994;37:108-111.**
- 10.- Stahlberg D, Gullberg K, Liljeqvist L. Pouchitis Following pelvic pouch operation for ulcerative Colitis. Dis Colon Rectum 1996;39:1012-1018.**