

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
"DR. ANTONIO FRAGA MOURET."**

**"INCIDENCIA DE COMPLICACIONES EN PACIENTES
CON CUCI TRATADOS CON PROCTOCLECTOMIA
TOTAL, RESERVORIO ILEAL Y ANASTOMOSIS ANAL"**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO GENERAL

**P R E S E N T A
DR. IGNACIO CARRIZOSA CELIS**

**ASESOR DE TESIS:
DR. JOSE ARTURO VELASQUEZ GARCIA**



MEXICO, D.F.

AGOSTO 2004



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 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

**Incidencia de complicaciones en Pacientes con
CUCI, tratados con proctocolectomía total,
reservorio ileal y anastomosis anal**

Dr. IGNACIO CARRIZOSA CELIS

**Residente del Cuarto año de Cirugía General Del
Hospital de Especialidades Centro medico Nacional La
Raza**

Dr. JOSÉ ARTURO VELÁSQUEZ GARCÍA

**Medico Adscrito al servicio de Cirugía general Del
Hospital de Especialidades Centro medico 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.

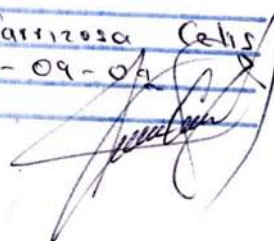
NOMBRE:

Ignacio Carrizosa Celis

FECHA:

01-09-09

FIRMA:



Oriente 102. no. 2901.
Colonia Gabriel Ramos Millan
Delegación Iztacalco
Código Postal: 08000
México DF
Telf.: 56490116

Hospital De Especialidades
Centro Medico Nacional
La Raza
IMSS
México. D,F.



DR. JESUS ARENAS OSUNA.

Jefe de Educación e Investigación Médicas.





DR. LUIS GALINDO MENDOZA.

Titular del curso de Cirugía General.



DR. IGNACIO CARRIZOSA CELIS.

Alumno.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

No. de protocolo: 2004-3501-060

Dedicatoria:

Agradezco el invaluable e incondicional apoyo que he recibido de mis padres, siendo a la vez la guía y motivación para lograr mis metas.

A mis hermanos, por los consejos y la disposición completa en todo momento y circunstancia.

A mis amigos de la especialidad, por ayudarme a superar obstáculos y adversidades, así como hacer más fácil y agradable la senda que he recorrido.

Agradezco sinceramente a los Cirujanos del Hospital de especialidades, por la transmisión de sus conocimientos y por ayudarnos a descubrir el arte de la Cirugía. En especial al Dr. Velásquez, Dr. Arenas, Dr. Campos y el Dr. Villalpando quienes nos brindaron parte de su tiempo y sabiduría, además de su valiosa amistad.

Gracias a Dios por darme la oportunidad de realizar mis sueños y continuar forjando muchos más. Entre ellos es haber llegado a ser Cirujano.

INDICE.

HOJA DE FIRMAS.....	2
DEDICATORIA.....	3
RESUMEN ESTRUCTURADO EN INGLES.....	5
RESUMEN ESTRUCTURADO EN ESPAÑOL.....	6
ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	7-9
MATERIAL Y METODOS.....	10
RESULTADOS.....	11 - 13
DISCUSION.....	14 - 16
CONCLUSION.....	17
ANEXO.....	18 - 19
BIBLIOGRAFIA.....	20 - 21

ABSTRACT

Title: Incidence of Complications in patients with CUCI that were treated with total proctocolectomy, ileal reservoir , anal anastomosis

Objetivo: To Determine the complications in patients with CUCI that were treated with total proctocolectomy, ileal reservoir, anal anastomosis.

Material and methods: Desing: retrospective, transverse, descriptive, observative and open study, in patients with CUCI, they a total Proctocolectomy with ileal resevoir and ileoanoanastomosis in a period from 1990 to 2003 in elective way, then the expedients were found in archives of Specialty Hospital Centro Médico La Raza to obtain the necessary information and we analyzed age, morbidity, resolution of pouchitis and surgery technique. We used descriptive statistical on interpretation of outcome.

Results: We analyze 9 patients, six males and tree females. Immediate complications: bleeding of surgery wound 11.1 %, mediate complications: infection of surgery wound and intraabdominal abscess 11.1%. Later complications: Pouchitis 88.9%. Intestinal occlusion 55.6%. Desnutrition: 44.4%. Stricture of the anastomosis 22.2%. Anal fistula 22.2%. Ileal pouch excision : 33.3% and 66.7% to keep pouch ileal.

Conclusion: The later complications were the higher incidence Pouchitis 88.8% and intestinal occlusion 55.6 %. They had the highest enhance and impact with the patient quality life because they preferred the ileal pouch excision and accepted the permanent ileostomy 33.3%.

Key words: pouchitis, incidence, ileal reservoir, total proctocolectomy

RESUMEN

TITULO: Incidencia de complicaciones en pacientes con CUCI tratados con proctocolectomía total, reservorio ileal y anastomosis anal.

OBJETIVO: Determinar las complicaciones en pacientes con CUCI a quienes se les realizó proctocolectomía total con reservorio ileal y anastomosis anal.

MATERIAL Y METODOS: Diseño: Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, abierto en pacientes con diagnóstico de CUCI, a quienes se les practicó de forma electiva Proctocolectomía Total con realización de reservorio ileal e ileoanoanastomosis en el periodo de 1990 a 2003. Los expedientes se localizaron en el Archivo del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza para obtener la información necesaria y para analizar: edad, morbilidad, la técnica quirúrgica practicada y resolución de la pouchitis. Se empleó estadística descriptiva en la interpretación de los resultados.

RESULTADOS: Se analizaron 9 pacientes, seis fueron del sexo masculino y tres del sexo femenino; la morbilidad temprana que se observó fue: hemorragia del lecho quirúrgico 11.1% las mediatas: infección de la herida quirúrgica y abscesos intraabdominales 11.1%. y las tardías: Pouchitis en un 88.9%, Oclusión intestinal 55.6%, Desnutrición: 44.4%, Incontinencia Fecal: 44.4%, Estenosis de la anastomosis: 22.2%, Fístulas perianales 22.2%. El porcentaje de desmantelamiento de la bolsa ileal: 33.3% y el resto: 66.7% conserva la bolsa ileal.

CONCLUSIONES: Las complicaciones tardías fueron las más frecuentes; pouchitis (88.8%) , oclusión intestinal (55.6%), tuvieron mayor relevancia y mayor impacto en la calidad de vida del paciente a tal grado de optar el paciente por el desmantelamiento de la bolsa ileal y la realización de una ileostomía definitiva en el 33.3%.

PALABRAS CLAVES:

Pouchitis. Frecuencia, Reservorio ileal, Proctocolectomía total.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.-

El termino de enfermedad inflamatoria intestinal se ha convertido, por el uso común, en sinónimo de colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. La inflamación y la ulceración del intestino pueden ser el resultado de diferentes causas conocidas y definibles. Cuando éstas son descartadas, resta este grupo con inflamación intestinal de causa desconocida, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.(1)

La etiología se considera como desconocida, afecta aproximadamente a 15,000 a 20,000 estadounidenses. La aparición de la enfermedad tiene su pico entre los 20 y los 25 años de edad, pero puede ocurrir en personas más jóvenes y en personas considerablemente mayores.(13) La colitis ulcerosa casi siempre involucra el recto, donde puede permanecer aislada en forma ocasional. Más a menudo la inflamación se extiende en dirección proximal. Es muy común que la enfermedad afecte todo el colon (pancolitis). Si bien la colitis ulcerosa afecta con mayor frecuencia a varones y la enfermedad de Crohn a mujeres, al parecer los factores genéticos y ambientales tienen importancia causal (09). Otros factores que se investigan incluyen tabaquismo, anticonceptivos, orales, alcoholismo, azúcar refinada, enfermedad infecciosas y herencia judía. También se valora un defecto en la regulación inmunitaria.

Los síntomas de la colitis ulcerosa incluyen una diarrea mucoide sanguinolenta, dolor al defecar, necesidad imperiosa de defecar y tenesmo. La enfermedad típicamente se presenta como un trastorno recurrente caracterizado por episodios agudos de diarrea sanguinolenta. Unos pocos pacientes presentan con una colitis ulcerosa fulminante que puede requerir la intervención quirúrgica en el mes siguiente al comienzo de los síntomas(04). La incidencia de una condición maligna aumenta después de unos 10 años de enfermedad activa.

La Colitis ulcerosa es un proceso inflamatorio que incluye la mucosa del colon y se caracteriza por alteraciones de la función intestinal y síntomas de inflamación del intestino.

Las indicaciones para cirugía en el tratamiento de la colitis ulcerosa incluyen enfermedad activa que no responde al tratamiento médico, riesgo de cáncer y hemorragia grave(2). Además de otras indicaciones como son las manifestaciones extraintestinales, desnutrición, retardo del crecimiento, estenosis, displasia, cáncer colorrectal, hemorragia, colitis y megacolon tóxico. Como sólo está afectado el intestino grueso, la afección intestinal del paciente debe curar con una proctocolectomía.

La proctocolectomía total con reservorio ileal ha surgido como el nuevo "estándar de oro" para la colitis ulcerosa(5). La tasa de mortalidad es baja y la mayoría de las series citan frecuencias de < 0.5%. La tasa de extirpación de la bolsa promedian el 5%, siendo la razón mas frecuente la emergencia tardía de características de la enfermedad de Crohn.

En la clínica Mayo, se evaluó el estado de los pacientes en el período temprano posterior al cierre de la ileostomía. El 79% tenían continencia total, el 19% tenía continencia la mayor parte del tiempo con pérdidas ocasionales durante el día y la noche y el 2% eran incontinentes(15). En controles posteriores se encontró incontinencia fecal importante, con más de dos episodios por semana en el 5% de los pacientes durante el día y en el 12% durante el sueño.

Las principales desventajas del procedimiento son defecaciones frecuentes (alrededor de 5 a 7 en 24 hrs), defecaciones nocturnas (ocasional en 55%) y bursitis (casi siempre una inflamación pasajera de la bolsa que responde al metronidazol, que se observa en 28% de los pacientes).

Inicialmente la técnica quirúrgica fue basada en los trabajos de Ravitch y su estudiante de medicina, Sabiston, quienes en 1947 describieron por primera vez la Mucosectomía del recto con ileoanastomosis preservando el esfínter anal.

En 1964 se adaptó la operación a niños con CUCI. Inicialmente el procedimiento fue complejo y difícil con complicaciones(3). La operación por sí misma es prolongada y técnicamente modificable. Las complicaciones sépticas fueron comunes como diarrea y excoriaciones perianales. Posteriormente la técnica ha sido modificada incluyendo: 1) Limpieza y desinflamación de la mucosa rectal previamente a la cirugía con terapia medica intensa, 2) Mucosectomía, 3) irrigación rectal intraoperatoria; 4) derivación intestinal con ileostomía temporal; 5) Cierre de la herida quirúrgica previo a la realización y maduración de la ileostomía, y 6) Construcción de un reservorio ileal.

El dr. Josef Fisher's inicio en Cincinnati en 1978, realizaron la primera cirugía con reservorio ileal con impresionantes resultados. El desarrollo de la creación de un reservorio ileal llevo a una disminución importante en el numero de evacuaciones por día. En una revisión hecha por el mismo autor se encontró un decremento en el numero de evacuaciones de 8 por día a 4 por día con el reservorio ileal(11). A finales de los 70s y comienzo de los 80s en algunos trabajos demostraron la importancia del nivel de transección de la mucosa anorrectal, con un mantenimiento completo de la continencia anal y erradicación de todo el

tejido enfermo. Se recomienda la preservación del epitelio transicional de la columna anorrectal(08).

Los autores continúan preocupados de la importancia de las adherencias firmes relacionado con la técnica quirúrgica. En una revisión realizada mostró un índice alto de oclusión intestinal, en un 12%. Esto condujo a modificar las técnicas quirúrgicas, realizando la ileostomía en el lado derecho de la pared abdominal y la colocación de puntos continuos entre el mesenterio del intestino delgado y la pared abdominal anterior de tal forma que se prevenga una hernia interna alrededor de la ileostomía. Posterior a estas modificaciones la incidencia de obstrucción fue del 7% y solo el 5% requirió intervención quirúrgica(12).

La inflamación de la mucosa de la bolsa ileal se denomina pouchitis o bursitis. Entre los síntomas se encuentran un aumento del número de evacuaciones de tres a cuatro por día a 5 a 6 por día y hasta 8 a 9 por día(6). Estos pacientes también pueden experimentar hemorragia transrectal, cólicos abdominales, y una sensación urgente de ir defecar, así como fiebre.

La pouchitis se diagnostica por los síntomas y se confirma con una endoscopia con un sigmoidoscopio flexible, observando directamente la mucosa de la bolsa ileal, la cual se encuentra similar a la mucosa de un paciente con CUCI, a la microscopia se encuentra también inflamación(9). La causa de la pouchitis es incierta, recientes investigaciones sugieren varias teorías como son: un exceso de bacterias en la bolsa ileal, una recurrencia de la enfermedad intestinal en la bolsa, o como un mal diagnóstico de CUCI cuando en realidad se trata de un Crohn.(12) El uso de antibióticos como tratamiento. Médico de la pouchitis y su respuesta favorable sugiere que las bacterias juegan un papel muy importante. La pouchitis ocurre con mayor frecuencia en pacientes con problemas o síntomas extraintestinales asociados a CUCI.

El tratamiento de la pouchitis es a base de antibióticos como es el metronidazol y la ciprofloxacina, los cuales mejoran la mayoría tomando metronidazol dentro de uno o dos días. El tratamiento es usualmente de 1 a 2 semanas(17). Pero algunos requieren un tratamiento continuo. Medicamentos usados como parte del tratamiento de CUCI también son usados como son los enemas evacuantes con esteroides o con 5-aminosalicilato o supositorios, sulfasalacina oral. En raras ocasiones los esteroides orales como la prednisona pueden prescribirse, pero su uso en la pouchitis es mucho menor que el del CUCI(15).

Los síntomas crónicos de la pouchitis ocurrieron en 5 de 100 personas. Estos pacientes a menudo no respondieron al tratamiento, en este grupo pequeño, la pouchitis tuvo un impacto negativo en la calidad de vida, por lo que los mismos pacientes eligieron que su bolsa ileal se convirtiera en una ileostomía terminal permanente(6).

MATERIAL Y METODOS:

Objetivo. Determinar las complicaciones en pacientes con CUCI a quienes se les realizó proctocolectomía total con reservorio ileal

Diseño: retrospectivo, transversal, descriptivo, abierto, observacional de 1990 a octubre del 2003 en pacientes egresado del departamento de cirugía general del HECMR con el diagnóstico de postquirurgico de CUCI.

Del expediente clínico se registró la edad, sexo, morbilidad inmediata y tardía, técnica quirúrgica practicada y resolución de la pouchitis.

A los resultados que se observaron se aplicó estadística descriptiva con el programa de análisis estadístico SPSS 10.

RESULTADOS

En el periodo de 13 años, se egresaron del servicio de cirugía general del HECMR 9 sujetos a quienes se les realizó proctocolectomía con reservorio en J por CUCI.

De ellos seis fueron hombres y tres mujeres.

Tablas No. 1. Distribución de sexo

SEXO	MASCULINO	FEMENINO
NO. DE PACIENTES	6	3
PORCENTAJE	66.7 %	33.3%

Con respecto a la edad, como es de esperarse, congruente con la edad de presentación del CUCI, donde se obtuvo una frecuencia mas alta en edades de 20 – 30 años y de 31-40 años en un 33.3% respectivamente y en edades del 41 – 50 años una frecuencia de 22.2%, reportándose un solo paciente con edad mayor de 50 años siendo un 11.1%

Tabla No. 2. Distribución de edades por frecuencia de presentación de complicaciones

EDAD (AÑOS)	20 - 30	31 - 40	41- 50	> 50
PORCENTAJE.	33.3 %	33.3 %	22.2 %	11.1%

En todos los pacientes se realizó proctocolectomía con reservorio en J, solamente a uno se practico la anastomosis ileoanal mediante engrapadora mecánica.

Las complicaciones inmediatas fueron: 11.1%
 Por lo que se refiere a las mediatas: 11.1%
 Por último las tardía se representaron por 88.9%

Tabla No. 3 Complicaciones de la proctocolectomía total con reservorio ileal de acuerdo al tiempo de presentación

TIPO DE COMPLICACION	COMPLICACIÓN INMEDIATA	COMPLICACIÓN INMEDIATA	COMPLICACIÓN TARDIA.
PORCENTAJE	11.1%	11.1%	88.9%

En 3 pacientes (33.3%) como consecuencia de la pouchitis fue necesario desmantelar y realizar ileostomía definitiva, el resto de los pacientes (66.7%) se encuentra la bolsa ileal es funcional y se resolvieron los episodios de pouchitis con tratamiento médico.

Tablas No. 4 PORCENTAJE DE RESOLUCIÓN DE LA POURCHITIS.

TIPO DE RESOLUCIÓN DE LA POUCHITIS	DESMANTELAMIENTO DE LA BOLSA ILEAL POR POUCHITIS.	TRATAMIENTO MEDICO DE LA POUCHITIS.
PORCENTAJE	66.7 %	33.3%

De las complicaciones inmediatas, un solo paciente (11.8%) presentó hemorragia de la herida quirúrgica y un hematoma intraabdominal. De igual forma dentro de las complicaciones mediatas un paciente se complicó (11.8%) al desarrollar infección de herida quirúrgica así como abscesos intraabdominales,

Evidentemente hay una notable frecuencia elevada de complicaciones tardías, 8 de 9 pacientes (88.9%), de estas la pouchitis y la oclusión intestinal fueron las que destacaron.

Siendo la pouchitis la más importante de todas en un 88.9% esto es, todos excepto un paciente, presentaron en un momento de su vida pouchitis.

La oclusión intestinal se presentó en un 55.6%, la segunda complicación más frecuente. Como consecuencia de bursitis, oclusiones intestinales, y otras complicaciones, la desnutrición se ha presentado en un 44.4% (4 de 9 pacientes). La incontinencia fecal en un 44.4% , la estenosis de la anastomosis y fistula perianal en un 22.2% (pacientes de 2 de 9)

Tabla No. 5 Complicaciones tardías de la proctocolectomía total con reservorio ileal y anastomosis anal.

COMPLICACION	POUCHITIS	OCCLUSION INTESTINAL	DESNUTRICION	INCONT. FECAL.	ESTENOSIS ANAL	FÍSTULA PERIANAL
PORCENTAJE.	88.9%	55.6%	44.4%	44.4%	22.2%	22.2%

La frecuencia de pouchitis fue la siguiente: pacientes que nunca presentaron pouchitis 11.1%, pacientes que desarrollaron pouchitis de 1 a 2 ocasiones 55.6% y pacientes con mas de 2 ocasiones 33.3%

Tabla NO. 6 FRECUENCIA DE POUCHITIS

No. DE POUCHITIS	NINGUNA POUCHITIS	POUCHITIS 1 – 2 VECES	POUCHITIS > 2 VECES
PORCENTAJE	11.1 %	55.5 %	33.3 %

DISCUSIÓN .

Los resultados muestran un claro predominio de complicaciones tardías siendo esta de un 88.9%, con menor frecuencia, las complicaciones mediatas e inmediatas en un 11.1% cada una de ellas. Un solo paciente se ha mantenido sin complicaciones a 3 años de haberse realizado la proctocolectomía total y reservorio ileal.

De las complicaciones inmediatas, un solo paciente (11.8%) presentó hemorragia de la herida quirúrgica y un hematoma intraabdominal, de la cual fue necesario realizar drenaje del hematoma y empaquetamiento en 2 ocasiones. De igual forma dentro de las complicaciones mediatas un paciente se complicó (11.8%) al desarrollar infección de herida quirúrgica así como abscesos intraabdominales, llevándose a cabo drenaje quirúrgico de dicho absceso.

Evidentemente hay una notable frecuencia elevada de complicaciones tardías, 8 de 9 pacientes (88.9%), de estas la pouchitis y la oclusión intestinal fueron las que destacaron.

Siendo la pouchitis la más importante de todas en un 88.9% esto es, todos excepto un paciente, presentaron en un momento de su vida pouchitis.

La oclusión intestinal se presentó en un 55.6%, la segunda complicación más frecuente y en algunos pacientes en más de una ocasión la presentaron. Como consecuencia de bursitis, oclusiones intestinales, y otras complicaciones, la desnutrición se ha presentado en un 44.4% (4 de 9 pacientes). La incontinencia fecal en un 44.4% , la estenosis de la anastomosis y fístula perianal en un 22.2% (pacientes de 2 de 9)

Como ya se ha mencionado de las complicaciones tardías mas frecuentes es la pouchitis, la cual se diagnostica clínicamente y se corrobora con colonoscopia y toma de biopsia. Motivo por lo que hemos dividido de acuerdo al numero de veces ocurrida en un paciente, esto es: ninguna vez, de 1- 2 veces, y de 3-4 veces. Encontrando que en un 55.6% de los pacientes presentaron pouchitis de 1 – 2 ocasiones en toda su evolución posoperatoria, el 33.3% presentaron pouchitis de 2 a 4 ocasiones. Y un solo paciente no presentado complicación alguna (11.1%).

Consecuentemente los múltiples episodios de pouchitis junto con la mala calidad de vida que conlleva la pouchitis, y a la vez pacientes la falta de respuesta al tratamiento médico, condiciono el desmantelamiento de la bolsa ileal como tratamiento definitivo en un 33.3%. Mientras que el 66.7% quienes tuvieron respuesta adecuada al tratamiento médico no fue necesario el desmantelamiento de la bolsa ileal y hasta el momento son funcionales las bolsas ileales.

Respecto a la edad de presentación de las complicaciones, no existió relación alguna, mas que la edad en que se manifiesta la CUCI acorde a la edad de nuestros pacientes que va de 20 años a 50 años.

El objetivo de realizar una bolsa ileal es disminuir el número de evacuaciones siendo este un reservorio y sustituyendo la función del recto, siendo en promedio 4-5 evacuaciones por día con el reservorio ileal, en comparación con 8-9 veces por día sin bolsa ileal. Sin embargo las evacuaciones constantes son comunes en los primeros días y semanas de realizado el reservorio, mientras se logra la adaptación de la bolsa ileal.

Como es de esperarse siempre existen complicaciones y sobre todo en este tipo de patológica como el CUCI donde aun su etiología no esta bien definida, aunado con la presencia de manifestaciones extraintestinales y aun más puede coexistir con una enfermedad de Crohn. Por esta última asociación a la Enfermedad de Crohn, se ha pensado que sea la causa de Pouchitis en repetidas veces y refractaria al tratamiento médico, terminando en un desmantelamiento de la bolsa ileal y la realización de una ileostomía terminal permanente, reportándose en un 5% según estudios realizados en estos pacientes.

Pero existen muchas mas causas de la pouchitis aún no identificadas del todo, solo podríamos hacer aseveraciones como en nuestro estudio, donde nuestra frecuencia de pouchitis es muy alta (88.9%) comparada con un 28% de pacientes reportados en la literatura.

Nuestra aseveración, que coincide con otros reportes, es la técnica quirúrgica, que en nuestro caso en el servicio de Cirugía General, la mucosectomía del recto como alternativa de la extirpación total del recto, no se hizo completa en 2 pacientes, quedando restos de mucosa rectal, aunque mínima y solo evidenciada por colonoscopia fue la causa de repetidos eventos de Pouchitis. En los pacientes que se desmanteló la bolsa ileal y se les realizó la ileostomía terminal permanente (33.3% comparado con la literatura que es de el 5%) los estudios de histopatología de la bolsa ileal, reportaban inflamación crónica y aguda, necrosis isquémica extensa, úlceras múltiples activas, erosiones de la mucosa, criptitis intensa con congestión vascular, lo que nos hace pensar en un CUCI de la bolsa ileal, probablemente por la modificación que se le hizo al ileon predisponiendo a el aumento de bacterias y a los cambios en la concentración y de tipo de ácidos grasos de la mucosa, siendo esta otra teoría buscando la causa de la Pouchitis. Podríamos suponer que el tipo de anastomosis ileoanal y el material de sutura (seda o ácido poliglicólico) juega un papel importante en la frecuencia de pouchitis, pues el paciente que no ha presentado pouchitis en sus 3 años de evolución se le realizó anastomosis mecánica con engrapadora.

Respecto a la técnica quirúrgica y enfocada a la estenosis de la anastomosis ileoanal, la mucosectomía del recto puede ser causa de una fibrosis extensa que estaría condicionando la estenosis futura como complicación tardía, que en nuestro estudio, ocurrió en 2 pacientes (22.2%). Utilizando técnicas en las cuales se extirpe el recto con toda su pared, esperaríamos menor frecuencia de estenosis de la anastomosis.

Continuando con la técnica quirúrgica y en específico a la disección del recto en su porción pélvica, el daño directo a los plexos y nervios que inervan a los esfínteres anales, traen como consecuencia la incontinencia fecal, que es de las principales desventajas y complicación a la vez de reseca el recto en su totalidad, obtuvimos una frecuencia de incontinencia fecal de 44.4% de las cuales en su mayoría la clasificamos como leve y la mitad de estos pacientes remitió dicha incontinencia.

Una complicación es preocupante, la obstrucción intestinal pues mas de la mitad de nuestros pacientes (55.6%) se han obstruido en el transcurso de su evolución posterior a la proctocolectomía total y reservorio ileal, aún cuando la ileostomía se realiza del lado derecho, sin embargo no se lleva a cabo de forma rutinaria la colocación de puntos continuos entre el mesenterio del intestino delgado y la pared abdominal anterior de tal forma que prevenga una hernia interna alrededor de la ileostomía. Cabe mencionar que en solo un paciente se demostró que la causa de la oclusión intestinal fuese una hernia interna, sin especificar exactamente el nivel en que se encontraba herniado el intestino delgado. Luego entonces la causa mas evidente de las oclusiones intestinales, como es bien sabido, fueron las adherencias posoperatorias.

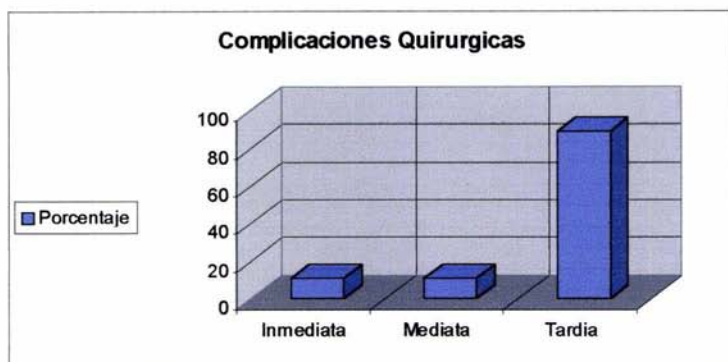
CONCLUSIÓN.

En conclusión la proctocolectomía total con reservorio ileal continua siendo el estándar de oro para el manejo del CUCI, aún con la elevada morbilidad y nula mortalidad , debido a que es lo más funcional, mejora la calidad de vida de los pacientes en comparación con una ileostomía permanente. La mayor preocupación de las complicaciones es la Pouchitis, que es inherente al procedimiento , afecta la calidad de vida del paciente de forma negativa al grado de condicionar al paciente la realización de una ileostomía terminal definitiva.

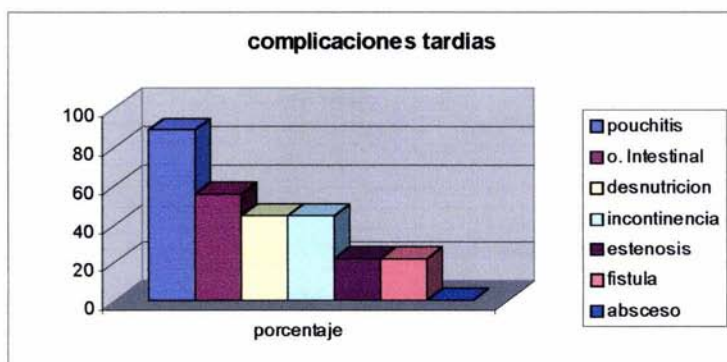
La causa de la pouchitis aun incierta en su totalidad, pero con algunos aspectos que pudiesen ayudar a explicar una frecuencia tan alta de la pouchitis en nuestro estudio, entre ellos la forma en que se lleva a cabo la técnica quirúrgica y su dominio, así como la naturaleza del CUCI y su probable coexistencia con la Enfermedad de Crohn manifestandose en la bolsa ileal.

El dominio de la técnica quirúrgica de la Proctocolectomía total con reservorio ileal y la familiarización de dicho procedimiento, la modificación de estos aspectos nos llevaría a una adquisición de experiencia por parte del equipo del servicio de Cirugía General, actualización e innovación de técnicas quirúrgicas nuevas y con por consiguiente menor número de complicaciones.

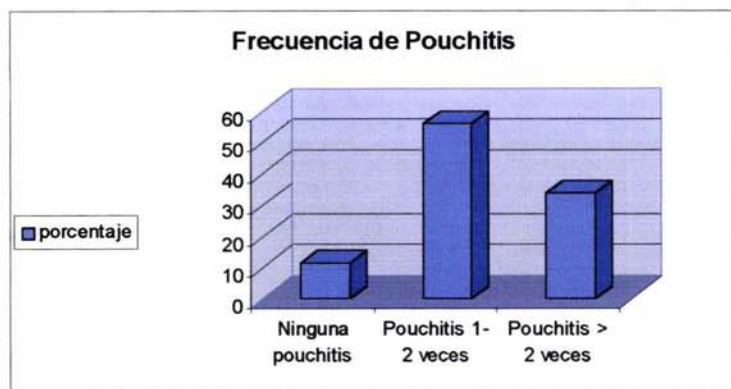
ANEXOS.



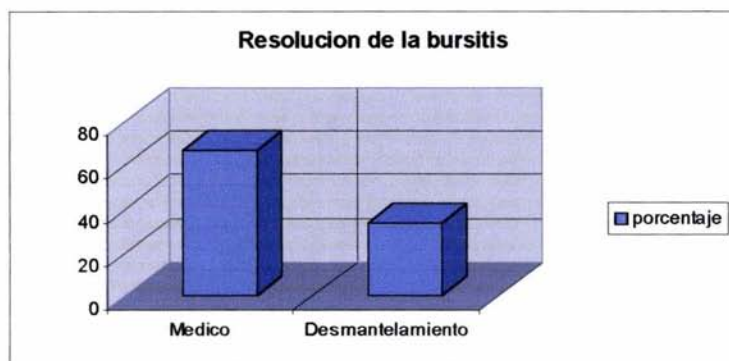
Grafica No. 1 Tipo complicaciones en pacientes con CUCI tratados con proctocolectomía total y reservorio ileal, anastomosis anal.



Grafica No. 2 Complicaciones tardías en pacientes con CUCI, tratados con proctocolectomía total y reservorio ileal, anastomosis anal.



Gráfica No. 3 Frecuencia de pouchitis de cada paciente



Gráfica No. 4 Tipo de resolución de la pouchitis

Bibliografía.

- 1.- Nyhus L., Baker, fischer. El Diafragma. El Dominio De La Cirugía. 709 – 771.
- 2.- Schwartz, Schires, Spencer. Traumatismo. Principios de Cirugía. 182- 211.
- 3.- Baker WNW, Glass RE, Ritchie JK, et al. Cancer of the rectum following colectomy and ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. Br J Surg 1978;65:862'8.
-
- 4.- Bartolo DCC, Duthie GAS. Physiological studies following restorative proctectomy. In: Nicholls J, Bartolo D, Mortensen N, editors. Restorative Proctocolectomy Oxford: Blackwell Scientific; 1993. p. 83-100.
-
- 5.- Deen KI, Williams JG, Billingham GC, et al. Randomized trial to determine the optimum level of pouch-anal anastomosis in stapled restorative proctocolectomy. Dis Colon Rectum 1995;38:133-8
-
- 6.- Farouk R, Pemberton JH, Wolff BG, et al. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. Ann Surg 2000;231:919-26.
-
- 7.- Fazio VW, Ziv Y, Church JM, et al. Ileal pouch-anal anastomosis complications and function in 1005 patients. Ann Surg 1995;222:120-8.
-
- 8.- Galandiuk S, Scott NA Dozois RR, et al. Ileal pouch-anal anastomosis reoperation for pouch-related complications. Ann Surg 1990;212:446-4.
-
- 9.- Gemlo BT, Belmonte C, Wiltz O, et al. Functional assessment of ileal pouch-anal anastomotic techniques. Am J Surg 1995; 169:137-42.
-
- 10.- Grobler SPI, Hosie KB, Keighley mR. Randomized trial of loop ileostomy in restorative proctocolectomy. BR J Surg 1992;79:903-6.
-
-
- 11.- Hawley PR. Emergency surgery for ulcerative colitis. World J Surg 1998;12169-73.

-
- 12.- Kelly KA, Pemberton JH, Wolf BG, et al. Ileal pouch-anal anastomosis. *Curr Prob Surg* 1992;2:59-131.
-
- 13.- Lavery I. Alternative procedures for treatment of ulcerative colitis. *Ostomy Quaterly* 1987;24:16.
-
- 14; Nicholls RJ, Banerjee AK. Pouchitis: risk factors, etiology and treatment. *World J Surg* 1998;22:347-51.
-
- 15.- Nugent FW, Schetz DJ. Chronic ulcerative colitis: Indication for proctectomy. In: Kodner J, Fry RD, Roes JP, editors. *Colon, Rectal, and Anal Surgery* St Louis, CV: Mosby; 1985. p. 287-96.
-
- 16.- Oakley JR, Jagelman DG, Fazio VW, et al. Complications and quality of life after ileorectal anastomosis for ulcerative colitis. *Am J Surg* 1985;145:23.
-
- 17.- Penna C, Daude F, Parc R, et al. Previous subtotal colectomy with ileostomy and sigmoidostomy improves the morbidity and mortality and early functional results after ileal pouch anal anastomosis in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1993;36:343-8.
-
- 18.- Provenzale D, Shearin M, Phillips-Bute BG, et al. Health-related quality of life after ileoanal pull-through: Evaluation and assessment of new health status measures. *Gastroenterology* 1997;113:7-14.