



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Posgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social

Unidad Medica de Alta Especialidad “Dr. Antonio Fraga Mouret”  
Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional “La Raza”  
Departamento de Coloproctología

**“COMPLICACIONES A CORTO Y LARGO PLAZO EN PACIENTES CON  
POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR SOMETIDOS A  
PROCTOCOLECTOMÍA RESTAURADORA, HECMNR”**

**TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO EN LA ESPECIALIDAD DE  
C O L O P R O C T O L O G I A**

**P R E S E N T A:**

**DR. NETZAHUALCOYOTL GARCIA TORREBLANCA.**

**ASESOR:**

**DR. MIGUEL BLAS FRANCO.**

México DF. 2009





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.

**DR. JESUS ARENAS OSUNA**  
**Jefe de División de Educación En Salud**  
**Hospital de Especialidades Centro Médico La “Raza”**

**Dr. MIGUEL BLAS FRANCO**  
**Médico adscrito al Servicio de Coloproctología.**  
**Hospital de Especialidades Centro Médico La “Raza”**

**DR. NETZAHUALCOYOTL GARCIA TORREBLANCA.**  
**Residente del 6to Año de Coloproctología.**  
**Hospital de Especialidades Centro Médico La “Raza”**

**No.: R-2008-3501-113**

**Í N D I C E**

	<b>PAGINA</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>I. Introducción</b> .....	<b>6</b>
<b>II. Material y métodos</b> .....	<b>13</b>
<b>III. Resultados</b> .....	<b>15</b>
<b>IV. Discusión</b> .....	<b>19</b>
<b>V. Conclusión</b> .....	<b>21</b>
<b>VI. Bibliografía</b> .....	<b>22</b>
<b>VII. Anexos</b> .....	<b>23</b>

**RESUMEN:**

**Título:** Complicaciones a corto y largo plazo en pacientes con poliposis adenomatosa familiar sometidos a proctocolectomía restauradora en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”

**Objetivo:** Determinar complicaciones a corto y largo plazo en pacientes con poliposis adenomatosa familiar sometidos a proctocolectomía restauradora en el Hospital de Especialidades “La Raza”

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo, abierto, realizado en el hospital de especialidades “La Raza”. Revisamos expedientes de pacientes con poliposis adenomatosa familiar sometidos a proctocolectomía restauradora del 01 de febrero del 2003 hasta el 31 octubre del 2007. Determinamos complicaciones a corto y largo plazo: sangrado postoperatorio, infección de herida, tromboembolismo, dehiscencia de anastomosis, abscesos intrabdominales, pélvicos, linfocele, incontinencia, pouchitis, estenosis y número de evacuaciones diarias. Estadística descriptiva.

**Resultados:** Se estudiaron 16 pacientes, 4 sometidos a cirugía laparoscópica y 12 cirugía abierta, 7 hombres y 9 mujeres, complicaciones a corto plazo se presentaron en 9 pacientes, de largo plazo en 11 pacientes. Infección de herida quirúrgica en 6 y pouchitis en 6 pacientes, número de evacuaciones promedio 5.1, grado de incontinencia de 4 puntos de Wexner. Estenosis 2 casos.

**Conclusión:** Las complicaciones relacionadas a proctocolectomías restauradoras en pacientes con PAF, se encuentran en rangos similares a los reportados en la literatura mundial.

**Palabras clave:** Poliposis adenomatosa familiar, proctocolectomía, complicaciones.

**SUMMARY:**

**TITLE:** Short and long-term complications of restorative proctocolectomy in patients with Familial Adenomatous Poliposis in the National Medical Center, Specialty Hospital La Raza.

**Objective:** to determine short and long-term complications of restorative proctocolectomy in patients with Familial Adenomatous Poliposis in the National Medical Center, Specialty Hospital La Raza.

**Materials and methods:** Retrospective, cross-sectional, descriptive, open study, performed in the the National Medical Center, Specialty Hospital La Raza. We reviewed medical charts of patients with Familial Adenomatous Polyposis, submitted to restorative proctocolectomy during the period comprised from February 1, 2003 to October 31, 2007. We determined short and long-term complications: postoperative bleeding, surgery site infection, thromboembolism, lymphocele, incontinence, pouchitis, stenosis and number of stools per day.

Descriptive statistics.

**Results:** Sixteen patients were reviewed, 4 submitted to laparoscopic surgery and 12 to open surgery; 7 male patients and 9 female; short-term complications arose in 9 patients and 11 presented long-term complications. There was surgery-site infection in 6 and pouchitis in 6 patients. The mean number of stools per day was 5.1, with a grade of incontinence of 4 on the Wexner scale. There were 2 cases of stenosis.

**Conclusion:** The complications related to restorative proctocolectomy in patientes with FAP, are among the range established in world data.

**Key words:** Familial adenomatous Poliposis, proctocolectomy, complications.

## INTRODUCCION:

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria, de carácter autosómico dominante, que determina la formación de pólipos adenomatosos a nivel de colon y recto así como en otros sitios del tubo digestivo, causada por la mutación de un gen supresor tumoral llamado adenomatous polyposis coli (APC). La PAF puede acompañarse de una variedad de manifestaciones extracolónicas con afección de diversos órganos.<sup>1, 2, 3, 4</sup>

Los pacientes con PAF desarrollan cientos o miles de pólipos según la variedad de ésta adenomatosos de colon y recto en la segunda o tercera décadas.<sup>2</sup>

La incidencia de PAF es de 1 caso por cada 7000 a 8000 nacidos vivos y solo el 20% de los pacientes con PAF carecen de antecedente familiar, en cuyo caso el problema se atribuye a mutaciones espontáneas. En la PAF sin tratamiento apropiado prácticamente 100% de los individuos afectados desarrollarán un adenocarcinoma invasor y es la causa del 1% del cáncer colorrectal.<sup>2, 3</sup>

La PAF presenta manifestaciones extracolónicas específicas incluyendo hipertrofia congénita del epitelio pigmentoso de la retina, pólipos en el tracto digestivo superior y tumores desmoides.<sup>2</sup>

Una de las principales manifestaciones extracolónicas está dada por los adenomas duodenales. El cáncer de la parte proximal del intestino delgado es una de las dos primeras causas de muertes en pacientes con PAF a los cuales ya se les practicó una

colectomía, En estos casos las lesiones están presentes en el duodeno en casi 100% de los pacientes. Se desarrollan en el tracto digestivo alto en mas del 95% de los pacientes con PAF evaluados por endoscopia, se han señalado la existencia de pólipos periampulares hasta el 90% de los pacientes afectados por PAF. Los pólipos gástricos adenomatosos son pocos comunes y se encuentran con mayor frecuencia en el fondo del estomago, con una prevalencia del 27 al 73%. El adenocarcinoma gástrico puede desarrollarse de un adenoma del antro gástrico preexistente. La severidad de la poliposis en el duodeno se incrementa con la edad.<sup>1,4</sup>

Los tumores desmoides son localmente agresivos pero histológicamente benignos, son neoplasias monoclonales compuestas por fibroblastos diferenciados en proliferación, ocurren en por lo menos 10 al 17% de los individuos con PAF. El riesgo de padecer un tumor desmoides es de 21% a los 10 años de edad, disminuye a los 50 años 18%. El enorme crecimiento de estas lesiones provoca erosión de las vísceras adyacentes y se coloca como primera causa de muerte por PAF en algunas series, donde la oclusión intestinal es la principal complicación. Los tumores desmoides se caracterizan por una alta tasa de recurrencia. La quimioterapia ha demostrado poca utilidad en el tratamiento de este tipo de tumores. Las complicaciones graves y causas de mortalidad por este tipo de tumores es la erosión de los vasos sanguíneos, fístulas entéricas con sepsis secundaria y las complicaciones mayores por cirugía del tumor desmoides.<sup>5,6</sup>

Las lesiones características a nivel ocular es la denominada hipertrofia congénita del epitelio retiniano pigmentado, el estudio se lleva a cabo con un examen de fondo de ojo, el aspecto característico es el de una lesión pigmentada aislada, plana, bien delimitada de forma redonda u oval con un halo pálido, al estudio microscópico esa lesión

corresponde a un hamartoma, la incidencia de esta lesión en pacientes con PAF es de 90% y se ha encontrado en forma bilateral hasta en un 78% de los casos. Se puede considerar como un marcador fenotípico temprano de PAF ya que se encuentra desde el periodo prenatal.<sup>5</sup>

Los osteomas son tumores benignos que pueden localizarse prácticamente en cualquier hueso, pero preferentemente se encuentran en el maxilar.<sup>5</sup>

#### TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Los pacientes con PAF desarrollarán cáncer colorrectal casi invariablemente al llegar a los 40 años si no son tratados de manera adecuada, el tratamiento ideal para evitar este grave problema debe incluir la escisión total del colon y del recto, de ser posible debe restaurarse el mecanismo defecatorio mediante la creación de un reservorio anal anastomosado al ano ya sea vía laparoscópica o de forma tradicional de preferencia con ileostomia derivativa como protección de la anastomosis ileorrectal. Entre las intervenciones quirúrgicas mas socorridas se encuentran: proctocolectomía con reservorio ileal, proctocolectomía con ileostomía continente y colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal.<sup>1, 3, 4, 5</sup>

La proctocolectomía con construcción de un reservorio ileal (CPR) y la colectomía con anastomosis ileorrectal (AIR) son las técnicas usadas mas frecuentemente. La realización de una AIR conlleva a la vigilancia endoscópica regular del recto remanente, a pesar de lo cual 7% desarrolla un cáncer de recto luego de una media de seguimiento de 11 años.<sup>7</sup>

El criterio de selección entre una colectomía total con ileorecteanastomosis y una proctocolectomía con reservorio ileal va a depender del número de pólipos en el recto, menos de 20 pólipos se opta por una colectomía con íleo-recto anastomosis con control del recto residual con rectoscopias y en caso de aparición de nuevos pólipos manejarlo con tratamiento médico como el sulindaco o inhibidores de la Cox2.<sup>7</sup>

Alguna vez la proctocolectomía con ileostomía definitiva se utilizó como el mejor método quirúrgico para la PAF, técnicamente más sencilla que las otras pero dejando a un lado el mecanismo defecatorio, por lo que actualmente no se prefiere en pacientes jóvenes.<sup>7</sup>

Actualmente el mejor método preferente para el tratamiento quirúrgico para la PAF y sobre todo por vía laparoscópica es la proctocolectomía con reservorio ileoanal ya que se tiene buenos resultados en cuanto al mecanismo defecatorio y eliminación definitiva de la enfermedad.<sup>8</sup>

La proctocolectomía con reservorio ileoanal (restauradora) realizada por laparoscopia, ha demostrado la factibilidad de esta cirugía con tasas de morbilidad que son comparables con la cirugía abierta y con el beneficio de una menor estancia intrahospitalaria, menor íleo posoperatorio y mejor resultado cosmético.<sup>7</sup>

## COMPLICACIONES (PROCTOCOLECTOMIA RESTAURADORA POR PAF).

La mayoría de las complicaciones del reservorio ocurren después de un año de la proctocolectomía restaurativa, cerca de 80% tiene origen en sepsis pélvica, fístula o pobre función.

Entre las complicaciones mayormente encontradas esta la pobre función del reservorio que se traduce en un número de evacuaciones elevado en 24 hrs, pouchitis, obstrucción, complicaciones sépticas que comprometen la anastomosis como abscesos o peritonitis, estenosis y fístulas del reservorio.<sup>7</sup>

Se reporta una incidencia de pouchitis del 7 a 50% de los casos. Se han indicado índices de sepsis pélvica después de proctocolectomía restaurativa con rangos entre 3 y 25%, los síntomas incluyen fiebre, dolor anal, tenesmo y salida de pus o hemorragia a través del ano. Otras complicaciones como ya se menciono son los abscesos y las fístulas que algunas veces requieren drenaje, conversión a ileostomia, se ha reportado incidencia de fístulas de 2 a 16% del reservorio ileal a vagina.<sup>9,10</sup>

En un estudio realizado en España con 141 pacientes sometidos a proctocolectomía restauradora se obtuvieron los resultados siguientes: morbilidad en un 36.2% entre complicaciones postoperatorias inmediatas y a largo plazo, la reintervención fue requerida en un 13.4% de los pacientes y las causas fueron evisceración (1 caso), hemoperitoneo (3 casos), sangrado de reservorio (3 casos) y sepsis pélvicas (12 pacientes). En las complicaciones a largo plazo se documentaron principalmente reservoritis (Pouchitis) en 17.7% con una frecuencia de periodos de inflamación entre 1

a 4 veces por año y donde se dismanteló el reservorio en 7 pacientes. Se presentaron fístulas perianales en un 8.7% y estenosis de la anastomosis ileoanal en un 7.1% de los pacientes. En un 4.3% de los pacientes se presentó disfunción sexual severa con eyaculación retrógrada.<sup>11</sup>

La cirugía laparoscópica ha presentado un desarrollo sostenido desde la década pasada, esto ha permitido que procedimientos mas complejos como la proctocolectomía restauradora con reservorio ileal, sean realizados con este mismo acceso.<sup>12</sup>

La principal ventaja del acceso laparoscópico radica en la menor tasa de complicaciones asociadas a la cirugía abierta como hernias, infecciones de heridas quirúrgicas, íleo postoperatorio entre otros. Aunado a lo anterior se asocia a la cirugía laparoscópica con una rápida recuperación postoperatoria y mejor resultado cosmético.<sup>12</sup>

Actualmente existe suficiente evidencia que fundamenta el uso de la laparoscopía en cirugía colorrectal si se cuenta con el entrenamiento adecuado y suficiente experiencia, de tal manera que la cirugía colorrectal laparoscópica evoluciona conforme a la experiencia de los cirujanos y los avances tecnológicos lo permitan por lo que cuando se cuenta con el instrumental quirúrgico y la experiencia del cirujano adecuados, este tipo de abordajes puede ser igualmente efectivo y seguro que la cirugía abierta y mas aún con mejores resultados en cuanto a sangrado, tiempo de recuperación y estética.<sup>13</sup>

En el Hospital de especialidades del centro médico nacional “La Raza” del IMSS, se ha realizado este tipo de cirugía desde hace 15 años con resultados favorables en relación a la literatura mundial. Desde hace apenas 3 años se ha introducido el método

laparoscópico para realizar este tipo de procedimientos por lo que el número de pacientes aún no es de consideración como para realizar un estudio comparativo.

Presentamos un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y abierto de complicaciones a corto y largo plazo en los pacientes con PAF sometidos a proctocolectomía restaurativa mediante cirugía abierta y laparoscópica.

## MATERIAL Y METODOS:

1.- Lugar: Este estudio se realizó en la Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Es un Hospital de referencia y concentración de patologías que ameritan un tercer nivel de atención, con un área de influencia que abarca la zona norte del Distrito Federal, así como estados aledaños, como son Querétaro, Hidalgo y Estado de México, así como ocasionalmente pacientes referidos de otras partes del país.

Tipo de estudio: Retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y abierto.

Características de los casos: Todos los pacientes con diagnóstico endoscópico e histopatológico de poliposis adenomatosa familiar clásica (mas de 100 pólipos), sometidos a proctocolectomía restauradora con técnica abierta o vía laparoscópica, desde el 01 de febrero del 2003 hasta el 31 octubre del 2007.

Se incluyeron 16 pacientes con diagnóstico endoscópico e histopatológico de poliposis adenomatosa familiar clásica (más de 100 pólipos), sometidos a proctocolectomía restauradora con técnica abierta o vía laparoscópica, desde el 01 de febrero del 2003 hasta el 31 octubre del 2007 y que contaron con expediente clínico completo tanto en carpeta habitual como en electrónico.

De acuerdo a el tiempo en horas, días o meses en el que se presentaron las complicaciones se definió como una complicación a corto plazo aquella que se presentó desde el postoperatorio inmediato hasta los 30 días posteriores a ésta y a las

complicaciones a largo plazo a aquellas que se presentaron a partir de los 6 meses en que se realizó la cirugía

#### ANALISIS ESTADISICO:

Se tomaron en cuenta estadísticas descriptivas tales como frecuencia, porcentajes, medianas y rangos.

## RESULTADOS:

Se incluyeron en el estudio 19 pacientes con poliposis adenomatosa familiar clásica sometidos a proctocolectomía restauradora de los cuales 3 pacientes se eliminaron por no contar con expediente completo.

De los 16 pacientes que se incluyeron, 4 se intervinieron mediante cirugía laparoscópica y 12 mediante cirugía abierta realizándose en ambos la misma técnica quirúrgica, es decir resección de colon y recto, realización de bolsa o reservorio ileal y una íleo ano anastomosis con engrapadora circular, únicamente cambió el abordaje.

De todos los pacientes intervenidos 7 (43.75%) fueron hombres y 9 (56.25%) fueron mujeres con un rango de edad entre ambos sexos de 22 a 53 años y una media de edad de 34.8 años.

De los pacientes intervenidos mediante cirugía laparoscópica 3 (75%) fueron mujeres y 1 (25%) fue hombre con una media de edad en este grupo de 40.5 años y de los pacientes intervenidos mediante cirugía abierta 6 (50%) fueron hombres y 6 (50%) fueron mujeres con una media de edad en este grupo de 33 años.

En cuanto a la presentación de complicaciones a corto plazo se encontró que en 9 pacientes del total, es decir un 56.2% presento este tipo de complicaciones de los cuales 2 pacientes (22.2%) se intervinieron mediante cirugía laparoscópica y 7 pacientes (77.7% mediante cirugía abierta, es decir un 50% de los pacientes intervenidos mediante

laparoscopia presentaron complicaciones a corto plazo y un 58% de los pacientes sometidos a cirugía abierta.

Las complicaciones a largo plazo se presentaron en 11 pacientes (68.75%) de los cuales 4 (18.1%) fueron intervenidos mediante cirugía laparoscópica y 7 (63.6%) mediante cirugía abierta, es decir el 100% de los pacientes operados mediante laparoscopia han tenido algún tipo de complicación a largo plazo mientras que el 58% de los pacientes sometidos a cirugía abierta presentaron este tipo de complicación.

En cuanto a la presencia de sangrado posquirúrgico se encontró que 2 pacientes (12.5%) lo presentaron, uno a nivel abdominal y otro mas a nivel pélvico, los 2 pacientes fueron sometidos a cirugía abierta, no fue necesario desmantelar la bolsa ileal o la anastomosis ileo-anal.

La infección de herida quirúrgica se presentó en 6 (37.5%) pacientes de los cuales 1 (16.6%) se intervino mediante laparoscopia y 5 pacientes (83.3%) mediante cirugía abierta, es decir un 25% de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica presento esta complicación y un 41.6% de los pacientes sometidos a cirugía abierta presentaron infección de herida quirúrgica.

Las complicaciones tromboembólicas: se presentaron en 1 paciente del total (6.25%) siendo el método laparoscópico el empleado en este caso.

Hubo 2 casos de dehiscencia de anastomosis, es decir que un 12.5% del total de pacientes presentó esta complicación, en ambos casos se realizó reintervención

quirúrgica, cierre primario e ileostomía en asa como protección al cierre. Los dos casos fueron intervenidos de primera instancia mediante cirugía abierta.

Se presentó 1 caso de absceso pélvico, 6.25% del total y éste estuvo en relación con dehiscencia de anastomosis y se manejó de forma conservadora sin necesidad de drenaje. El tipo de cirugía en este caso fue desde un inicio con método abierto.

Hubo 2 casos de absceso abdominal que representa un 12.5% del total de los pacientes intervenidos y en ambos casos se empleó el método abierto, ambos se resolvieron con manejo médico debido al tamaño y la localización sin necesidad de reintervención.

Se documentó 1 caso de linfocele es decir un 6.25% del total de los pacientes y el método quirúrgico fue el laparoscópico, se resolvió de forma espontánea en aproximadamente 1 semana estando la paciente hospitalizada.

De acuerdo a la escala de Wexner para incontinencia, los rangos presentados en nuestros pacientes fueron de 2-6 puntos con una media de 4 puntos y éstos estuvieron en relación al uso de medicamentos antidiarreicos, incontinencia a líquidos, gases, incapacidad para diferir más de 15 minutos la evacuación (urgencia) y a la alteración del estilo de vida siendo el más frecuente el uso de medicamentos antidiarreicos y la incapacidad para diferir las evacuaciones.

Presencia de pouchitis se relacionó con el tiempo de evolución, aumentando la frecuencia los pacientes con más de 1 año de haber sido intervenidos siendo 6 (37.5% del total) los pacientes que lo han presentado donde 2 pacientes (33.3% de los casos)

fueron intervenidos mediante cirugía laparoscópica y 4 pacientes (66.6% de los casos) fueron sometidos mediante cirugía abierta.

Presencia de estenosis se determinó en 2 pacientes (12.5% del total) los cuales 1 fue sometido a proctocolectomía restauradora mediante laparoscopia y el otro mediante cirugía abierta.

En cuanto al número de evacuaciones que los pacientes estudiados presentan en 24 hrs encontramos rangos desde 3 a 7 evacuaciones líquida, semilíquidas o pastosas con un promedio de 5 evacuaciones. La mayoría de los pacientes aun toman medicamentos antidiarreicos para el control de éstas y todos llevan una dieta en quintos con diferimiento de 30 minutos entre la ingesta de sólidos y líquidos.

## DISCUSION.

En relación a la presentación de las complicaciones a largo plazo, encontramos que, la mayoría de éstas, se incrementan posterior a 1 año de haberse realizado el procedimiento quirúrgico, predominando disminución de la funcionalidad del reservorio ileal secundario a pouchitis, correspondiendo con lo reportado por Narimantas y Alfredas en el 2005. (7)

En 2 de nuestros pacientes los cuales fueron mayores de 40 años, se documentó en el reporte de patología focos de displasia severa con adenocarcinoma, corroborándose así lo descrito en la literatura internacional, es decir la mayoría de los pacientes con PAF desarrollarán cáncer colorrectal a los 40 años o menos. (1,3,4,5)

En nuestros pacientes, se determinó una incidencia de pouchitis del 37.5%, este resultado entra en los rangos obtenidos en los trabajos de Contessini y Fullerton que van del 7 al 50%. (9,10)

La sepsis pélvica se ha documentado por estos dos autores entre un 3 y un 25%, en nuestro estudio se documenta un 6.25% entrando en el rango descrito. (9,10)

Aunque no se consideró como una variable en nuestro estudio, se documentó un caso de fístula perianal en uno de nuestros pacientes, lo que corresponde al 6.5%, mientras que en el reporte de Sánchez, en España, se documenta un 8.7% en este rubro, por lo que estamos dentro de los rangos internacionales reportados. (11)

En nuestro estudio, 2 pacientes se reintervinieron por sangrado postoperatorio lo que corresponde a un 12% mientras que en un estudio de mas de 140 pacientes el porcentaje de reintervención por éste motivo fue del 4.2%, siendo 3 veces mas frecuente el sangrado postoperatorio en nuestro medio que lo reportado en la literatura mundial. (11)

En un estudio español en donde se incluyeron 141 pacientes se reporta una morbilidad del 36.2%, tomando en cuenta únicamente causas de reintervenciones quirúrgicas y en nuestro estudio se encontró que en el 25% de nuestros pacientes hubo necesidad de reintervención quirúrgica siendo datos muy similares. La estenosis de la anastomosis íleo-anal se presentó en este estudio en un 7.1% y en nuestro hospital en un 12.5%. (11)

Los resultados funcionales del reservorio en general han sido favorables en nuestros pacientes gracias al empleo de medicamentos antidiarreicos teniendo un promedio de 5 evacuaciones diarias siendo un número funcionalmente aceptable para el paciente, mientras que en la literatura mundial se ha reportado un alto índice de disfunción del reservorio que conlleva a un número de evacuaciones mayor de 8 en 24 hrs que sin duda alguna interfieren en la vida cotidiana de los pacientes. (12)

El grado de incontinencia no ha sido un factor hasta ahora para decidir un desmantelamiento de la anastomosis ileoanal y en promedio se documenta en nuestros pacientes 4 puntos habiendo rangos desde 2 a 6 puntos en la escala de Wexner traduciéndose como incontinencia leve que rara vez afecta el desempeño habitual en la vida diaria de nuestros pacientes.(12)

**CONCLUSION:**

En este estudio podemos determinar, que los resultados en cuanto a complicaciones a corto y largo plazo, en los pacientes intervenidos de proctocolectomía restauradora con íleo-ano anastomosis en nuestro hospital, son similares a los que se obtienen en otros centros hospitalarios especializados, tanto nacionales como internacionales, y que somos capaces de manejar, resolver y dar seguimiento a estas complicaciones de una manera satisfactoria para nuestros pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Wolfgang T, Hofgartner M. Gastric adenocarcinoma associated with fundic gland polyps in a patient with attenuated familial adenomatous polyposis. *Am J Gastroen* 1999; 94 (8): 2276-2281.
- 2.- Sieber O, Lamlun H. Whole-gene APC deletions cause classical familial adenomatous polyposis, but not attenuated polyposis or multiple colorectal adenomas. *PNAS* 2002; 99: 2954-2958.
- 3.- Henry T. Lynch MD. Hereditary colorectal cancer. *N Eng J Med*, 2003; 384 (10): 919-932.
- 4.- Jean Christophe Saurin. Surveillance of duodenal adenomas in familial adenomatous polyposis reveals high cumulative risk of advanced disease. *J Clin Onco*, 2004; 22 (3): 493-498.
- 5.- Lindor N. Desmoid tumors in familial adenomatous polyposis: A pilot project evaluating efficacy of Treatment with pirfenidone. *Am J Gastr*, 2003; 98 (8): 1868-1874.
6. Prabhat K Bhamal, Rashmi Chugh. Gardner's syndrome in a 40-year-old woman: successful treatment of locally aggressive desmoid tumors with cytotoxic chemotherapy. *W J Surg Onco*, 2006; 4:96 1186 -92.
7. Narimantas Evaldas, Alfredas Kilius. Restorative proctocolectomy for familial adenomatous polyposis and ulcerative colitis. *Acta medica lituanica*, 2005; 12 (4): 25-29.
8. Takeo Iwama, Yoshio Mishima. The impact of familial adenomatous polyposis on the tumorigenesis and mortality at the several organs. Its rational treatment. *Ann Surg*, 1993; 2: 1001-1008.
9. Contessini-Avesani E, Botti F. Familial adenomatous polyposis. Surgical treatment: when and how. *Tech coloproctol*, 2004; 8: 309-314.
10. Fullerton D, Pinedo G. Proctocolectomía laparoscópica y reservorio ileoanal en poliposis adenomatosa familiar. *Rev. Chilena Cir*, 2004; 56 (6): 598-603
11. Sánchez, SR, de Oca J, Morbilidad y resultados funcionales a largo plazo de los reservorios ileoanales, *Cir Española*, 2002; 72(3): 132-136
12. López-Kostner F, Zárate CA, Proctocolectomía restauradora con reservorio ileoanal laparoscópica sin ileostomía de protección, *Rev Chilena Cir* 2008 60 (4): 63-66
13. Quintín González C, Moreno BJ, Cien procedimientos colorrectales laparoscópicos asistidos. Experiencia en el INCMNSZ, *Asoc Mex Cir End* 2007, 8 (2): 73-78

## ANEXO 1

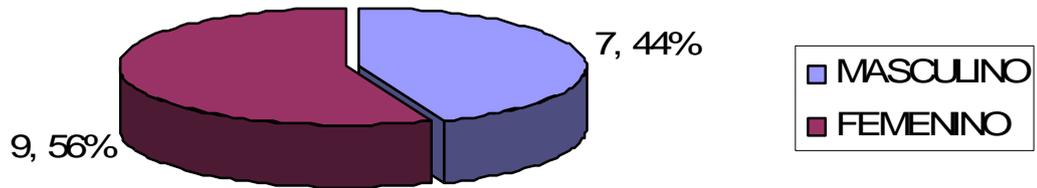
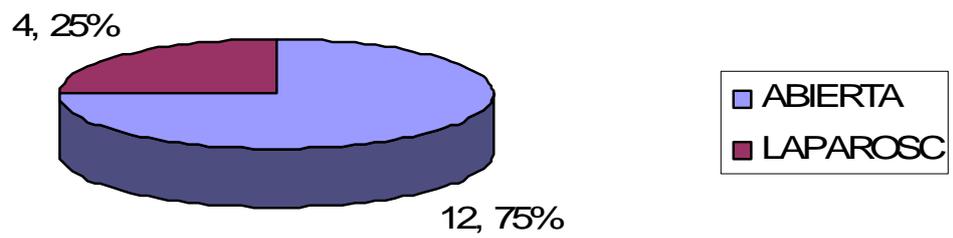
ESCALA PARA DETERMINAR GRADO DE INCONTINENCIA SEGÚN WEXNER MODIFICADA POR KAMM.

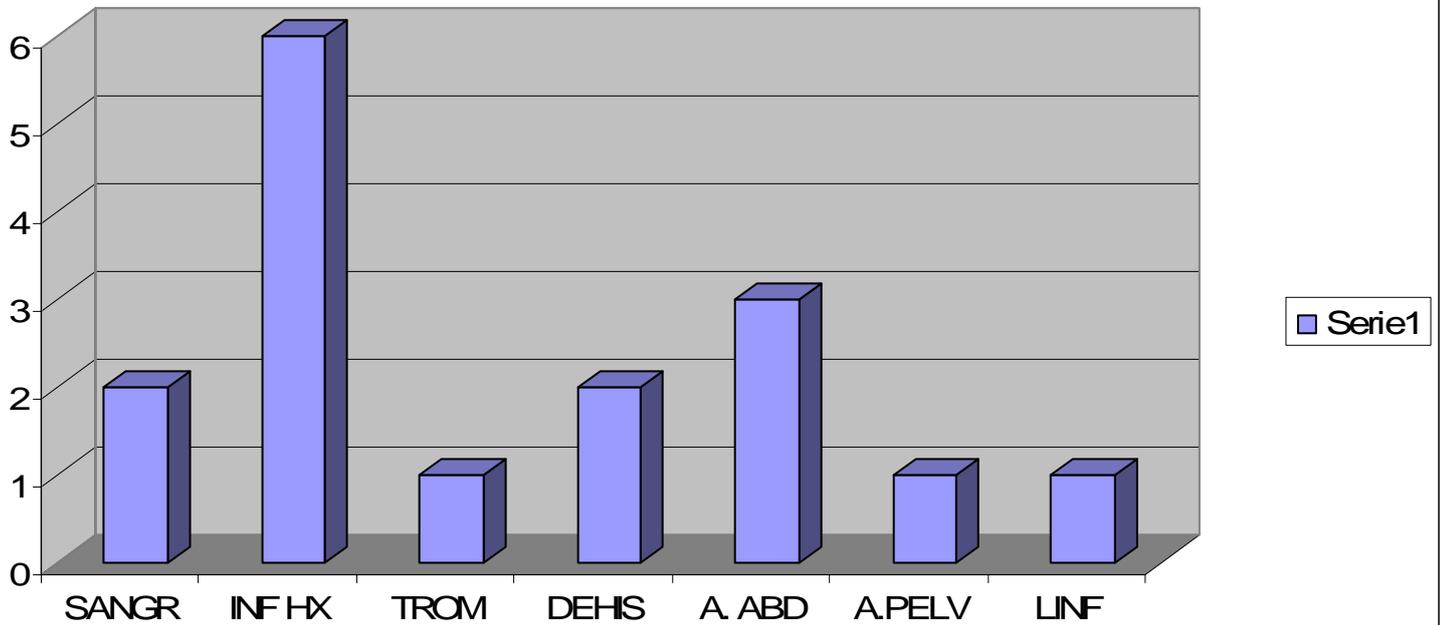
UTILIZADA EN ESTE ESTUDIO PARA DETERMINAR LA SEVERIDAD DE LA INCONTINENCIA FECAL PREOPERATORIA Y POSTOPERATORIA.(12)

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Semanal	Diario
Incontinencia a sólidos	0	1	2	3	4
Incontinencia a líquidos	0	1	2	3	4
Incontinencia a gases.	0	1	2	3	4
Alteración del estilo de vida	0	1	2	3	4

	Si	No
Uso de apósitos	2	0
Ingesta de medicamentos	2	0
Pérdida de la habilidad para diferir evacuaciones más de 15 minutos	4	0

Se suman cada uno de los valores encontrados. Rangos: 0= continencia completa hasta 24 incontinencia total.

**GRAFICO I: DISTRIBUCION POR SEXO****GRAFICO II TIPO DE CIRUGIA**

**GRAFICO III COMPLICACIONES A CORTO PLAZO****GRAFICO IV COMPLICACIONES A LARGO PLAZO**