

11209

66
23



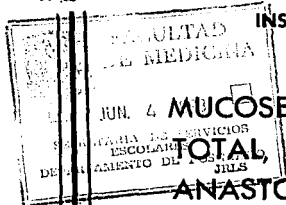
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**MUCOSECTOMIA ANAL MAS COLECTOMIA
TOTAL, CON RESERVORIO ILEAL MAS
ANASTOMOSIS ILEO - ANAL E ILEOSTOMIA
TEMPORAL**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. FREDDY PULGARIN CASTRO

PROFESOR DEL CURSO

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ

ASEROR DE LA TESIS

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ



MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE

ANTECEDENTES HISTORICOS	1
INTRODUCCION	4
OBJETIVO	11
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	24
DISCUSION	26
TABLA I	33
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA	36

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En la historia del tratamiento de la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI), hay reportados diferentes manejos.

Entre los tratamientos sin recesión intestinal tenemos que: Murray, en 1930 ³⁵⁻³⁶, reportó el manejo con psicoterapia; Schilitt, en 1951 ³⁵⁻³⁶, reportó un manejo con neurectomía pélvica; en 1956, Levy ³⁵⁻³⁶ reportó el manejo con lobectomía frontal, para los casos rebeldes al tratamiento médico; Bucaille, en 1962 ³, reportó el manejo con operación selectiva del lóbulo frontal en pacientes con enfermedades del tubo digestivo, con especial referencia a los pacientes con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica; Druss, en 1968 ³⁵⁻³⁶, reportó una responsabilidad psicológica de la enfermedad y un manejo con vagotomía.

En cuanto a los manejos con recesión intestinal, tenemos que Nissen, en 1933 ³⁵⁻³⁶, realizó la primera Proctocolectomía más anastomosis ileoanal en un niño con Poliposis Familiar; Ravitch y Sabiston ³⁵⁻³⁶ iniciaron cirugía experimental haciendo coloproctectomía, sin tocar los elevadores del ano, muscularis rectal ni esfínteres, y con anastomosis ileoanal pasando el ileon por el muñón rectal, en 1948 ¹, se aplicaron estas cirugías a dos pacientes (un hombre de 28 años y una mujer de 36 años), quienes padecían de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, las cuales fueron exitosas. Best ³⁵⁻³⁶ al inicio de la década de los cincuenta

hizo una revisión de estos procedimientos y mostró éxito solo en la mitad de los casos, reportando escoriaciones, urgencia y aumento del número de evacuaciones. Valiente, en 1955 (en 6 perros) ², al igual que Karlan, en 1959 (en 41 perros) ³, hicieron cirugías de experimentación, anastomosando un reservorio ileal al ano, pero con resultados poco favorables que disminuyeron el interés por esta técnica quirúrgica. Simonsen, en 1960, actualizó la selección de los candidatos a esta intervención (enfermos con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica o con Poliposis Familiar). Soave, en 1964 ⁴, reportó una técnica similar para el manejo de la enfermedad de Hirschsprung. Levin, en 1968 ³⁵⁻³⁶, despertó nuevamente el interés al hacer colectomía más anastomosis ileoanal a través del manguito rectal desnudo de mucosa, reportando continencia fecal en perros; Safaie, en 1973 ⁷, reportó el uso de esta técnica sin reservorio en cuatro pacientes (3 femeninos de 12-16 y 21 años, y un masculino de 16 años), los cuales tenían Poliposis Familiar, los resultados fueron buenos. Posteriormente, se reportaron resultados satisfactorios con esta técnica, pero sin colectomía total, en pacientes con hemangiomas o adenomas vellosos rectales ¹. Martin y col., en 1977 ⁹, reportaron su experiencia con esta técnica en 17 niños, con buenos resultados y sin reservorio ileal.

En 1978, Parks ¹⁰ reporta cinco casos manejados con esta técnica y con construcción de un reservorio ileal en "S", con buenos resultados; en 1980, Utsunomiya ¹¹ reporta buenos resultados con esta técnica y con construcción de un reservorio en "J"; en

1981, Fonkalsrud ¹¹ reporta el mismo procedimiento, con un reservorio ileal de construcción látero-lateral y con buenos resultados; Harms, en 1987 ²⁰, reporta el mismo procedimiento, pero construyendo un reservorio en "W" con el ileon terminal, el cual da, igualmente, buenos resultados.

Posteriormente se han presentado diferentes reportes referentes a resultados funcionales, complicaciones quirúrgicas, riesgo de cáncer, mala absorción, "Pouchitis" y otras situaciones que se pueden presentar con esta técnica.

INTRODUCCIÓN

La Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica y la Poliposis Familiar, son enfermedades exclusivas de la mucosa del colon y del recto, con un alto riesgo de complicaciones y de malignidad a largo plazo. Cuando este tipo de pacientes requieren manejo quirúrgico, se debe reseca el órgano afectado para mejorar la calidad de vida. Idealmente debe incluirse en la Cirugía preservar la continencia del esfínter anal y curación del problema reseca todo el tejido susceptible de presentar enfermedad. Por lo anterior, los pacientes que requieren manejo quirúrgico, son candidatos potenciales a Proctocolectomía, con la inconveniencia de un estoma permanente³⁵⁻³⁶; pero entre las opciones quirúrgicas tenemos:

1- PROCTOCOLECTOMÍA MAS ILEOSTOMIA DE BROOKE: Consiste en una recesión del colon y del recto, con una ileostomía permanente; es la técnica quirúrgica que se hace con más frecuencia, se realiza con seguridad y con complicaciones mínimas; elimina la enfermedad al reseca todo el tejido afectado o potencialmente afectado, pero la enfermedad se convierte en incapacidad al dejarle al paciente una ileostomía permanente. Se han reportado con esta técnica complicaciones tales como disfunción sexual y vesical, e infertilidad femenina, puede haber absceso perineal persistente, además de que se requiere reoperar alrededor del 14% de los casos; la mortalidad en cirugías programadas varía entre el 0.7 y el 1.6%, y en las cirugías de urgencia puede ser hasta de 8.1%; los

problemas cutáneos se presentan entre un 26 a un 70% de los casos y se ha observado un comportamiento de depresión en un 45% de los pacientes ¹⁸⁻³⁵⁻³⁶.

2- PROCTOCOLECTOMIA CON ILEOSTOMIA DE RESERVORIO CONTINENTE DE KOCK: Está indicada cuando el paciente no tiene un esfínter anal competente, o en quien el reservorio con anastomosis al ano fue fallida. La técnica inicial dió complicaciones de escurrimiento o de fuga, por lo que se le han hecho modificaciones como la válvula de "pezón", uso de engrapadoras GIA, malla de Marlex. La técnica consiste en construir un reservorio que almacena el contenido ileal, una válvula que hace que el reservorio sea continente, y un conducto que desemboca en un estoma, para que el paciente lo vacíe mediante una sonda. Hay disfunciones en las que se requiere reoperación en el 20% de los casos, Se requiere remover el reservorio entre un 3 a un 10% de los casos, pero la mortalidad prácticamente es nula ³⁵⁻³⁶.

* Se han usado dispositivos oclusivos del estoma, para los casos de fuga en las dos técnicas previas, pero los resultados no son satisfactorios ³⁵⁻³⁶.

3- COLECTOMIA ABDOMINAL MAS ANASTOMOSIS ILEO-RECTAL: Como su nombre lo indica, consiste en una colectomía abdominal más una anastomosis del ileon al recto. Es el procedimiento técnicamente más sencillo, y se preserva el esfínter anal, pero solo está indicado en los

casos en que el recto está afectado mínimamente o no está afectado; requiere de una vigilancia postoperatoria estrecha, por la probabilidad de proctitis ³⁵⁻³⁶; el cáncer con esta técnica, en el caso de Poliposis Familiar Múltiple, se presenta con un riesgo acumulativo de 10% a 25 años ³⁵ y en el caso de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica el riesgo acumulativo de cáncer es de $6 \pm 2\%$ a los 20 años y de $15 \pm 4\%$ a los 30 años de postoperados ¹⁴. Se reoperan para proctectomía el 25% de los pacientes, aunque en estos casos puede hacerse un reservorio ileal con anastomosis al ano ³⁵⁻³⁶.

4- MUCOSECTOMIA ANAL MAS COLECTOMIA TOTAL, Y ANASTOMOSIS ILEO-ANAL: Descrita en 1973 por Safaie-Shirazi ⁷; se hizo inicialmente en cuatro pacientes pediátricos, con resultados satisfactorios. En los niños, posterior a una anastomosis ileo-anal, el ileon puede dilatarse y adaptarse hasta que funciona como un reservorio adecuado, aunque el período de adaptación puede ser difícil de tolerar; en los pacientes adultos esta adaptación fracasa entre un 25 a un 50% de los casos, por lo que agregar un reservorio ileal en los pacientes adultos les ofrece una función de neorrecto ¹⁷⁻³⁶.

5- MUCOSECTOMIA ANAL MAS COLECTOMIA TOTAL, CON RESERVORIO ILEAL MAS ANASTOMOSIS ILEO-ANAL, Y UNA ILEOSTOMIA TEMPORAL: En el adulto, es el único proceso curativo que preserva el mecanismo del esfínter anal, con buenos resultados funcionales. El reservorio ileal con función de neorrecto tiene una capacidad similar de almacenamiento, pero con ondas de presión más altas (más de 50 mm de Hg), las

cuales se inician cuando se alcanza un volumen mayor o igual al 45% del reservorio, produciendo sensación de deseo de defecar; este reservorio disminuye la frecuencia de evacuaciones y mejora los resultados funcionales ³⁶. Es muy importante que se cuente con un esfínter anal normal y que se haya hecho el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Crohn. La técnica consiste en que al paciente en posición de litotomía modificada-Trendelenburg, se le hace una incisión media y una colectomía abdominal; posteriormente en la región perineal se expone la mucosa rectal y se inyecta en la submucosa una solución de Adrenalina al 1:200.000 en solución salina, elevando la mucosa, y con tijeras se extirpa la mucosa por arriba de la línea dentada; posteriormente en el abdomen se moviliza el mesenterio ileal y se secciona el repliegue peritoneal, se procede a configurar el reservorio ileal ³⁵, el cual puede ser de cuatro tipos:

A- RESERVORIO EN "S": Descrito por Parks en 1978 ¹⁰, hizo esta técnica en cinco pacientes inicialmente, de los cuales tres presentaron complicaciones postoperatorias (dos abscesos pélvicos y una obstrucción intestinal), y dos pacientes presentaron fugas por incontinencia del esfínter anal. Es el reservorio de mayor volumen, se hace a partir de los últimos 50 cm de ileon, plicando tres segmentos de 15 cm de longitud, se abren los bordes antimesentéricos y se suturan las paredes adyacentes, quedando con una asa eferente, la cual si es mayor de 1 cm de larga, puede causar incapacidad para evacuar espontáneamente el reservorio ³⁵⁻³⁶.

B- RESERVORIO EN "J": Descrito por Utsunomiya en 1980 ¹³, se hizo esta técnica inicialmente en 13 pacientes; la mortalidad fue nula, se presentaron complicaciones en ocho pacientes, en dos pacientes hubo incontinencia del esfínter anal y en un caso fue necesario remover el reservorio. Técnicamente es el reservorio más fácil de construir y se ocupa menos tiempo quirúrgico; se hace con los últimos 24 a 40 cm de ileon, plicándolo sobre si mismo y con una anastomosis látero-lateral larga; no tiene asa eferente como tal y el reservorio puede ubicarse más distalmente en el manguito rectal; el reservorio se vacía espontáneamente ³⁵⁻³⁶.

C- RESERVORIO LATERO-LATERAL: Descrito por Fonkalsrud en 1981 ¹¹, hizo esta técnica inicialmente en cinco pacientes, con mortalidad nula y sin complicaciones, no se reporta incontinencia del esfínter anal y la frecuencia evacuatoria del reservorio fue baja; los cinco pacientes regresaron a su vida cotidiana. La técnica consiste en llevar un segmento distal de ileon, de 25 a 30 cm de largo con cierre terminal proximal del mismo (aislado), a través del manguito rectal y se anastomosa al ano; en un segundo tiempo quirúrgico se hace una anastomosis ileo-ileal látero-lateral larga (de 20 cm de longitud aproximada), y aunque cuenta con un asa eferente larga, evacuar espontáneamente no ha sido un problema ³⁵⁻³⁶.

D- RESERVORIO EN "W": Descrito por Harms en 1985 ²⁰, inicialmente se hizo esta técnica en 10 pacientes, la mortalidad fue nula, tres pacientes presentaron complicaciones; hubo buen control del

esfínter anal en todos. La técnica consiste en cuatro segmentos de ileon anastomosados; inicialmente se hace un reservorio en "J", con segmentos de 11 cm de largo, en el extremo distal del ileon; proximal y seguidamente se hace otro reservorio en "J" 3 cm más alto que el anterior (asas de 9 cm de largas); por último se hace una anastomosis látero-lateral de los dos reservorios en "J" sin torsión del mesenterio; la anastomosis al ano se hace con el vértice de la "J" más distal (la primera construcción).

Ninguna configuración ha demostrado ser significativamente superior a otra; las experiencias sugieren que es importante colocar el reservorio lo más bajo posible, para evitar un asa eferente larga ³⁵⁻³⁶.

Se usa una sutura en bolsa de tabaco para cerrar el asa eferente del reservorio y sin que sufra torsión el reservorio ni su mesenterio, se pasa a través del recto y se anastomosa a nivel de la línea dentada en el ano, después se colocan algunos puntos de sutura entre el muñón del recto y la serosa del reservorio. se drena la pelvis y se hace una ilostomía protectora en asa, la cual es temporal; posteriormente se introduce una sonda por el ano hasta el reservorio ³⁵.

La "Pouchitis", o sea la inflamación del reservorio, es la principal complicación tardía, presentándose en el 35% de los casos, la sintomatología consiste en dolor abdominal bajo, diarrea

sanguinolenta, hipertermia y malestar general; la mucosa del reservorio tiene aspecto ulcerado, friable, eritematosa y granulosa; no se ha esclarecido la causa y se ha implicado a un desarrollo excesivo de bacterias, por lo que se recomienda el uso de Metronidazol, el cual es eficaz en tres días en promedio; se ha observado un síndrome similar en los reservorios de Kock ³⁵⁻³⁶.

OBJETIVO

La Colitis Ulcerativa Crónica Inespecifica es poco frecuente en nuestro medio, presentándose con una frecuencia del 0.2 al 0.4% en la consulta externa del servicio de Gastroenterología en varias instituciones ²⁷⁻²⁸⁻³⁰; por lo que al igual que la Poliposis Familiar el manejo quirúrgico de estas entidades, es poco frecuente en nuestro medio, pero en ocasiones necesario. En algunos casos la cura se convierte en incapacidad, como en el caso de una ileostomía permanente. En otros casos aunque se preserva el mecanismo del esfínter anal, se preserva también un riesgo potencial de proctitis y/o cáncer del recto, como en el caso de la anastomosis ileo-rectal; actualmente se reportan buenos resultados con una técnica que incluye Mucosectomía anal mas Colectomía total abdominal, con reservorio ileal y anastomosis ileo-anal, más una ileostomía temporal. Esta técnica está limitada a pacientes con bajo riesgo quirúrgico, con buen funcionamiento del esfínter anal y en quienes se ha descartado una Enfermedad de Crohn; este procedimiento es curativo porque elimina todo el tejido afectado y preserva el mecanismo esfinteriano sin necesidad de un estoma permanente; ofreciendo continencia y curación, con buenos resultados funcionales, con una mortalidad casi nula y una morbilidad dentro de un rango aceptable ³⁵⁻³⁶.

En el presente estudio se describen casos clínicos y resultados del manejo quirúrgico con dicha técnica; se incluye

además un caso de Poliposis Familiar, a quien previamente le hicieron colectomía abdominal de urgencia por sangrado de tubo digestivo bajo, dejándole una bolsa de Hartmann y una ileostomía permanente; se incluye también un caso a quien en su infancia se le hizo colectomía abdominal, aparentemente por Enfermedad de Hirschsprung, dejándole una bolsa de Hartmann y una ileostomía permanente.

MATERIAL Y METODOS

En el período comprendido entre marzo de 1987 a abril de 1993, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza" de la Ciudad de México, fueron operados nueve pacientes, de los cuales a dos pacientes se les había hecho previamente colectomía abdominal; se les hizo Mucosectomía anal mas colectomía total abdominal (obviamente, exceptuando a los pacientes a los que ya se les hizo colectomía previamente), reservorio ileal y anastomosis ileo-anal, y una ileostomía temporal protectora.

La preparación preoperatoria incluyó ayuno (reposo del intestino), Nutrición Parenteral Total, Azulfidina vía oral, retiro paulatino de esteroides y sin enemas del colon.

La técnica consiste en colocar al paciente en posición de Litotomía modificada-Trendelemburg; se hace una incisión media abdominal y se hace la colectomía, respetando los vasos ileo-cólicos, con transección del ileon cerca del ciego, se moviliza el mesenterio ileal y se secciona el repliegue peritoneal, para lograr el máximo de movilidad; se disecciona el recto hasta el nivel del coxis, el cabrestillo del músculo elevador del ano define los bordes laterales de la disección, y la próstata o la parte posterior de la vagina el borde anterior; en el recto se inserta un separador de Parks y se expone la mucosa, se inyecta en la submucosa una solución de adrenalina de 1:200.000 en solución

salina al 9% por arriba de la línea dentada, levantando de esta manera la mucosa de la capa muscular, con tijeras se diseca y extirpa la mucosa casi siempre por fragmentos, desde la línea dentada hasta donde termina proximalmente el muñón rectal (5 cm de longitud aproximada); en la cavidad abdominal se configura el reservorio ileal, se cierra la "boca" distal del mismo con una sutura en "bolsa de tabaco", y sin torsión del reservorio, se pasa éste a través del recto y se hace una anastomosis ileo-anal a nivel de la línea dentada, colocando después algunos puntos, entre el muñón rectal y la serosa del reservorio; se coloca un drenaje en la pelvis, se hace una ileostomía en asa la cual es proximal y temporal, se cierra la cavidad abdominal y se coloca una sonda a través del ano hasta el reservorio ³⁵⁻³⁶.

Se continúan antibióticos, el drenaje se retira cuando el gasto sea mínimo, la sonda anal se retira en 5 días en promedio de acuerdo a la evolución; la Nutrición Parenteral Total se puede cambiar a Nutrición Enteral; el cierre de la ileostomía no debe de ser antes de cuatro semanas, previa "Bolsografía" del reservorio, educación del esfínter anal y del reservorio (dilataciones y tacto rectal repetitivos) ³⁵⁻³⁶.

Se hizo un estudio retrospectivos de los casos, se evaluó la edad, el sexo, el tipo de padecimiento.

Se cuantificó el tiempo de apoyo con Nutrición Parenteral Total en el preoperatorio.

En cuanto a la técnica quirúrgica, se investigó en cuántos tiempos quirúrgicos se hizo el procedimiento, qué tipo de reservorio ileal se hizo en cada caso y el tiempo transcurrido entre la anastomosis del reservorio al ano y el cierre de la ileostomía temporal protectora.

Se evaluó la mortalidad, las complicaciones quirúrgicas de cada uno de los tiempos, los resultados funcionales, la frecuencia de evacuaciones, la continencia del esfínter anal y la evolución postoperatoria en cada caso.

Se describe a continuación en resumen cada uno de los nueve casos:

PACIENTE # 1: Femenino de 18 años de edad, con antecedente de madre fallecida por complicación de Poliposis Familiar Múltiple (Cáncer de Colon) y hermano fallecido por las mismas causas; de medio socioeconómico medio; tabaquismo y alcoholismo negado; sin gestaciones. Con antecedente de sangrado masivo de colon, por lo que se hizo colectomía en dos tiempos por complicaciones operatorias, dejando una ileostomía permanente y una bolsa de Hartmann con un muñón rectal de 5 cm de largo; se valoró por el servicio de cirugía general y se decidió manejo quirúrgico,

programando una cirugía de "rescate"; se dio apoyo con Nutrición Parenteral Total por 38 días previos a la cirugía; se operó en marzo de 1987, se hizo reservorio en "S"; además a petición de la paciente y de los padres de la paciente, se hizo salpingoclasia bilateral, para evitar descendencia que heredaran esta enfermedad; la paciente cursó con buena evolución postoperatoria, y se dio de alta del hospital. Reingresa 18 semanas después de la anastomosis del reservorio al ano, para el cierre de la ileostomía, la cual cursa con buena evolución postoperatoria también.

PACIENTE # 2: Masculino de 62 años, con carga genética para Diabetes, Hipertensión arterial y cardiopatía reumática; de medio socioeconómico medio; tabaquismo y alcoholismo ocasionales. Con antecedente de accidente automovilístico a los 33 años de edad, presentando fracturas de Húmero, Clavícula y Costillas del lado derecho, parálisis facial durante dos años (1960-1962), Diabético desde 1980. Inicia padecimiento actual desde 1980 con diarrea con moco y sangre en frecuencia variable, con dolor cólico en mesogastrio; en 1987 se hizo rectosigmoidoscopia y biopsias, con lo que se corroboró el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica; en la misma fecha se exacerbó el cuadro, sin respuesta favorable y se decidió manejo quirúrgico; se inició apoyo con Nutrición Parenteral Total por 35 días previos a la cirugía; se operó en octubre de 1987 y se le hizo reservorio en "J", con buena evolución y se egresó del hospital; reingresó para cierre de ileostomía 35.7 semanas después del primer tiempo quirúrgico,

cursando con buena evolución postoperatoria nuevamente. El paciente falleció por sangrado masivo de tubo digestivo alto, secundario a un tumor de retroperitoneo en julio de 1991.

PACIENTE # 3: Femenino de 19 años de edad; de medio socioeconómico medio; tabaquismo y alcoholismo negados; sin gestaciones. En su infancia y aparentemente por Enfermedad de Hirschsprung, se le hizo una colectomía abdominal, dejándole una ileostomía permanente y una bolsa de Hartmann (con un muñón rectal de 5 cm de largo). En estas circunstancias se valoró por el servicio de Cirugía General y se decidió manejo quirúrgico, programando una cirugía de "rescate". Se inició apoyo con Nutrición Parenteral Total por 19 días previos a la cirugía y se operó en abril de 1988, se le hizo un reservorio en "J"; se notó una fibrosis del piso pélvico que comprimía el reservorio; cursó con buena evolución postoperatoria y se dio de alta del hospital. Regresó para cierre de la ileostomía temporal, 17 semanas posterior a nuestro primer tiempo quirúrgico, cursó con buena evolución postoperatoria y se dio de alta del hospital; pero dos meses después, presentó una fístula del cierre de la ileostomía, la cual fue de bajo gasto y la paciente presentaba evacuaciones; por lo que se interna nuevamente, se reinicia apoyo con Nutrición Parenteral Total durante seis semanas; pero la paciente ya acostumbrada casi toda su vida, a una ileostomía permanente, adaptada a un dispositivo de recolección, pero con menos fugas y menos complicaciones que la fístula, solicitó que le

dejaran una ileostomía permanente; por lo cual se reconstruyó la ileostomía permanente y se cerró proximalmente el reservorio.

PACIENTE # 4: Femenino de 38 años; con carga genética para Hipertensión arterial; de medio socioeconómico medio; tabaquismo positivo, alcoholismo negado; antecedente de Rinoplastia a los 35 años de edad. Inició el padecimiento en 1983, con evacuaciones diarréicas con sangre, las cuales fueron en frecuencia progresivas, se agregó mal estado general, por lo que se hizo colonoscopia y biopsias, con lo que se llegó al diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica en 1985; se inició manejo con Azulfidina y enemas con Prednisona, sin respuesta favorable al manejo médico, por lo que se decidió manejo quirúrgico; se dio apoyo con Nutrición Parenteral Total por 5 días previos a la cirugía; se operó en junio de 1988, se le hizo reservorio en "J", cursó con buena evolución y se dio de alta del hospital. Reingresó para cierre de ileostomía 26.8 semanas posteriores al primer tiempo quirúrgico, cursó con buena evolución postoperatoria y se dio de alta del hospital. En febrero de 1990 presentó un absceso perineal, el cual se drenó espontáneamente en repetidas ocasiones; en mayo del mismo año se diagnosticó una fistula anal y se hizo fistulectomía. A la paciente en agosto de 1990, se le diagnosticó Acalasia, por lo que se operó y se le hizo Cardiomiectomía de Heller.

PACIENTE # 5: Femenino de 40 años, con carga genética para cáncer hepático; de medio socioeconómico medio; tabaquismo y alcoholismo

negados; con VII gestaciones y VII partos. Presentó fiebre Tifoidea en 1960, se sometió a Salpingoclasia bilateral y Colpoperineoplastia en 1980 por cistocele y paridad satisfecha; presentó un intento de suicidio, por lo que llevó múltiples manejos por Psiquiatría (suspendidos desde 1984), y con Hipertensión arterial desde 1985. Inició su padecimiento actual en 1981 con diarrea con moco y sangre en número de cuatro al día, con períodos de exacerbación que causaron incontinencia en 1987 (requirió usar pañales), además con fiebre y dolor abdominal difuso, se hizo rectosigmoidoscopia y biopsias para reforzar el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica; se inició manejo con Prednisona y Salicilazopiridina, con lo que mejoró; en 1989 hay un cuadro de exacerbación que persistió a pesar del manejo médico y se decidió manejo quirúrgico; se dio apoyo con Nutrición Parenteral Total por 13 días previos a la cirugía; se operó en julio de 1990 y se hizo reservorio en "J", en el postoperatorio presenta una fístula del reservorio a la vagina y 4 semanas después se reopera y se hace cierre primario de la fístula, cursa con buena evolución y se da de alta del hospital. Reingresa para cierre de ileostomía 28.1 semanas posterior al primer tiempo quirúrgico, cursando nuevamente con buena evolución postoperatoria.

PACIENTE # 6: Femenino de 41 años, con carga genética para artritis reumatoide, Leucemia y Cáncer de mama; de medio socioeconómico medio; con III gestaciones y III partos; tabaquismo y alcoholismo negativos. Alérgica a Penicilina, Eritromicina, Yodo y

Acidoacetilsalicílico. Inició su padecimiento en abril de 1981 con evacuaciones diarreicas con moco y sangre, la cual mejoró con la administración de Metronidazol, Diyodohidroxiquinoleina y Cloranfenicol; presentó episodios de exacerbación, el más importante en diciembre de 1990, con pérdida de 15 kg de peso en 4 meses, y con piodermia gangrenoso; se hizo colon por enema, rectosigmoidoscopia, colonoscopia y múltiples biopsias, los cuales reforzaron el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica; se decidió manejo quirúrgico y se inició apoyo con Nutrición Parenteral Total por 25 días previos a la cirugía; se operó en abril de 1991, se hizo reservorio en "J", cursó con buena evolución postoperatoria y se dio de alta del hospital; reingresó para cierre de ileostomía temporal 24 semanas después del primer tiempo quirúrgico, cursando con buena evolución postoperatoria nuevamente.

PACIENTE # 7: Femenino de 22 años de edad, con carga genética para Diabetes e Hipertensión arterial; de medio socioeconómico medio; con II gestaciones y II partos; tabaquismo y alcoholismo negativos. Inicia su padecimiento en 1987 con diarrea con moco y sangre, más dolor abdominal tipo cólico; se dio manejo médico sin mejoría; en 1988 se hace rectosigmoidoscopia y biopsias, con lo que se corrobora el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica y se maneja con Azulfidina y Prednisona, las cuales se suspenden durante dos períodos de embarazo; en 1991 presentó un cuadro de exacerbación que requirió transfusión sanguínea, el cual no mejoró

con manejo médico y se decidió manejo quirúrgico; se dio apoyo con Nutrición Parenteral Total durante 5 días previos a la cirugía; se operó en noviembre de 1991 y se le hizo reservorio en "J", con buena evolución postoperatoria y se da de alta del hospital. Reingresó para cierre de ileostomía 22.4 semanas posterior a el primer tiempo quirúrgico, cursando con buena evolución postoperatoria, se da de alta del hospital. La paciente se reinternó por un cuadro de "Pouchitis" en octubre de 1992, el cual responde favorablemente al manejo con Metronidazol.

PACIENTE # 8: Masculino de 58 años, sin antecedentes familiares de importancia, de medio socioeconómico medio; con tabaquismo positivo por 5 años a los 20 años de edad, alcoholismo ocasional. Antecedentes quirúrgicos de Amigdalectomía a los 20 años, Colectomía a los 25 años por colelitiasis, Apendicectomía a los 30 años, y Prostatectomía por hipertrofia benigna a los 49 años. Inició en diciembre de 1990 con evacuaciones diarreicas con moco y sangre en numero de 6 a 8 al día, dolor tipo cólico en cuadrante inferior derecho abdominal, hipertermia y pérdida de peso de 6 kg. en 6 meses; se hizo rectosigmoidoscopia con toma de biopsias y colon por enema, con lo que se corrobora el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecifica y se manejó con Azulfidina, Prednisona y enemas con Hidrocortisona; presentó un cuadro de exacerbación muy marcado, que no mejoró con medidas generales y manejo médico, por lo que se decidió manejo quirúrgico; se dio apoyo con Nutrición Parenteral Total por 13 días previos a

la cirugía, en agosto de 1992 se operó, se hizo reservorio en "J"; con buena evolución postoperatoria, se da de alta del hospital y un mes y medio después presentó un cuadro de "Pouchitis", el cual se manejó con Nutrición Parenteral Total y Metronidazol, con buena respuesta al tratamiento, se cerró la ileostomía temporal 13.7 semanas posterior al primer tiempo quirúrgico, 4 días después presentó hipertermia, infección de la herida quirúrgica y fístula enterocutánea; se reoperó 2 semanas después encontrando dehiscencia parcial de la anastomosis, se hizo cierre primario de la misma; 5 días después presenta recidiva de la fístula, por lo que se continuó manejo con Nutrición Parenteral Total, la fístula disminuyó el volumen del gasto y se dio de alta el paciente, con manejo a base de dieta polimérica; persiste con la fístula de bajo gasto hasta la fecha (360cc/día).

PACIENTE # 9: Masculino de 25 años, con carga genética para Diabetes e hipertensión arterial; de medio socioeconómico medio; con tabaquismo y alcoholismo ocasional. Inicia su padecimiento en octubre de 1987, con tres evacuaciones diarreicas al día, con moco y sangre, con períodos de exacerbación de los síntomas con hasta ocho evacuaciones al día; en mayo de 1989 se hizo rectosigmoidoscopia y biopsia, con lo que se corroboró el diagnóstico de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica; se agregó a su evolución dolor tipo cólico en epigastrio, hipertermia y pérdida de peso, se manejó con Azulfidina,, Prednisona y Enemas con Hidrocortisona; en septiembre de 1992 presento una exacerbación del

cuadro, que requirió transfusión sanguínea, y se decidió el manejo quirúrgico del padecimiento; se inició Nutrición Parenteral Total por 46 días previos a la cirugía; en noviembre de 1992 se operó, se hizo un reservorio en "J", cursó con buena evolución postoperatoria y se dio de alta del hospital; reingresó para cierre de la ileostomía temporal, la cual se hizo 18.2 semanas después del primer tiempo quirúrgico, cursando con buena evolución postoperatoria y se dio de alta del hospital.

RESULTADOS

La edad de los pacientes fluctuó entre 19 a 62 años, con una media de 36 años; la distribución por sexos fue de seis femeninos (66%) y tres masculinos (33%); la cirugía se hizo en siete pacientes con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (77%), un paciente con Poliposis Familiar (11%) y un paciente con Enfermedad de Hirschsprung (11%).

A todos los pacientes se dio apoyo con Nutrición Parenteral Total en el preoperatorio, con lapsos de tiempos que varió de 5 a 46 días, con un promedio de 22.1 día.

El procedimiento se hizo en dos tiempos quirúrgicos en siete pacientes (77%) y en tres tiempos quirúrgicos en dos pacientes (22%). Se hizo reservorio en "J", con la técnica de Utsunomiya en ocho pacientes (88%) y reservorio en "S" con la técnica de Parks en un paciente (11%). El cierre de la ileostomía temporal se hizo entre 13.7 a 35.7 semanas posterior a la anastomosis ileo-anal del reservorio, con una media de 22.6 semanas.

La mortalidad fue nula (0%); hubo dos complicaciones de nuestro primer tiempo quirúrgico en un paciente (11%), las cuales fueron una fistula del reservorio y una laceración de vagina; del segundo tiempo quirúrgico hubo complicación en tres pacientes (33%), de los cuales hubo dos fistulas enterocutaneas del cierre de

la ileostomía temporal (22%) y una fístula anal (11%). La "Pouchitis", se presentó en dos pacientes (22%), uno previo al cierre de la ileostomía temporal y otro posterior al cierre de la ileostomía.

Los resultados funcionales fueron satisfactorios en siete pacientes (77%), en un paciente fue necesario la reconversión a ileostomía permanente (11%) y en otro paciente hay una fístula enterocutánea del cierre de la ileostomía (11%), la cual es de bajo gasto y persiste hasta la fecha.

La frecuencia de evacuaciones posterior al cierre de la ileostomía temporal fue de 10 a 14 veces al día en el primer mes, de 6 a 8 veces al día en el sexto mes y de 3 a 4 veces al día después de doce meses; todos los pacientes con control del esfínter anal para gases y para líquidos.

De los siete pacientes con resultados funcionales satisfactorios, uno falleció por sangrado masivo de tubo digestivo alto, secundario a un cáncer de retroperitoneo tres años después del cierre de la ileostomía (11%) y otro desarrollo Acalasia cuatro años después del cierre de la ileostomía (11%).

DISCUSION

En México como ya sabemos, la frecuencia de presentación sintomática de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI) y de Poliposis Familiar (PF), es más baja que en los países industrializados ²⁷⁻²⁸⁻³⁰, aunque la causa etiológica como tal no se sabe aún; esto implica también que se requiera un número menor de tratamientos quirúrgicos para estos casos. Hay pocas series de casos al respecto, y en nuestro hospital no había sido reportado el manejo quirúrgico por ser de baja frecuencia.

Además de saber las indicaciones para el manejo quirúrgico de dichos padecimientos y de conocer la técnica quirúrgica y sus opciones, el manejo postoperatorio y sus complicaciones; los buenos resultados son favorecidos por los avances en Anestesia, el desarrollo de la Nutrición Parenteral Total la cual es indispensable en el manejo preoperatorio de estos casos, los materiales de sutura, las engrapadoras para sutura, el contar con mejores aparatos y técnicas de rayos "X" para un diagnóstico más exacto y oportuno, y el desarrollo de nuevos antimicrobianos; lo anterior se hace notorio al comparar los resultados obtenidos por Nissen, en 1932 ³⁵⁻³⁶, y estudios hechos en las décadas subsecuentes, con los resultados obtenidos desde Parks, en 1978 ¹⁰.

Hay grandes series reportadas, como la de Keith de la Clínica Mayo en Rochester, Minnesota, en 1992 ²⁶; con un estudio de 1193

pacientes a los que se les hizo reservorio en "J"; en el cual se reporta una mortalidad de 0.16%, las principales complicaciones fueron: Obstrucción intestinal en el 15% de los casos y sepsis pélvica en el 5%. El reservorio fue removido en el 5% de los pacientes a los que se les dejó una ileostomía permanente. El promedio de evacuaciones fue de 4.5 en el día y de 0.5 en la noche; la incontinenia del esfínter anal se presentó en un 25% durante el día y un 55% durante la noche (aunque ésta fue ocasional).

Galandiuk, en 1990 ²³, en un estudio en 982 pacientes con reservorio en "J", reportó que 114 pacientes (12%) presentaron complicaciones directamente relacionadas con la anastomosis ileo-anal del reservorio; de estos 114 pacientes, en el 20% se requirió exicición del reservorio, lo cual fue más común entre los pacientes que presentaron sepsis pélvica.

Lohmuller ²² en un estudio hecho en 734 casos con reservorio en "J" hasta 1990, lo cual se hizo en 91% de los casos por Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica y en el 9% por Poliposis Familiar; reporta que ocurrió "Pouchitis" en el 31% de los pacientes con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica y solamente en el 6% de los pacientes con Poliposis Familiar; los pacientes que tuvieron manifestaciones extraintestinales de la enfermedad, tuvieron más alto riesgo de desarrollar "Pouchitis", que los que nunca tuvieron manifestaciones extraintestinales.

Penberton, en 1987 ²¹, en un estudio hecho en 390 pacientes que se operaron por Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica; reportó una mortalidad de 0.25%, las complicaciones más frecuentes fueron: obstrucción intestinal en el 22% y sepsis pélvica en el 5% de los casos; la frecuencia evacuatoria fue en promedio de 7 en 24 horas; ocurrió "Pouchitis" en el 14% de los casos y la continencia del esfínter anal, fue satisfactoria en el 94% de los casos. Las mujeres presentaron más incontinencia que los hombres y la frecuencia evacuatoria fue mayor en los pacientes de más de 50 años de edad.

En cuanto a la técnica quirúrgica, la Dra. Susan Galandiuk, en 1991 ²⁴⁻²⁵, hizo un estudio comparativo entre 871 pacientes operados por Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, de los cuales en 95 pacientes (10.9%) la técnica se hizo en tres tiempos quirúrgicos (Inicialmente colectomía abdominal, ileostomía y fistula mucosa o Bolsa de Hartmann; en el segundo tiempo quirúrgico la mucosectomía anal, el reservorio ileal y la anastomosis ileo-anal, más ileostomía temporal; y en el tercer tiempo quirúrgico el cierre de la ileostomía temporal), y en los restantes 776 casos (89.1%) se hizo la técnica quirúrgica en dos tiempos (El primer tiempo quirúrgico incluyó mucosectomía anal más colectomía total abdominal, reservorio ileal con anastomosis ileo-anal, e ileostomía temporal; y en el segundo tiempo quirúrgico se hizo el cierre de la ileostomía temporal). Aunque solo el 19% de los pacientes con tres tiempos quirúrgicos estaba tomando esteroides en el momento del

segundo tiempo quirúrgico, la incidencia de sepsis pélvica fue de 10.5% y la de los pacientes con dos tiempos quirúrgicos fue de 5.4%; la obstrucción intestinal se presentó en el 6.5% de los pacientes con tres tiempos quirúrgicos y en 14.5% de los pacientes con dos tiempos quirúrgicos; no hubo diferencias significativas en los resultados funcionales entre los dos grupos. La cirugía en tres tiempos quirúrgicos, fue asociada a un alto rango de complicaciones sépticas, pero a un bajo rango de obstrucción intestinal postoperatoria.

En los estudios a nivel nacional, se reporta una frecuencia de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, que varía de 0.21 a 0.39% de los pacientes que acuden a la consulta externa de Gastroenterología, en diferentes instituciones tanto públicas como privadas.

El manejo quirúrgico de este padecimiento, sin reservorio ni anastomosis ileo-anal, varía de acuerdo a la institución y al año del estudio.

En el Hospital General de México, en un estudio de 6 años hasta 1982 ²⁸, con 13 pacientes con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, se reportó un manejo quirúrgico del padecimiento en un 61% de los casos, con una mortalidad del 30%.

En el Instituto Nacional de Nutrición, en un estudio de 30 años hasta 1982 ²⁹, se reportaron 31 casos con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica que requirieron manejo quirúrgico; en el 16% se hizo proctocolectomía, en el 20% se conservó el recto, con anastomosis primaria, y en el 61% se conservó el recto con fistula mucosa. La mortalidad global fue de 38.6%, 6.4% desarrollo cáncer asociado a Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica; la conservación del recto dio lugar a diversos problemas con mortalidad elevada y se recomendó la proctocolectomía.

En el Centro Médico de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social ³¹, en una experiencia de 12 años hasta 1984, hubo 32 casos de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, de los cuales 18.7% de los casos se sometieron a cirugía; se hizo colectomía total con ileostomía al 15.6%, con una mortalidad del 9.3%.

En el Instituto Nacional de Nutrición ³⁰, en una evaluación de 5 años hasta 1984, hubo 88 casos de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, de los que el 16% requirió manejo quirúrgico, al 8% se les hizo Proctocolectomía, al 5.6% se les hizo colectomía parcial con anastomosis ileo-procto, y al 2.4% se les hizo colectomía parcial con colo-colo anastomosis. El 2.4% se operó de urgencia por Megacolon.

En el Hospital "20 de Noviembre" de esta ciudad ³², en una experiencia de 8 años hasta 1989, hubo 53 pacientes con Colitis

Ulcerativa Crónica Inespecífica, de los cuales el 3.7% requirió manejo quirúrgico y se les hizo Colectomía total.

En nuestro hospital, en un estudio de 5 años hasta 1984 ³³, hubo 25 pacientes con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, de los cuales solo el 4% requirió manejo quirúrgico y fue por malignización.

Se reporta un estudio de pacientes con anastomosis íleo-anal y reservorio en "J", en el Instituto Nacional de Nutrición, en un período de dos años hasta 1989 ³⁴; la edad promedio de los pacientes fue de 33 ± 16 años; fueron seis pacientes, de los cuales cuatro tenían Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, uno Poliposis Familiar y otro Síndrome de Gardner; la indicación quirúrgica fue rebeldía al manejo médico en cuatro y displasia en dos. Todos discriminan aire o materia fecal en el ano, con cuatro evacuaciones diarias en promedio, uno con escurrimiento nocturno anal, escaso y no incapacitante; con baja morbilidad y excelente calidad de vida.

En nuestra serie, en un período de seis años, nueve pacientes requirieron manejo quirúrgico, en siete de estos, la mala respuesta al manejo médico, fue la indicación quirúrgica; en los dos pacientes restantes, los cuales ya tenían una colectomía total abdominal, ileostomía permanente y bolsa de Hartmann, se hizo cirugía de "rescate". La mortalidad fue nula (0%), los resultados

funcionales fueron buenos; las complicaciones se presentaron en el 22% después nuestro primer tiempo quirúrgico y en el 33% después del segundo tiempo quirúrgico; la "Pouchitis" se ha presentado en dos casos (22%). La frecuencia de evacuaciones después de doce meses del cierre de la ileostomía, es de 3 a 4 en el día.

Aunque ninguna configuración de reservorio ha demostrado ser significativamente superior a otra, nosotros preferimos el reservorio en "J" de Utsunomiya (8 de 9 casos), por su facilidad técnica, menor tiempo en su elaboración y porque ofrece un tamaño y distensibilidad adecuados, con una evacuación eficiente del reservorio.

Con este tipo de cirugía, se ofrece al paciente una cura de su padecimiento, al remover todo el tejido potencialmente afectable (Colon, recto y mucosa anal), al mismo tiempo que se evita una ileostomía permanente, la cual en algunos casos llega a convertirse en una incapacidad para el paciente. Esta cirugía es gratificante al ofrecer curación y continencia del esfínter anal, y los pacientes al ofrecerles las opciones del manejo quirúrgico, las prefieren en su mayoría.

TABLA I

CASO Y BOLSA	EDAD EN AÑOS	SEX	EVOL. PREVIA EN AÑOS	NPT PREQx EN DIAS	FECHA 1 Qx	COMPLICACION	CIERRE DE ESTOMA (SEM)	COMPLICACION
1 "S" π	18	F	*	38	III-87	NO	18	NO
2 "J" α	62	M	7	35	X-87	NO	35.7	NO
3 "J" β	19	F	*	19	IV-88	NO	17	FISTULA
4 "J" Γ	38	F	5	5	VI-88	NO	26.8	FISTULA ANAL
5 "J"	40	F	9	13	VII-90	FISTULA Y LACERACION DE VAGINA	28.1	NO
6 "J"	41	F	10	25	IV-91	NO	24	NO
7 "J"	22	F	4	5	XI-91	NO	22.4	"POUCHITIS"
8 "J"	58	M	2	13	VIII-92	"POUCHITIS"	13.7	FISTULA
9 "J"	25	M	5	46	XI-92	NO	18.2	NO

* Pacientes con Colectomía previa, a los que se les hizo Cirugía de "Rescate".

π Paciente con Poliposis Familiar.

α Falleció 3 años después del cierre de la Ileostomía, por Ca de páncreas.

β Paciente con enfermedad de Hirschsprung. Se reconvirtió a Ileostomía definitiva, con cierre distal, sin remover el reservorio.

Γ La paciente desarrolló Acalasia 3 años después del cierre de la Ileostomía.

CONCLUSIONES

1- Habiendo mencionado los pro y los contra de los procedimientos como coloproctectomía con ileostomía continente o no, y de la ileo-recto anastomosis; pensamos que el manejo quirúrgico idóneo en estos casos es la mucosectomía anal con colectomía abdominal, más reservorio ileal y anastomosis ileo-anal, con ileostomía temporal; la cual es curativa porque elimina todo el tejido afectado o potencialmente afectado, y preserva el mecanismo del esfínter anal sin necesidad de un estoma permanente.

2- La técnica quirúrgica se limita a pacientes con una función normal del esfínter anal y a los pacientes con bajo riesgo quirúrgico.

3- Es indispensable que se haga en un tercer nivel de atención médica y que se cuente con apoyo de Nutrición Parenteral Total preoperatoria.

4- Los tiempos quirúrgicos del procedimiento pueden ser dos o tres; en ambos grupos, los resultados funcionales son similares; las complicaciones postoperatorias en tres tiempos quirúrgicos, son en su mayoría sepsis pélvica, y en dos tiempos quirúrgicos son en su mayoría obstrucción intestinal.

5- La complicación denominada "Pouchitis" (inflamación del reservorio), es más frecuente en los casos de Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica, que en los casos de Poliposis Familiar.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Mark M Ravitch, M.D., Baltimore, M.D. Anal ileostomy with sphincter preservation in patients requiring total colectomy for benign conditions. Surgery. 1948 24:170-187.
- 2- Miguel A Valiente, M.D. Construction of pouch using "Pantaloon" technic for pull-through of ileum following total colectomy. Am J Surg 1955; 90:742-750.
- 3- Mitchell Karlan, M.D., Richard C McPherson, M.D., and Robert N Watman, M.D. An experimental evaluation of fecal continence - sphincter anal reservoir- in the dog. Surg Gynecol & Obstet. 1959; 108:469-475.
- 4- Simonsen O, Retosigmoidectomia endoanal con recceao de mucosa rectal. Rev Paulista Med 1960; 57:116-118.
- 5- M Bucaille, M.D. Selective frontal lobe operation for treatment of some diseases of the digestive tract with special reference to ulcerative colitis. Surgery. 1962; 52:690-692.
- 6- F Soave, M.D. A new surgical technique for treatment of Hirschsprung's disease. Surgery 1964; 56:1007-1014.

7- Siroos Safaie-Shirazi, Robert T Soper. Endorectal pull-through procedure in the surgical treatment of familial polyposis coli. J Pediatr Surg 1973; 8:711-716.

8- P J Jeffery, P R Hawley, and A G Parks. Colo-anal sleeve anastomosis in the treatment of diffuse cavernous haemangioma involving the rectum. Br J Surg 1976; 63:678-682.

9- Lester W Martin, M.D., Claude LeCoultrre, M.D., William K Schubert, M.D. Total colectomy and mucosal proctectomy with preservation of continence in ulcerative colitis. Ann Surg 1977; 186:477-480.

10- A G Parks, R J Nicholls, Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. Br Med J. 1978; 2:85-88.

11- Eric W Fonkalsrud, M.D., Total colectomy and endorectal ileal pull-through with internal ileal reservoir for ulcerative colitis. Surg Gynecol & Obstet. 1980; 150:1-8.

12- A G Parks, R J Nicholls, and P Belliveau. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. Br J Surg. 1980; 67:533-538.

13- J Utsunomiya M.D., T Iwama, M.D., M Imajo M.D., S Matsuo M.D., S Sawai M.D., K Yaegashi M.D., et al. Total colectomy, mucosal

proctectomy, and ileoanal anastomosis. Dis Colon & Rectum. 1980; 23:459-466.

14- S F Grundfest M.D., V Fazio M.B., R A Weiss M.D., D Jagelman M.S., I Lavery M.D., F L Weakly M.D., et al. The risk of cancer following colectomy and ileorectal anastomosis for extensive mucosal ulcerative colitis. Ann Surg. 1981; 193:9-14.

15- E W Fonkalsrud M.D., Endorectal ileal pull-through with lateral ileal reservoir for benign colorectal disease. Ann Surg. 1981; 194:761-766.

16- L W Martin M.D., J E Fischer M.D., Preservation of anorectal continence following total colectomy. Ann Surg. 1982; 196:700-704.

17- R W Beart Jr M.D., R R Dozois M.D., K A Kelly M.D., Ileoanal anastomosis in the adult. Surg Gynecol & Obstet. 1982; 154:826-828.

18- J J Bauer M.D., I M Gelernt M.D., B Salky M.D., I Kreal M.D., Sexual dysfunction following proctocolectomy for benign disease of the colon and rectum. Ann Surg. 1983; 197:363-357.

19- E W Fonkalsrud M.D., Endorectal ileoanal anastomosis with isoperistaltic ileal reservoir after colectomy and mucosal proctectomy. Ann Surg. 1984; 199:151-157.

JF

20- B A Harms M.D., J R Pellet M.D., J R Starling M.D., Modified quadruple-loop (W) ileal reservoir for restorative proctocolectomy. Surgery. 1987; 101:234-237.

21- J h Pemberton M.D., K A Kelly M.D., R W Beart Jr M.D., R R Dozois M.D., B G Wolf M.D., D M Ilstrup M.D., ILeal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis, long-term results. Ann Surg. 1987; 206:504-513.

22- J L Lohmuller M.D., J H Pemberton M.D., R R Dozois M.D., D Ilstrup M.S., J V Heerden M.D., Pouchitis and extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease after ileal pouch-anal anastomosis. Ann Surg. 1990; 211:622-629.

23- S Galandiuk M.D., N A Scott M.D., R R Dozois M.D., K A Kelly M.D., D M Ilstrup M.S., R W Beart Jr M.D., B G Wolff M.D., et al. Ileal pouch-anal anastomosis, reoperation for pouch-related complications. Ann Surg. 1990; 212:446-454.

24- S Galandiuk M.D., B G Wolff M.D., R R Dozois M.D., R W Beart Jr M.D., Ileal pouch-anal anastomosis without ileostomy. Dis Colon & Rectum. 1991; 34:870-873.

25- S Galandiuk M.D., J H Pemberton M.D., J Tsao M.D., D M Ilstrup M.S., B G Wolff M.D., Delayed ileal pouch-anal anastomosis,

complications and functional results. Dis Colon & Rectum. 1991; 34:755-758.

26- K A Kelly M.D., Anal sphincter-saving operations for chronic ulcerative colitis. Am J Surg. 1992; 163:5-11.

27- Morales O P, Avila A-A., Estudio retrospectivo de colitis ulcerativa crónica inespecífica. Rev Gastroenterol Mex. 1983; 48:resumen del congreso de Gastroenterología.

28- J A Canseco, M E Anzures, D Murgía, R Valdés. Colitis ulcerativa crónica inespecífica en la unidad de Gastroenterología del Hospital General de México. Rev Gastroenterol Mex. 1982; 47: resumen del congreso de Gastroenterología.

29- A Odor, L Rosado, L De La Garza, Tratamiento quirúrgico de la Colitis ulcerativa crónica inespecífica. Rev Gastroenterol Mex. 1982; 47: Resumen del congreso de Gastroenterología.

30- N Pérez, J Orillac, F Centeno, L Guevara, Colitis ulcerativa crónica inespecífica Experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Rev Gastroenterol Mex. 1984; 49: Resumen del congreso de Gastroenterología.

31- H Hernández, E H Barrera, C González, I C Velázquez, M López, Colitis ulcerativa crónica inespecífica, experiencia en 12 años.

Rev Gastroenterol Mex. 1984; 49: Resumen del congreso de Gastroenterología.

32- Cortés E T, Rodríguez S J, Castellanos N M, Colitis ulcerativa crónica inespecífica, experiencia en el HR "20 de noviembre". Rev Gastroenterol Mex. 1989;54: Resumen del congreso de gastroenterología.

33- E Benavides, L Rocha, F Gamboa, Colitis ulcerativa crónica inespecífica en el Hospital de especialidades del centro médico "La Raza". Rev Gastroenterol Mex. 1984; 49: Resumen del congreso de Gastroenterología.

34- S Cárdenas, M F Herrera, G Torres, H Ferral, R Awat, Evaluación fisiológica y rehabilitación de pacientes con anastomosis ileo-anal y reservorio en "J". Rev Gastroenterol Mex. 1989; 54: Resumen del congreso de Gastroenterología.

35- Seymour I Schwartz, Harold Ellis, Wendy Cowles Husser. Maingot's Abdominal Operations. 1985, octava edición, tomo II, página 1374. Ed. Médica Panamericana S.A. Buenos Aires (Argentina), 1986.

36- Biagio Ravo MD, T Khubchandani MD. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. Vol. 6, 1988; Técnicas en cirugía Colo-rectal. Página 1445.