

# Ileoproctostomía antiperistáltica luego de colectomía total por colitis ulcerosa crónica

Dr. José Luis Badano Repetto\*

Se presenta una técnica para restablecer el tránsito por las vías naturales luego de colectomía total con conservación rectal, llevada a cabo en una enferma joven, portadora de una colitis ulcerosa crónica severa. Los resultados funcionales fueron excelentes, y se mantienen a los 6 años de realizada la intervención. Lo característico de la técnica consiste en utilizar un simple artificio, por el cual el último segmento del íleon queda en posición antiperistáltica, es decir, se realiza una ileoproctostomía antiperistáltica. La posición invertida de la última asa ileal, enlentecería el tránsito y favorecería la función absorbente del intestino.

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

No es propósito de esta presentación discutir las indicaciones de la cirugía en la C. U. El objetivo es señalar la táctica quirúrgica utilizada en esta ocasión, y el excelente resultado obtenido, ya a más de 6 años de realizada la operación. La técnica utilizada no la hemos encontrado descrita en la bibliografía consultada (1 al 8).

## OBSERVACION

M. de los A. B. 28 años, uruguaya. Diciembre 1967. Es enviada por un colega del interior, para tratamiento quirúrgico de una C.U. en pleno empuje agudo. Ha sido sometida a tratamiento médico y también estuvo en tratamiento siquiátrico. Su enfermedad data desde la edad de 21 años. La sintomatología que prevalece es la rectorragia y las diarreas, llegando a tener de 9 a 10 deposiciones diarias. Tiene empujes frecuentes, al parecer íntimamente relacionados con conflictos familiares. El estado general es deficiente. Pesa 35 kilos. Desnutrida. Anémica. El estudio radiológico que trae la paciente, muestra las lesiones clásicas de la C.U., que predominan en sigmoide, descendente y transverso. La rectosigmoidoscopia (Dr. Tajés) señala: mucosa que sangra espontáneamente y cubierta de mucus. Ulceraciones múltiples y pequeñas que sangran fácilmente.

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

\* Docente Adscripto de Cirugía.

Dirección: Canelones 2384, Montevideo.

*Instituto de Cirugía para Post-Graduados (Prof. Dr. Luis M. Bosch del Marco). Hospital Pasteur. Montevideo.*

Existen micro-abscesos en una mucosa granulosa. El proceso descrito se extiende desde el recto hasta donde es posible introducir el rectoscopio (20 ctms.).

*Primera intervención (21-I-68).* Equilibrada humoralmente, se decide realizar una ileostomía clásica (figura 1). Tres meses después la paciente ha mejorado. Aumentó de peso. En ocasiones expulsa mucosidad sanguinolenta por el ano. La ileostomía funciona bien. Tiene varias deposiciones diarias y su estado actual motiva en la paciente ideas de suicidio.

*Segunda intervención (21-IV-68).* Se decide realizar la colectomía con conservación del recto. Mediana infraumbilical. *Colectomía*, conservando el recto inmediatamente por encima del peritoneo (Fig. 2). *Ileoproctostomía* lateroterminal a unos 25 ctms. de la actual ileostomía (Fig. 3). Sección del intestino a unos 5 cmts. proximalmente a la anastomosis y cierre del muñón distal (Fig. 4). Ileostomía a expensas del muñón proximal del asa seccionada, que se aboca cerca de la primitiva ileostomía (Fig. 4).



FIG. 1.— *Primera intervención. Ileostomía.*

La evolución postoperatoria fue muy favorable, y la idea de restaurar el tránsito por las vías naturales, transmitida a la paciente, ha contribuido a una mejoría síquica, que repercute indudablemente sobre el soma. El sector de la ileo-proctostomía es tratado localmente con enemas a base de aceite de hígado de bacalao. La anorrectoscopia muestra una mucosa con caracteres inflamatorios en regresión (10-VI-68).

*Tercera intervención* (16-VII-68). El balance clínico-humoral y el estado satisfactorio de la mucosa rectal, deciden el restablecimiento del tránsito. Se aborda

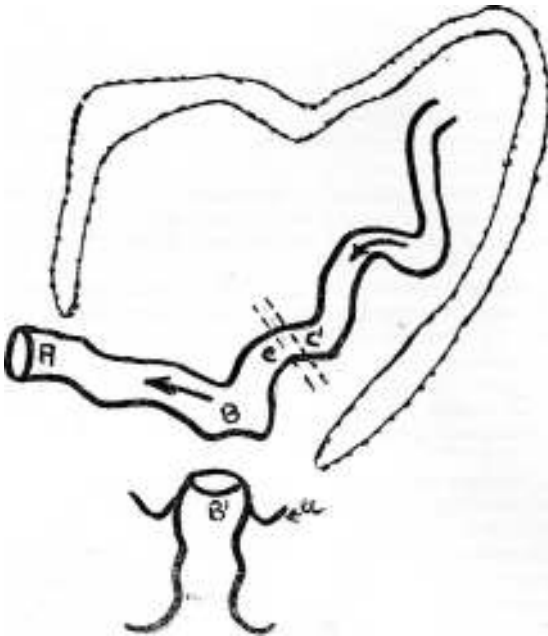


FIG. 2.— *Segunda intervención*. Colectomía conservando el recto. B y B': futura anastomosis (ileoproctostomía); C y C': futura sección del asa; a: repliegue peritoneal.

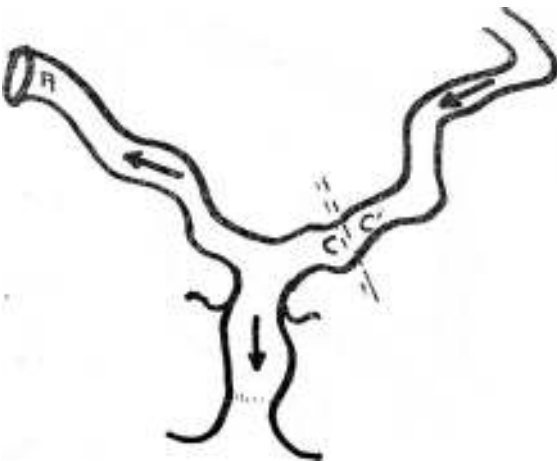


FIG. 3.— *Segunda intervención*. Ileo-proctostomía lateroterminal.



FIG. 4.— *Segunda intervención*. Ileostomía a expensas del muñón proximal del asa seccionada. C': muñón del asa seccionada.

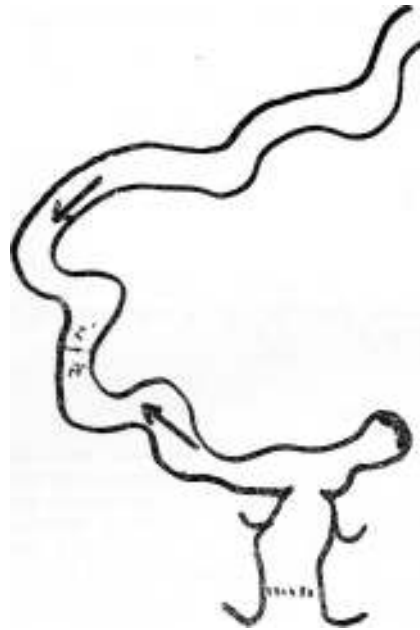


FIG. 5.— *Tercera intervención*. Restablecimiento del tránsito. C' y A': entero-entero-anastomosis. Las flechas indican el sentido del peristaltismo.

por una paramediana derecha la base de los cabos ileales abocados a la piel. Sección a ras del peritoneo. Se realiza entero-entero-anastomosis término-terminal satisfactoria (Fig. 5). Restablecido el tránsito, el último sector ha quedado invertido, es decir un asa en posición antiperistáltica (Fig. 5).

*Evolución*. Inmediata muy buena, con los inconvenientes propios de una intervención de este tipo (dis-

tensión abdominal, sensación de mover el vientre frecuente, e c. Es dada de alta a los diez días. Mueve el estómago 1 a 3 veces al día, con deposiciones semisólidas.

(Octubre de 1968). Buena evolución. Aumentó de peso (6 k.). Hace régimen con poco residuo y cada



FIG. 6.—Radiografía 1 (10-I-68). Aspecto en caño de plomo del colon descendente y sigmoide.



FIG. 7.—Radiografía 2 (2-VII-72). Enema opaco. Relleno fácil de las asas ileales.



FIG. 8.—Radiografía 3 (2-VII-72). Una hora después del enema. Evacuación parcial.

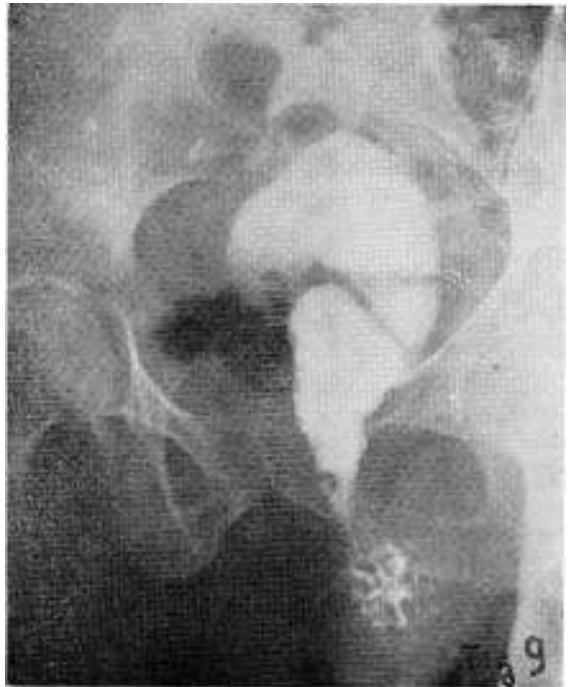


FIG. 9.—Radiografía 4 (2-VII-72). Tres horas después del enema opaco. El bario retenido en el recto y última porción del ileon en situación antiperistáltica.

vez más amplio. Las deposiciones son prácticamente normales (semi-sólidas). Se la autoriza a volver a campaña donde será controlada por médico.

Fue controlada en varias ocasiones y últimamente en agosto de 1972. Aumentó (17 k.). Peso actual: 52 k. Anímica y humoralmente bien. Hace un régimen bastante amplio del que sale a menudo. El examen radiológico realizado en esta fecha, muestra una evolución anatomofuncional satisfactoria. Ver serie radiográfica (figuras 6, 7, 8, 9).

## CONCLUSIONES

La ileoproctostomía antiperistáltica reúne entre otras las siguientes ventajas:

- 1) Es de muy fácil realización.
- 2) Se puede efectuar aun después de una ileostomía practicada de necesidad (como en el caso presentado). Si se tiene la idea de realizar la ileoproctostomía, la ileostomía primera, debe abocarse a la piel lo más bajo posible en la F.I.D., esto favorecerá las maniobras ulteriores.
- 3) El antiperistaltismo de la última asa ileal, enlentece el tránsito y posiblemente favorece la función absorbente tan específica e importante de este sector del intestino.

## RÉSUMÉ

### Ileoproctostomie antipéristaltique après colectomie totale pour une colite ulcéreuse chronique.

Présentation d'une technique de rétablissement du transit par les voies naturelles après une colectomie totale avec conservation rectale, appliquée à une jeune malade souffrant de colite ulcéreuse chronique aiguë. Les résultats fonctionnels furent excellents et le sont encore six ans après l'intervention. La caractéristique de cette technique consiste à utiliser un artifice simple, qui consiste à laisser le dernier segment de l'iléon en position antipéristaltique, c'est-à-dire qu'on procède à une ileoproctostomie antipéristaltique. La position inversée de la dernière anse iléale ralentira le transit et favorisera la fonction absorbante de l'intestin.

## SUMMARY

### Antiperistaltic ileoproctostomy after total colectomy due to chronic ulcerative colitis.

A technique is explained whereby transit through natural channels is re-established after total colectomy preserving the rectum, as practiced in a young female patient suffering from severe chronic ulcerative colitis. The functional results were excellent and continue six years after operation was performed. The characteristics of this technique consist in employing a simple artifice, by which the last segment of the ileon remains in antiperistaltic position, that is, effecting an antiperistaltic ileoproctostomy. The inverted position of the ileal loop, slows transit and helps absorbent function of the intestine.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUIRRE, MAC-KAY L, BAYER CR, JARPA OS y MARTINEZ I. Cirugía en la colitis ulcerosa grave. *Rev Med Chile*, 84: 350, 1956.
2. AYLETT JO. Conservative Surgery in treatment of Ulcerative Colitis. *Br Med J*, 8: 1348, 1953.

3. BERTRAND P, GUILLEMIN G, SAUBIER E et POUYET M. Note sur le rétablissement tardif de la continuité intestinale après l'opération de Hartmann. *Ann Chir*, 11: 927, 1957.
4. CHAMPEAU MM. Technique nouvelle de rétablissement de la continuité après colectomie totale et ablation de l'ampoule rectale. *Arch Mal App Dig*, 41: 504, 1952.
5. QUENU J, LOYGUE J, PERROTIN J, DUBOST C et MOREAUX J. Operations sur les parois de l'abdomen et sur le Tube Digestif. Paris. Masson, 1967.
6. FERREIRA JA, ZORRAQUIN H y ANGRIMAN J. Interposición ileal en el colon. Operación de Quinto de Vignolo en la estenosis colónica extensa. *Bol Soc Cir Bs Aires*, 50: 209, 1966.
7. FINOCHIETTO E y FINOCHIETTO R. Técnica quirúrgica. Transplantes y alargamiento segmentario. Bs Aires. Ediar Soc Anón. 1948.
8. ZAVALETA DE, HENDENREICH A y COLLARINI HA. Interposición del intestino delgado en cirugía colónica. *Bol Soc Cir Bs Aires*, 46: 429, 1962.

## DISCUSION

DR. ALBERTO AGUIAR.—Quiero hacer un pequeño agregado sobre el punto fundamental sobre el que gira la comunicación del Dr. Mazza y que se refiere a la conservación del tránsito intestinal. Siempre nos preocupó tremendamente la posibilidad de la restitución del tránsito en este tipo de enfermos y en ese sentido desde hace muchos años seguimos por lectura los trabajos de Aylett. Hemos hecho los distintos tipos de operaciones y creemos importante dentro de la pequeña experiencia que tenemos todos en materia de esta enfermedad en nuestro medio, señalar lo que hemos tenido oportunidad de ver. En dos oportunidades hemos conservado, tal cual lo señalaba Mazza, el recto y el sigmoides o parte del sigmoides, para permitir su abocamiento a la piel. Cosa importante, en ninguno de esos dos enfermos hemos podido restablecer el tránsito por persistencia incontrolable de las lesiones que no cedieron al tratamiento médico. En uno de ellos, le hicimos una sigmoidoprotectomía por vía abdominal conservando prácticamente nada más que el esfínter anal y la parte más baja de canal anal y la vida de ese enfermo fue intolerable teniendo que reintervenirlo un año después para hacerle por vía perineal la amputación del canal anal, encontrándose el enfermo hoy perfectamente bien y adaptado a su ileostomía.

En otras circunstancias hicimos la reconstrucción en agudo y operamos un enfermo en la clínica del Prof. Chifflet haciendo una colectomía total con ileoproctostomía. Ese enfermo hizo una falla de sutura, lo tuvimos que reintervenir; felizmente salió de la situación; pero evidentemente es una operación riesgosa, o para ciertos casos muy especiales.

Ahora bien, cuando se hace la colectomía, y eso es a lo que yo quería referirme, creo que es muy importante saber que si uno lleva la amputación del recto muy abajo y la deja subperitoneal creemos que esa reconstrucción en el futuro, si no es imposible, es tremendamente difícil. Y creemos que la posibilidad que se le puede brindar al enfermo de reconstruir el tránsito es la sección del sigmoides en la unión sigmoidorrectal, haciendo el cierre del recto al ras del peritoneo o dejando un pequeño sector intraperitoneal. La otra situación que cubre al cirujano porque le da gran facilidad para hacer la restitución, es abocar el sigmoides, pero creemos que es mala porque persisten las lesiones y ya hemos relatado nuestra experiencia al respecto.

Creemos que este caso que se presenta tiene de interés la posibilidad de mantener o restablecer el tránsito aun con persistencia de las lesiones rectales, porque evidentemente cuando éstas mejoran con tra-

tamiento médico la ileoproctostomía es sencilla, sea por el procedimiento realizado acá, sea por el procedimiento por Champeau, sea por cualquiera de las técnicas que hay descritas en el momento. Pero evidentemente este caso es de interés porque se hizo el restablecimiento aun frente a la situación de incontabilidad de las lesiones rectales por el tratamiento médico. No lo conocíamos, no lo habíamos hecho nunca, y cuando este enfermo estaba en la Clínica en discusión, al asistir a un congreso de Gastroenterología, conversamos con muy distinguidos colegas de Latinoamérica sobre esta operación y desgraciadamente, la experiencia de los colegas que nos dijeron haberla practicado era mala. A pesar de eso, y a pesar de haberle transmitido al propio Dr. Mazza, un cierto desánimo en ese sentido, se llevó adelante por iniciativa del mismo Dr. Mazza fundamentalmente, a quien acompañamos con gusto y la verdad es que sin poder hablar del resultado evolutivo de este caso porque tiene sólo unos meses, la situación del enfermo es absolutamente normal, excepto que tiene de tres a cuatro deposiciones por día, con materias líquidas pero con continencia esfinteriana absolutamente normal.

DR. ALBERTO VALLS.—El trabajo del Dr. Badano respecto al uso de un asa ileal antiperistáltica para retardar el tránsito intestinal al realizar una ileoproctostomía creo que es muy importante.

Con respecto al trabajo del Dr. Mazza, creo que es también muy importante. Siempre tuve en el pensamiento (aunque no tengo experiencia personal sobre este tema) la situación de los enfermos que tienen la lesión fundamentalmente en la mucosa —por un lado la colitis ulcerosa y por otro lado la poliposis recto-cólica familiar— en los que hay que terminar con una extirpación de colon y de recto, si no se podría extirpar toda la mucosa. Uno se planteaba también si la extirpación baja de la mucosa sobre la línea pectínea no puede dejar cierto grado de incontinencia por disminución de la sensibilidad. Yo creo que algo se conservó de la mucosa yuxta e inmediatamente por encima de la mucosa pectínea. La extirpación de esa mucosa era una cosa que me tenía preocupado, pensaba cómo se podía hacer para restablecer la continuidad y cómo cubrir de mucosa un recto al cual se le sacara la mucosa. Es decir ponerle un injerto igual al injerto de piel sobre una zona desprovista de epitelio; ponerle piel o ponerle mucosa a un recto. Aquí lo ha resuelto poniéndole un asa. Muchas veces me planteé si uno no podía introducir la mucosa de intestino delgado y suturarla a las paredes del recto para hacer que fuera una nueva mucosa del recto.

Los felicito porque me he enterado que hay procedimientos que permiten extirpar la mucosa rectal y entonces hacerles beneficiar de la conservación del recto y toda su fisiología.

DR. MUZIO MARELLA.—La colitis ulcerosa es una enfermedad rara en nuestro país. Cuando estuvimos en el Hospital Saint Marks de Londres tuvimos oportunidad de ver numerosos pacientes con esta afección en distintas etapas evolutivas. Posteriormente hemos seguido los trabajos sobre el tema particularmente los británicos. Creemos conveniente, a propósito de estos dos planteamientos hacer algunas consideraciones.

1) En toda colitis ulcerosa cuando está indicada la colectomía hay que tratar en lo posible de conservar el recto y aun segmentos inferiores del sigmoide. Estos segmentos terminales se pueden controlar en su

evolución por endoscopia a través de la cual se pueden hacer pequeñas cauterizaciones sobre focos lesionales.

2) El tránsito intestinal debe ser restablecido siempre que se pueda por una ileoproctostomía. Esta anastomosis conviene hacerla terminoterminal y cuando no es posible esta última hacer la lateroterminal, como hizo el Dr. Badano en el caso presentado.

3) La mayor parte de los autores hacen la anastomosis ileorrectal protegiendo ésta con una derivación por encima, una ileostomía.

4) Hay autores que cuando el recto no tiene lesiones hacen la colectomía seguida de anastomosis ileorrectal en el mismo acto operatorio.

5) Por último nos queríamos referir a un aspecto que no ha sido mencionado en las dos presentaciones y que algunos autores insisten. Se refiere al uso de los corticosteroides. Hay acuerdo que estos no aumentan el riesgo de las dehiscencias de la anastomosis y por lo tanto se pueden operar a los enfermos convenientemente medicados con corticoides.

DR. WALTER SUIFFET.—Los trabajos presentados son muy interesantes y la experiencia de dos cirujanos de nuestro medio, les permite hacer apreciaciones con un conocimiento personal y con una casuística abundante sobre esta enfermedad, que, como lo dijo el Dr. Mazza al comienzo, es infrecuente en nuestro medio. El Dr. Mazza citó al Dr. Gutiérrez Blanco. Fue el pionero de los conocimientos sobre esta enfermedad en nuestro medio, siendo que tiene registrados todos los casos de colitis ulcerosa que ha habido en el Uruguay. De manera que lo que vamos a decir son simplemente comentarios a los dos trabajos presentados, con muy pequeña experiencia personal y alguna recogida en Estados Unidos. Antes de referirnos a los problemas de orden técnico, nos vamos a referir a los problemas de la conservación del recto en la colitis ulcerosa. Ese es un problema terriblemente difícil. Cuando el enfermo está en muy buenas condiciones y hay lesiones en el recto que se las considera irreversibles, se recomienda hacer la coloproctectomía en un tiempo, con ileostomía definitiva. En el comienzo sólo se aconsejó hacer la ileostomía de desfuncionalización, con la cual la mayor parte de los enfermos tenían que ser sometidos después a la colectomía; quedando el recto como un remanente. Esta intervención en dos tiempos, se realizaba en enfermos graves, con un incierto futuro y muy frecuentemente terminaba con la extirpación ulterior del recto.

Es una operación muy laboriosa, realizar la amputación abdominoperineal del recto desfuncionalizado con lesiones avanzadas y con esclerolipomatosis perirrectal. Esta cirugía es completamente distinta a la cirugía de la amputación abdominoperineal del recto por el cáncer. En el cáncer, se debe hacer por fuera de la vaina rectal. En la de la colitis ulcerosa hay que hacerla por dentro. Son pacientes jóvenes; en la segunda o tercera década de la vida y hay que conservar el plexo hipogástrico. Si se le agrega a la psicopatología que tiene el enfermo que llega a una colitis ulcerosa, los trastornos sexuales, ellos son capaces de gravitar después enormemente en el problema del paciente. De manera que el problema de la extirpación del recto es difícil desde el punto de vista quirúrgico. Lo que se puede hacer en una amputación del recto, por cáncer, no se puede hacer en la proctectomía por colitis ulcerosa. Exponer los uréteres y ver las vesículas seminales, es prácticamente imposible. Es una intervención tremendamente riesgosa. En el tiempo perineal, demás

está decir el riesgo que corren el bulbo y la uretra. De manera que la intervención propuesta es un aspecto técnico de mejoría de los problemas que crea esta situación; pero es necesario tener en cuenta el aspecto funcional, que es muy importante. La ileostomía es una intervención llevadera. Todo el mundo sabe que en el extranjero, sobre todo en Estados Unidos, hay clubs de colíticos ulcerosos, ileostomizados, que viven entre ellos en una forma aceptable, en un medio distinto al medio corriente, lo que hace más llevadera su situación desde el punto de vista social. Pero la ileostomía es una operación que gravita tremendamente desde el punto de vista psíquico.

De manera que evitar la ileostomía definitiva, conservar el tránsito por las vías naturales, permitir una buena continencia, una buena defecación, es un desiderátum. Es loable el esfuerzo que se ha realizado para lograrlo.

En la colitis ulcerosa, a pesar que muchos autores dicen que mejoran las lesiones por la irrigación alcalina de la ampolla rectal, luego de la anastomosis ileo-rectal, es muy difícil que ellas regresen o permitan una evolución favorable del enfermo. Por tanto hay que extirpar el recto. Los autores han hecho desaparecer la parte patológica del recto, o sea la mucosa rectal. Para ello se necesita que la enfermedad esté en una etapa todavía posible de realizar esa intervención, porque seguramente, el decolamiento del manguito mucoso les debe haber creado ciertos problemas. Lo hicieron con un legrado de la mucosa rectal y han de haberla extirpado totalmente, pero debe ser esto un momento difícil.

Del punto de vista técnico, el Dr. Mazza lo dijo, el procedimiento es original en su concepción, pero es tomado de una serie de fragmentos técnicos de otros procedimientos quirúrgicos. La intususcepción del intestino en el recto, para restablecer la continuidad digestiva fue descrita por Hocheneeg, a fines del siglo pasado. Luego se agregaron una serie de procedimientos de los cuales los pioneros fueron Bacon y Babcock en la cirugía de cáncer rectal. Se ha preconizado la exéresis de la mucosa rectal para restablecer la continuidad por invaginación del colon en el manguito rectal, en el tratamiento de megacolon. En *Surgery, Gynecology and Obstetrics* (enero 1973) aparece un trabajo de Garden, que preconiza esta técnica, haciendo la anastomosis del colon al manguito mucoso del canal anal; es decir, el remanente mucoso que queda, luego de haber extirpado toda la mucosa rectal. Son otros problemas; no es el de la colitis ulcerosa.

Como lo dijo el Dr. Mazza, la técnica por ellos presentada tiene la originalidad de la concepción y han utilizado una serie de aspectos técnicos que ya están conocidos.

Lo importante es el resultado, porque hay que pensar que el recto desprovisto de su mucosa no tiene la sensibilidad adecuada para establecer los complejos neurológicos que llevan a la defecación. Lo que es importante es la conservación de la mucosa del canal anal hasta la línea dentada porque eso sí, es fundamental para los mecanismos de continencia. El Dr. Mazza lo dijo: no es perfecta la situación, es llevadera, y le permite sobre todo el tránsito por vías naturales.

En la observación del Dr. Mazza, el asa quedó isoperistáltica. En la observación del Dr. Badano, en la que el recto se conservó totalmente, el asa quedó anisoperistáltica. No le debe haber traído eso ninguna consecuencia y quizás incluso, pueda ser favorable para el mecanismo de continencia del enfermo. Porque si para el tratamiento de la diarrea postvagotomía, se hace la inversión de un asa, es aceptable que esa situación se proyecte en los mecanismos de continencia. Aun conservando todo el recto con toda su mucosa y con el canal anal, hay dificultades en la continencia, porque no es lo mismo que el sigmoide vierta sus materias en el recto, que el contenido de las últimas asas ileales llegue directamente a la ampolla rectal. Eso nosotros no lo hemos visto, pero en la literatura se consigna que los pacientes tienen varias deposiciones por día, a pesar de que queda todo el recto con su inervación y con su aparato efintérico final. Depende de la cantidad del contenido que le llegue. De manera que ambos resultados son muy elogiosos y en una enfermedad donde la experiencia es muy limitada, es muy interesante haber escuchado estas nuevas e interesantes tácticas propuestas.

DR. JOSÉ LUIS BADANO. (Cierra la discusión).

En primer lugar agradezco a los colegas que han hecho uso de la palabra, refiriéndose a la observación presentada. Con respecto al procedimiento traído por el Dr. Mazza, me parece muy interesante. La asociación de técnicas utilizadas por otros autores, como lo ha señalado el Dr. Suiffet ha sido posible en el caso presentado por ellos.

Dado el resultado y simplicidad del procedimiento que yo he presentado, seguiré fiel al mismo, agregando en algún futuro caso, en que esté indicado, la mucosectomía del recto, como ellos proponen.