

TEC. ICA QUIRURGICA

# Restablecimiento de la continuidad intestinal después de colectomía total por colitis ulcerosa crónica

Dres. Milton E. Mazza, Ruben Portos, Alberto Aguiar,  
Cándido Muñoz Monteavaro, Carlos Mescia,  
Pedro Kauffman, Emilio Pérez Fernández y Carlos Cagno\*

El sacrificio del recto y la ileostomía definitiva no son una condición inevitable cuando la Colitis Ulcerosa Crónica llega a su etapa quirúrgica. A propósito de un enfermo de 16 años con una colitis ulcerosa crónica sobreaguda, se describe una táctica quirúrgica en 3 tiempos sucesivos (colectomía total e ileostomía —proctomucosectomía, aislamiento del íleon distal con ileoproctostomía e ileostomía proximal— enteroanastomosis), que permite restablecer la continuidad intestinal después de colectomía total. La no regresión de las lesiones rectales después de colectomía, no exige siempre el sacrificio del órgano. La mucosectomía rectal es un recurso útil y eficaz, que permite la preservación anatómica y funcional del ano-recto)

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Colitis, Ulcerative/surgery. Colectomy. Ileostomy.

La Colitis ulcerosa crónica (C.U.C.), es una afección de tratamiento difícil, solamente codificado en algunos aspectos.

Su frecuencia en Uruguay, ha sido establecida en diversas publicaciones.

En 1966, Gutiérrez Blanco (7) recogió 217 casos registrados.

En 1965, Oronoz (11) estudió 42 casos del Hospital de Clínicas, desde su fundación en el año 1953.

Casanova (3) encontró 72 casos en ese mismo Hospital, entre 1957 y 1971, en un total de 321.000 pacientes.

La bibliografía nacional referida a su tratamiento quirúrgico, es prácticamente nula. Sólo conocemos la referencia de Gutiérrez Blanco (8), de resultado alejado de una anastomosis ileoanal practicada por Larghero, en 1951. La experiencia de cada cirujano es limitada. Del total de 72 casos estudiados por Ca-

*Clinica Quirúrgica "A" (Prof. Dr. Roberto Rubio) y Clínica de Nutrición y Digestivo (Prof. Dr. Cándido Muñoz Monteavaro). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.*

sanova (3) 25 fueron sometidos a cirugía en algún momento de su evolución.

Es por ello que nos pareció oportuno comunicar esta observación de un caso de C.U.C., tratada quirúrgicamente en varias etapas, con restablecimiento final del tránsito intestinal por sus vías naturales, mediante un procedimiento que si bien recoge elementos descritos con anterioridad, creemos original en su conjunto.

## OBSERVACION

W. T. 16 años. Hospital de Clínicas. Nº de R. 338.974.

Primer ingreso: 7-II-72. Desde hace un mes y medio presenta dolores abdominales tipo cólico, rectorragias y tenesmo. Varias deposiciones diarias. Agravamiento progresivo. Adelgazamiento. Ingresa al Servicio de Gastroenterología del Hospital Pereyra Rossell (Jefe: Prof. M. Monteavaro). Se le efectúa rectosigmoidoscopia que muestra aspecto típico de C.U.C. en empuje agudo. El tratamiento instituido no da resultado. Sigue febril con frecuentes deposiciones. Se traslada al Hospital de Clínicas ingresando en la Clínica de Nutrición y Digestivo. Al ingreso el examen muestra, un paciente grave, intoxicado, febril, anémico y la rectosigmoidoscopia muestra una C.U.C. grado III, en empuje agudo.

Se instituye enérgico tratamiento médico que incluye transfusiones, corticoides, antibióticos, azulfidine, etc. No se obtiene una mejoría importante. Hematocrito de 20 %. Ante tan grave y persistente sintomatología, se decide la intervención quirúrgica.

*Primera operación:* 11-II-72. Dres. Mazza, Portos, Cagno.

**COLECTOMIA TOTAL E ILEOSTOMIA (Fig. 1).**

*Protocolo:* Mediana infra y parcialmente supraumbi-

lical. Colon con severas lesiones predominantes en el sector izquierdo. A través de la pared del intestino se observa el típico aspecto pseudopolipoides de la mucosa. Se efectúa colectomía total incluyendo los 15 cms. distales del íleon. Cierre del muñón rectal 3 cms. por encima del fondo de saco de Douglas. La mucosa rec-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 3 de abril de 1974.

\* Asistente de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía, Profesor Adjunto de Cirugía, Profesor, Adjunto, Ex-Adjunto, y Profesor Adjunto de Nutrición y Digestivo, Residente de Cirugía.

Dirección: Arenal Grande 1414 ap. 602, Montevideo (Dr. Mazza).

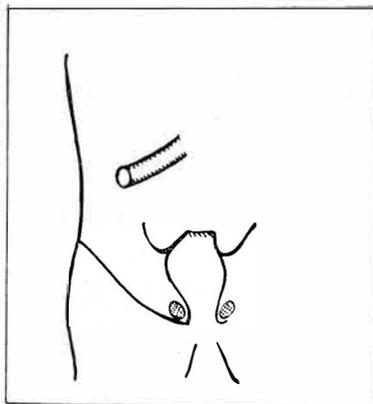


FIG. 1

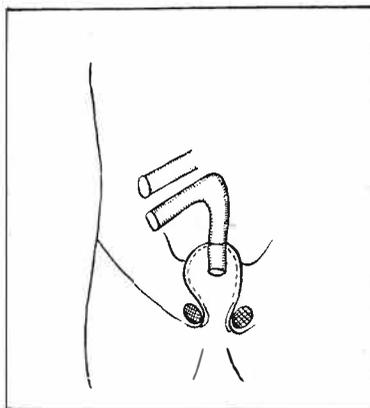


FIG. 2

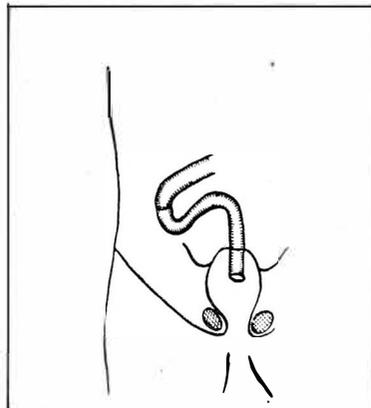


FIG. 3

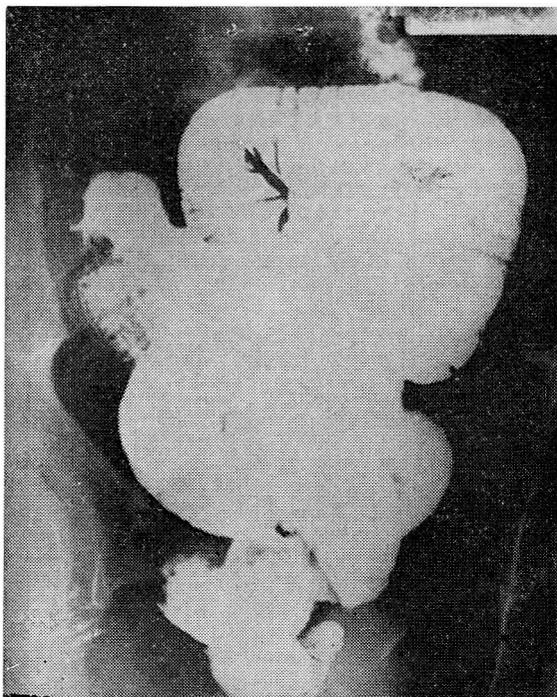


FIG. 4

tal presentaba intensas lesiones. Ileostomía terminal a la Brooke, en F.I.D.

La evolución inmediata es excelente transformándose rápidamente el estado general.

Cuatro meses después, presenta rectorragias, fiebre, anemia, diarreas y la endoscopia muestra rectitis de grado III/IV.

Se trata intensamente su rectitis pero la situación no cambia sustancialmente, requiriendo repetidas transfusiones de sangre por su anemia.

Se discute la necesidad de realizar la proctectomía ante la no regresión de las lesiones rectales y la sintomatología local y general determinada por ellas. El enfermo señala su rechazo a la necesidad de la ileostomía definitiva y dice de su firme decisión de eli-

minarse. Es visto por psicólogos y psiquiatra pero el paciente no modifica su actitud.

Se discute en conjunto la conducta con el paciente y finalmente después de larga meditación se decide efectuar una proctomucosectomía como primer tiempo de una operación de restablecimiento de la continuidad.

*Segunda operación:* 2-X-73. Dres. Mazza, Aguiar, Portos.

**PROCTOMUCOSECTOMIA. AISLAMIENTO DEL ILEON DISTAL. ILEOSTOMIA (Fig. 2).**

Relaparotomía mediana. Fácil liberación del muñón rectal intraperitoneal. Trabajando a doble equipo se intenta despegar la mucosa rectal por vía endoanal desde 3 cms. por encima de la línea criptopapilar. Por el abdomen se intenta también liberar la mucosa rectal una vez abierto el muñón rectal. Rápidamente queda claro que la maniobra es imposible dado que no existe plano de clivaje. La mucosa rectal era una especie de "reboque" lanzado sobre la pared muscular. Con la cureta utilizada para legrado uterino, se efectúa entonces el legrado de la mucosa dejando al descubierto la musculosa. Se conservan 2 o 3 cms. de mucosa rectal baja y la mucosa anal.

Se desinserta la ileostomía. Se secciona el ileon a 30 cms. de su extremidad conservándole a ese sector aislado su meso. El extremo proximal del asa aislada se lleva a la piel de la F.I.D., el extremo distal se introduce unos 5 cms. en el muñón rectal. El orificio de muñón se cierra a puntos separados que toman en el sector vecino a la seromuscular ileal dejando de ese modo fijado el ileon al recto. Se rehace una nueva ileostomía terminal a la Brooke en la F.I.D. El asa ileal aislada se deja calibrada por un tubo de goma a modo de tutor.

El postoperatorio inmediato es bueno. Al 49 día, se retira el tubo endoileal. En los días siguientes se inyecta suero por el asa ileal aislada haciéndolo llegar al recto y observándose que la continencia anal es buena.

Se efectúan lavados diarios del recto con antibióticos.

Bajo anestesia general se examina el recto observándose un estado macroscópico satisfactorio. Se efectúa toma biopsica cuyo estudio histológico (Dr. Reisenweber) mostró lesiones de rectitis discreta.

Se considera que la situación del recto permite restablecer el tránsito.

*Tercera operación:* 20-II-73. Dres. Portos, Mazza.

**E TEROANASTOMOSIS (Fig. 3).**

Mediana infraumbilical. Se desinsertan ambas ileostomías. Preparación de los cabos intestinales y enteroanastomosis terminoterminal en dos planos. Evolución inmediata sin incidentes.

En su evolución ulterior el paciente ha mantenido un excelente estado general, apirético, sin anemia clínica ni de Laboratorio. Su estado psíquico es excelente. Sexualidad normal.

Presenta de 5 a 6 deposiciones diarias de materias blandas.

Ocasionalmente presentó algunos episodios de tipo diarreico que cedieron con medicación banal.

La continencia anal es perfecta tanto para gases como para materias.

Se le efectuó un estudio radiológico de control (Recto-ileon por enema) (Fig. 4) que mostró buena distensión de la ampolla rectal y el fácil pasaje al ileon que aparece de calibre algo mayor que el normal.

Se le efectuaron exámenes endoscópicos de control. El último (junio de 1974), mostró una pared rectal sin lesiones y ausencia de gleras y sangre (Dr. Mescia). Por indocilidad del paciente no se efectuó biopsia.

**DISCUSION**

Frente al empuje sobreagudo y progresivo de C.U.C. que presentaba el paciente, se efectuó una colectomía total sin proctectomía y con ileostomía. Creemos que es la mejor táctica para esa situación. La colectomía total eliminando radicalmente las lesiones salva la vida del enfermo. La conservación rectal no compromete el éxito inmediato de la operación y mantiene la posibilidad de un ulterior restablecimiento del tránsito intestinal.

El muñón rectal puede cerrarse y abandonarse intraperitoneal, puede dejarse subperitoneal (lo que dificultaría su manejo posterior), o bien, puede conservarse un pequeño segmento de sigmoide distal exteriorizado en la extremidad inferior de la incisión o en la F.I.I.

En el mismo acto operatorio puede practicarse una anastomosis ileorrectal. Esta conducta ha sido propuesta con recto sano o aun enfermo (1,9). Cualquiera sea el estado del recto la anastomosis inmediata debe ser protegida por una ileostomía proximal lateral o en doble cabo (1), dado que, estos enfermos tienen un riesgo alto de falla de sutura. Consideramos que, en agudo, lo más prudente sea quizá limitarse a la exéresis colónica.

La evolución inmediata del enfermo fue excelente, pero posteriormente instaló síntomas locales y generales determinados por su rectitis. Se discutió entonces la necesidad de una proctectomía secundaria. El paciente rechazó categóricamente la ileostomía y dijo de su firme decisión de autoeliminarse si se le condenaba a ella.

Se pensó entonces, en algún procedimiento que permitiera suprimir las lesiones rectales y restablecer la continuidad intestinal.

Rechazamos una ileorrectostomía sobre el recto enfermo, aun cuando Mialaret (9) señala la mejoría de la rectitis al restablecer el tránsito.

Las anastomosis ileorrectales bajas o ileoanales, aun adicionadas de dispositivos de al-

macenamiento de las materias [Bergeret (2), Champeau (4), Delannoy (5)] no dan en general buenos resultados y han sido prácticamente abandonadas.

La lectura de los trabajos de Oppolzer (10), Ravitch (12), Devine y Webb (6), Roux y Marchal (15), Schneider (16), nos hizo tomar en cuenta la posibilidad de suprimir las lesiones de la mucosa rectal, conservando las otras capas y la integridad del canal anal, lo que preserva un normal funcionamiento del recto y ano.

Se efectuó entonces en el segundo tiempo operatorio el legrado de la mucosa anal que no tenía lesiones. En el mismo acto se aisló un asa ileal cuya extremidad distal se dejó introducida unos 5 cmts. en el muñón rectal. El muñón rectal mucosectomizado evolucionó bien, desde el punto de vista clínico, endoscópico y anatomopatológico. La rectitis desapareció completamente. En un tercer tiempo se restableció el tránsito intestinal.

Juzgamos bueno, el resultado final obtenido. Ocasionalmente se presentan algunos episodios diarreicos bien controlados con medicación banal. La continencia anal es perfecta. El porvenir del paciente es incierto. La posibilidad de cancerización en el muñón es un riesgo calculado que vale la pena correr.

Confiamos en el mantenimiento y acentuación, en sentido favorable de su estado actual. Ribet (13,14) que practica una táctica parecida destaca que los pacientes mejoran funcionalmente, a medida que pasa el tiempo.

**CONCLUSIONES**

De una sola observación, no pueden extraerse conclusiones definitivas. Sin embargo, nos parece válido insistir en el interés que presenta la técnica de mucosectomía rectal, como recurso para conservar un recto patológico en la C.U.C.

Debe admitirse que a excepción de aquellos casos en que la gravedad de las lesiones rectales y perirrectales contraindiquen su conservación, cabe tentar un procedimiento que permita evitar la ileostomía definitiva. La mucosectomía rectal conservando la musculosa rectal y el canal anal, dio en nuestro paciente un resultado satisfactorio.

Nos permitimos sugerir este procedimiento por entender que es un buen recurso para conservar el recto, cuyas lesiones no regresan con tratamiento médico, después de colectomía total.

**RÉSUMÉ**

**Rétablissement de la continuité intestinale après colectomie totale pour colite ulcéreuse chronique.**

Sacrifier le rectum et procéder à une iléostomie définitive n'est pas un aboutissement inévitable quand la colite ulcéreuse chronique en arrive au stade opératoire. A propos d'un malade de 16 ans souffrant d'une colite ulcéreuse chronique suraiguë, nous décrivons une tactique chirurgicale en trois temps successifs (colectomie totale et iléostomie —proctomucosec-

tomie, isolement de l'iléon distal avec iléoproctostomie et iléostomie proximale— entéroanastomose), qui permet de rétablir la continuité intestinale après colectomie totale. Le fait qu'il n'y ait pas régression des lésions rectales après une colectomie n'oblige pas nécessairement au sacrifice de l'organe. La mucoséctomie rectale est un recours utile et efficace qui permet la préservation anatomique et fonctionnelle de l'anus-rectum.

## SUMMARY

### Re-establishment of intestinal continuity after total colectomy due to chronic ulcerative colitis.

In cases of Chronic Ulcerative Colitis, surgery not inevitably imply sacrificing the rectum and definitive ileostomy. A case of a 16 year old male patient with severe chronic ulcerative colitis is described, with surgery practiced in three successive stages (total colectomy and ileostomy — proctomucoséctomy, isolation of distal ileon with ileoproctostomy and proximal ileostomy — Enteroanastomosis), providing re-establishment of intestinal continuity after total colectomy. The no regression of rectal lesions after colectomy does not always demand sacrificing the organ. Rectal mucoséctomy is a practical and efficient recourse which permits anatomic and functional preservation of the ano-rectum.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AYLETT S. Ulcerative colitis treated by total colectomy and ileorectal anastomosis. *Proc Roy Soc Med*, 56: 183, 1963.
2. BERGERET A, BRETON R et FALLOT P. Recto-colectomie totale pour recto-côlite avec polypose inflammatoire. *Arch Mal App Dig*, 39: 391, 1950.
3. CASANOVA M. Evolución de la Colitis Ulcerosa Crónica. Tesis de Doctorado (inérita). Montevideo, 1971.
4. CHAMPEAU M. Technique nouvelle de rétablissement de la continuité après colectomie totale

- et ablation de l'ampoule rectale. *Arch Mal App Dig*, 41: 504, 1952.
5. DELANNOY E et MARTINOT M. Traitement chirurgical de la Recto-côlite ulcero-hémorragique. Paris, Masson, 1957.
  6. DEVINE J and NEBA R. Resection of rectal mucosa, colectomy and anal ileostomy with normal continence. *Surg Gynec Obstet*, 92: 437, 1951.
  7. GUTIERREZ BLANCO H. Colitis ulcerosa crónica en el Uruguay. 27 casos. *III Congr Latinoamer Proctologia, Chile*, 1966.
  8. GUTIERREZ BLANCO H. Proctocolectomía en la colitis ulcerosa crónica con descenso del ileon al canal anal. *Día Méd Urug*, 33: 1085, 1966.
  9. MIALARET J, BOUSSON H et ROUQUETTE R. Résultats du rétablissement immédiat ou secondaire de la continuité intestinale après colectomie subtotale pour colite ulcéreuse d'emblée ou pour recto-côlite hémorragique. *Arch Mal App Dig*, 52: 465, 1963.
  10. OPPOLZER R. A new method for preserving anal and rectal control after colectomy for polyposis and ulcerative colitis. *Dts Col Rect*, 7: 537, 1964.
  11. OROÑOZ LA. La colitis ulcerosa crónica en el Hospital de Clínicas desde su fundación, 1953-1963. Montevideo. García Mercant, 1965.
  12. RAVITCH MM. Anal ileostomy with sphincter preservation in patients requiring total colectomy for benign conditions. *Surgery*, 24: 170, 1948.
  13. RIBET M, PARIS J, WARTZ A, QUANDALLE P, PARIS JC, HAUSSON A. La conservation du rectum dans la recto-côlite hémorragique. *Chirurgie*, 99: 474, 1973.
  14. RIBET M. Rétablissement de la continuité après colectomie pour recto-côlite hémorragique: anastomose immédiate sur anse ileale isolée. Les Entretiens de Bichat, Paris, Expansion Scientifique, 1963.
  15. ROUX G et MARCHAL F. Les impératifs techniques dans la conservation integrale de la fonction ano-rectale. *Lyon Chir*, 48: 914, 1953.
  16. SCHNEIDER S. Anal ileostomy. *Arch Surg*, 70: 539, 1955.

## DISCUSION

Este trabajo se comenta en conjunto con el del doctor Badano Repetto sobre el mismo tema, presentado en la misma sesión de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.