

# Rectocolitis ulcerohemorrágica

## Tácticas y técnicas operatorias

**D. Gallot**  
**M. Deslandes**

*La rectocolitis hemorrágica (RCH), enfermedad inflamatoria crónica estrictamente limitada al intestino grueso, necesita un tratamiento quirúrgico.*

### Introducción

#### Indicación electiva

La cirugía puede ser electiva para una RCH invalidante por su evolución crónica o por la repetición de brotes sucesivos agudos, que alteran de forma importante la vida de pacientes frecuentemente jóvenes, exponiéndolos a las complicaciones de un tratamiento prolongado con corticosteroides, o acompañado de manifestaciones extradigestivas que pueden ser controladas por un tratamiento quirúrgico. El tratamiento será una colectomía total con anastomosis ileorrectal, o bien una coloproctectomía total con anastomosis ileoanal. Se ha sugerido la cirugía profiláctica en formas bien toleradas de muy larga evolución debido al riesgo de degeneración neoplásica. Sin embargo, esta actitud es muy controvertida. El riesgo de degeneración parece haber sido inicialmente sobrevalorado según estudios recientes. En el momento actual sólo parece [20] razonable proponer una colectomía en aquellos enfermos que no pueden someterse a un control endoscópico regular o en aquellos en los que las biopsias revelan displasía grave.

#### Indicación de urgencia o formas complicadas

El pronóstico vital está en este caso directamente condicionado por la precocidad de la intervención quirúrgica [17,34]. En situaciones de urgencia (colectasia, peritonitis...) la intervención debe ser una colectomía subtotal sin restable-

cimiento de la continuidad digestiva con realización de una doble ostomía terminal, ileal y sigmoidea. Entre dos y seis meses después de esta exéresis se efectuará el restablecimiento de la continuidad digestiva, dependiendo del estado del recto, con una anastomosis ileorrectal o ileoanal. Esta actitud también está justificada en situaciones no urgentes, como en caso de fracaso del tratamiento médico en enfermos desnutridos, y/o con tratamiento prolongado de corticosteroides.

«Las RCH, escribían en 1984 Berard y Parc, ya no deben ser mortales» [3]. La elección racional del momento y del tipo de actitud quirúrgica debe actualmente permitir la curación manteniendo, en la casi totalidad de los casos, la continuidad del tránsito intestinal.

### Cirugía electiva

#### Preparación

La preparación es la habitual en la cirugía del colon, sobre todo irrigación colónica, con polietilenglicol (PEG) u otra preparación rápida. La profilaxis antibiótica perioperatoria es la normal, asociando metronidazol y un betalactámico o un aminósido.

#### Colocación del paciente y vía de acceso

Cualquiera que sea la intervención prevista, el paciente se coloca, como para una amputación de recto, sobre una mesa de operaciones dotada de estribos móviles. Debe preverse siempre la posibilidad de un acceso abdominal y perineal simultáneo. La mesa de instrumentos quirúrgicos

Denis GALLOT: Professeur des Universités, chirurgien des Hôpitaux de Paris.

Marc DESLANDES: Chef de clinique assistant des Hôpitaux de Paris. Service de chirurgie générale et digestive (Pr M. Malafosse), hôpital Rothschild, 33, boulevard de Picpus, 75012 Paris.

puede estar colocada a la cabeza, a mano derecha del cirujano en el tiempo de restablecimiento de la continuidad digestiva. Al inicio de la intervención se colocará una sonda vesical. Los campos se colocan muy lateralmente sobre los flancos, en previsión de posibles drenajes.

La intervención se inicia con una amplia incisión, prácticamente xifopúbica.

## Colectomía

Las modalidades de colectomía son idénticas cualquiera que sea el modo de restablecimiento de la continuidad digestiva.

Se realiza habitualmente de derecha a izquierda comenzando, tras la exploración del abdomen, mediante la liberación de la unión ileocecal.

Este tiempo operatorio es importante ya que el tipo de resección, y en particular el punto de las ligaduras vasculares, deben tenerse en cuenta ante la necesidad eventual de una «conversión» secundaria de una anastomosis ileorrectal en anastomosis ileoanal. Deben, por consiguiente, siempre respetarse todos los pedículos vasculares necesarios para el descenso del ileón terminal y la confección de un reservorio pélvico.

El paquete de asas del intestino delgado se separa con compresas húmedas, dejando expuestos solamente el marco cílico, el epiplón mayor y la última asa ileal. Las ligaduras vasculares deben realizarse cerca del intestino, y la sección ileal se realiza de forma inmediatamente proximal a la válvula de Bauhin (fig. 1).

El cirujano localiza primero los diferentes vasos: las ramas terminales ileales mesentéricas superiores, el tronco ileocecoapendicular, los pedículos cílicos derechos, la arcada marginal. Debe notarse la existencia de una arcada recurrente a lo largo de la última asa del intestino delgado. Se realiza luego una disección coloparietal. Se moviliza el colon derecho, que está frecuentemente menos afectado que el resto del cuadro cílico.

Durante todo este tiempo quirúrgico debe conservarse el contacto con el intestino y abordar la zona por su cara posterior y de afuera adentro. Una vez terminada la disección, se ligan los vasos cílicos o se colocan clips de forma sucesiva. Es importante conservar el pedículo ileocecoapendicular y la arcada marginal ileal. Es recomendable conservar la arcada marginal cílica derecha si existe una arteria cílica media. La sección del ileón facilita la movilización intestinal en el momento de la exéresis. En este momento puede ya emplearse en el intestino delgado una pinza de grapado automático, tipo GIA, junto a la válvula de Bauhin.

Se realiza habitualmente la omentectomía en el curso de toda colectomía total. A nivel del colon transverso, la exéresis se realiza, por consiguiente, de derecha a izquierda, seccionando entre ligaduras los dos planos de sujeción colónica, el ligamento gastrocílico y por debajo, el mesocolon transverso. La utilización de una grapadora tipo LDS puede hacer ganar tiempo, pero debe tenerse cuidado de agujas demasiado amplios que ocasionan el deslizamiento de los clips. A pesar de la retracción que frecuentemente lo baja, el ángulo esplénico del colon puede ser difícil de liberar bien por razones anatómicas (arco costal estrecho, hipocondrio profundo, ángulo epiploico izquierdo «lipomatoso»), bien como consecuencia de la enfermedad (que fija un colon fragilizado, oculto por adherencias epiploicas inflamatorias). Este tiempo debe realizarse con prudencia, preferiblemente de abajo arriba y por detrás.

El cirujano se sitúa a la derecha de la mesa de operaciones, la cual se bascula hacia él para favorecer la exposición del canal parietocílico izquierdo. Se hace una incisión en el peritoneo en el borde externo del colon descendente cuya



1 El colon derecho es disecado y los vasos del mesocolon se seccionan a ras del intestino. La conservación del eje ileocecoapendicular es esencial.

parte inicial es movilizada. La mano izquierda del cirujano lo desplaza progresivamente hacia arriba, para evitar toda tracción sobre posibles adherencias esplénicas. Esta disección termina por debajo del ligamento suspensor del bazo. El ángulo izquierdo del epiplón mayor se expone progresivamente, tomado con pinzas y ligado junto a la convexidad cílica. Se encuentra entonces la disección realizada de derecha a izquierda. El ángulo izquierdo, expuesto y movilizado, permite al cirujano seccionar el resto de mesocolon junto al borde inferior de la cola del páncreas.

Para terminar la exéresis y realizar el tiempo de anastomosis, el cirujano pasa a la izquierda.

Después de la liberación del colon ilíaco, se continúa con la del sigmaoide siempre en contacto con el intestino, hasta el punto considerado para la sección cílica.

## Restablecimiento de la continuidad digestiva

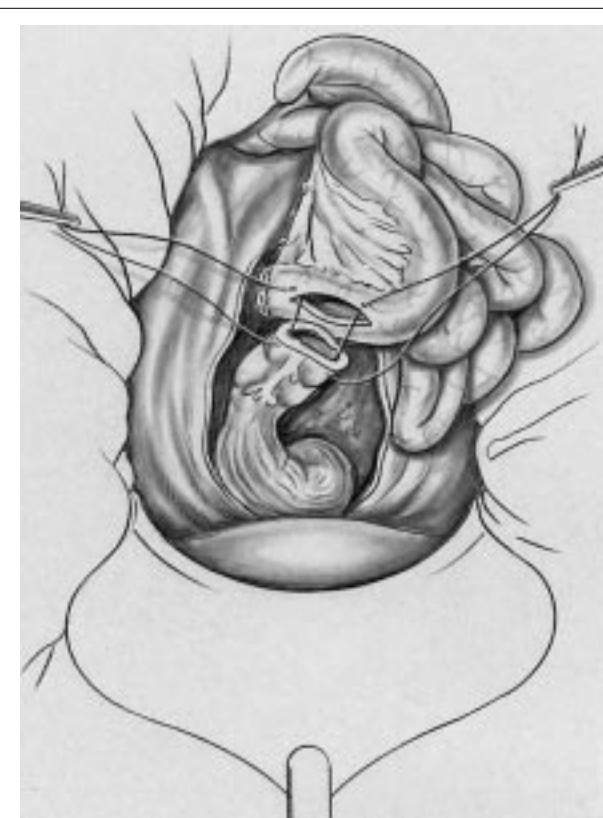
### Anastomosis ileorrectal

Cuando se conserva el recto, la anastomosis debe realizarse sobre un muñón largo, bien por encima del promontorio sacro: será entonces anatómicamente más exacto hablar de anastomosis ileosigmaoidea distal que de anastomosis ileorrectal [3, 18, 29].

Esta anastomosis puede realizarse con dispositivos de grapado automático o, mejor aún, manualmente. Nosotros hacemos habitualmente una anastomosis lateroterminal (fig. 2): la convexidad del asa intestinal delgada se coloca de manera natural en contacto con el muñón rectal y este modo de anastomosis no conlleva incongruencia alguna. Cuando el ileón ha sido cerrado mediante una grapadora, la línea de grapas se invagina. La anastomosis se realiza con puntos sueltos o sutura continua de hilo delgado de reabsorción lenta.

### Peritonización y drenajes

La peritonización es un elemento importante en la prevención de oclusiones postoperatorias. Comporta la sutura borde a borde a la derecha de la hoja superficial del mesocolon derecho y del peritoneo parietal. El estado inflamatorio de los tejidos infraperitoneales puede hacer necesario un drenaje aspirativo, tipo Redon. A nivel del transverso, la exéresis abre la trascavidad de los epiplones: ésta quedará o



**2** Anastomosis ileorrectal, de hecho ileosigmoidea distal. Se realiza delante del promontorio, a menudo mediante una anastomosis lateroterminal (los campos que protegen este tiempo contaminado de la intervención no se han representado).

ampliamente abierta, o cuidadosamente cerrada para evitar cualquier incarceración del intestino delgado. A la izquierda puede igualmente realizarse la peritonización completa mediante la sutura del mesocolon al peritoneo posterior. Es casi siempre indispensable colocar un drenaje. En fin, por encima de la anastomosis debe cerrarse la brecha entre el mesenterio y la parte distal del mesosigmoide mediante la sutura de las hojas peritoneales. Un segundo drenaje aspirativo puede colocarse por detrás de esta peritonización, junto a la anastomosis.

#### Protección de la anastomosis

Es controvertida la protección sistemática por una ileostomía temporal en las anastomosis ileorrectales realizadas después de una colectomía por enfermedad inflamatoria [29]. Para nosotros, es la norma y, como la mayoría de los equipos, utilizamos la técnica descrita por Turnbull y Weakley [36, 38] (fig. 3).

El cierre de esta ostomía de protección es posible desde la sexta semana, después de una verificación radiológica de la anastomosis. Se realiza por vía local y necesita una resección intestinal limitada

#### Anastomosis ileoanal

La anastomosis ileoanal después de una coloproctectomía total no se concibe más que con la confección de un reservorio ileal pélvico [27].

#### Confección del reservorio ileal y artificios de descenso

La medida precisa de las posibilidades de descenso del intestino delgado terminal debe realizarse antes de la exéresis rectal: la confección del reservorio precede, por consiguiente, a la resección rectal.

Los diferentes tipos de reservorio ileal pélvico se detallan en otro capítulo de este tratado [38]. La mayoría de las series ofrecen los resultados de las anastomosis ileoanales con reservorio en J según Utsunomiya [37]. No obstante, los resultados mostrados por Nicholls [22, 24] sugieren un mejor resultado funcional (número de deposiciones diurnas y nocturnas) después de la realización de un reservorio en W. Esta última técnica es poco empleada, ya que utiliza 40-60 cm de ileon, y porque el volumen del reservorio, en caso de RCH, parece estorbar su descenso en la pelvis. Fonkalsrud utiliza un reservorio en U, isoperistáltico, al parecer con buenos resultados [9].

Se reiteran aquí simplemente algunos puntos con respecto a la realización de un reservorio según Utsunomiya, que es para nosotros la intervención tipo, insistiendo sobre las diferentes maniobras útiles para facilitar el descenso del intestino al ano.

El reservorio en J se realiza con la yuxtaposición de dos asas del intestino delgado sobre 15 cm, medidos sin tracción con una regla metálica. Las asas mantenidas yuxtapuestas, con la ayuda, por ejemplo, de dos pinzas de Babcock, se presentan delante del pubis. No es siempre la última asa, pero a veces la penúltima, la que desciende más: puede ser necesario un pequeño recorte del intestino delgado para no dejar por encima del reservorio un largo fondo de saco susceptible de retención o de torsión.

Smith [31] ha descrito una técnica de medida para reconocer, antes de la proctectomía, la posibilidad de descenso con 100 % de posibilidades de alcanzar el ano. El punto declive del reservorio debe descender 6 cm por debajo de la sínfisis pubiana marcada por un dedo del ayudante (fig. 4). Esta medida debe realizarse con los pedículos vasculares extendidos «sin tracción excesiva» (Hautefeuille). Para Dozois [6], 2 cm son suficientes en las mismas condiciones.

Habitualmente el intestino delgado queda por encima de esta referencia y por ello las maniobras de descenso son siempre indispensables.

#### • Disecciones

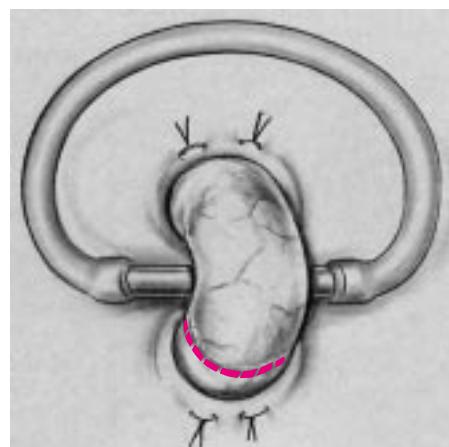
— La liberación de la raíz del mesenterio se debe hacer en todos los casos. Se inicia de abajo arriba mediante la sección del peritoneo a partir de la separación retrocecal. Permite la liberación del pedículo vascular mesentérico superior cuya disección se hace delante de la tercera porción duodenal hasta debajo del istmo pancreático. La ligadura del tronco venoso de Henle [2] prácticamente no hace ganar una longitud adicional.

— La separación del bloque duodenopancreático puede asociarse a la movilización de la raíz del mesenterio: para ser útil debe llevarse lejos a la izquierda pero, aún así, sólo se gana alrededor de un centímetro.

#### • Ligaduras vasculares de descenso (fig. 5)

Son aquéllas con las que se obtiene una mayor longitud [5, 31]. La ligadura del pedículo ileocecal cerca de su lugar de origen permite ganar varios centímetros (5 cm en el trabajo de Cherqui) en el descenso del extremo ileal. No siempre resulta útil para el descenso de un reservorio en J y puede hasta ser peligroso al interrumpir una posibilidad supletoria.

La sección del pedículo ileal «terminal» que sigue el eje del reservorio permite, asociada a la sección mesentérica, un alargamiento muy importante y el descenso del reservorio en un trayecto de 4 a 6 cm. Es la sección que más habitualmente se realiza [1].



B



C



D

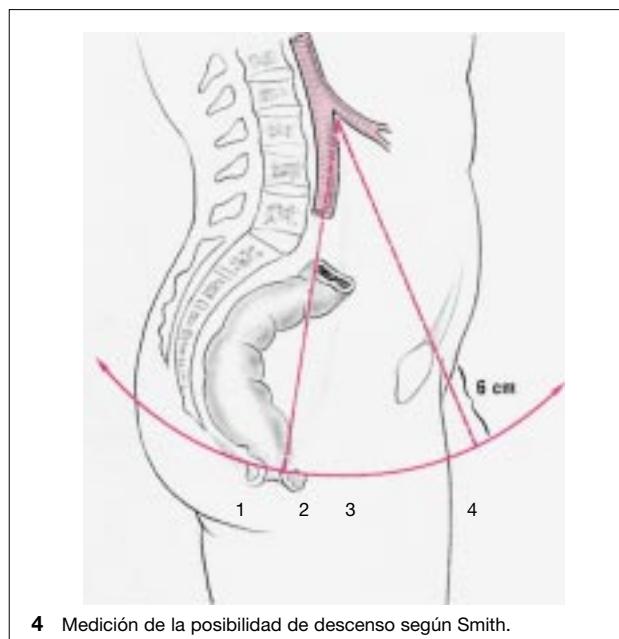
3 A. Esquema general del montaje  
B. Detalles de la confección de la ileostomía según Turnbull.

La sección alta del pedículo vascular mesentérico superior mismo es posible (Malafosse): gracias a la importancia de las arcadas mesentéricas, permite el descenso de la cima del reservorio de cerca de 5 cm. Si es necesario, puede asociarse a una ligadura distal. Se puede notar que la sola denudación del pedículo mesentérico, en sí ya permite ganar alrededor de 2 cm en longitud.

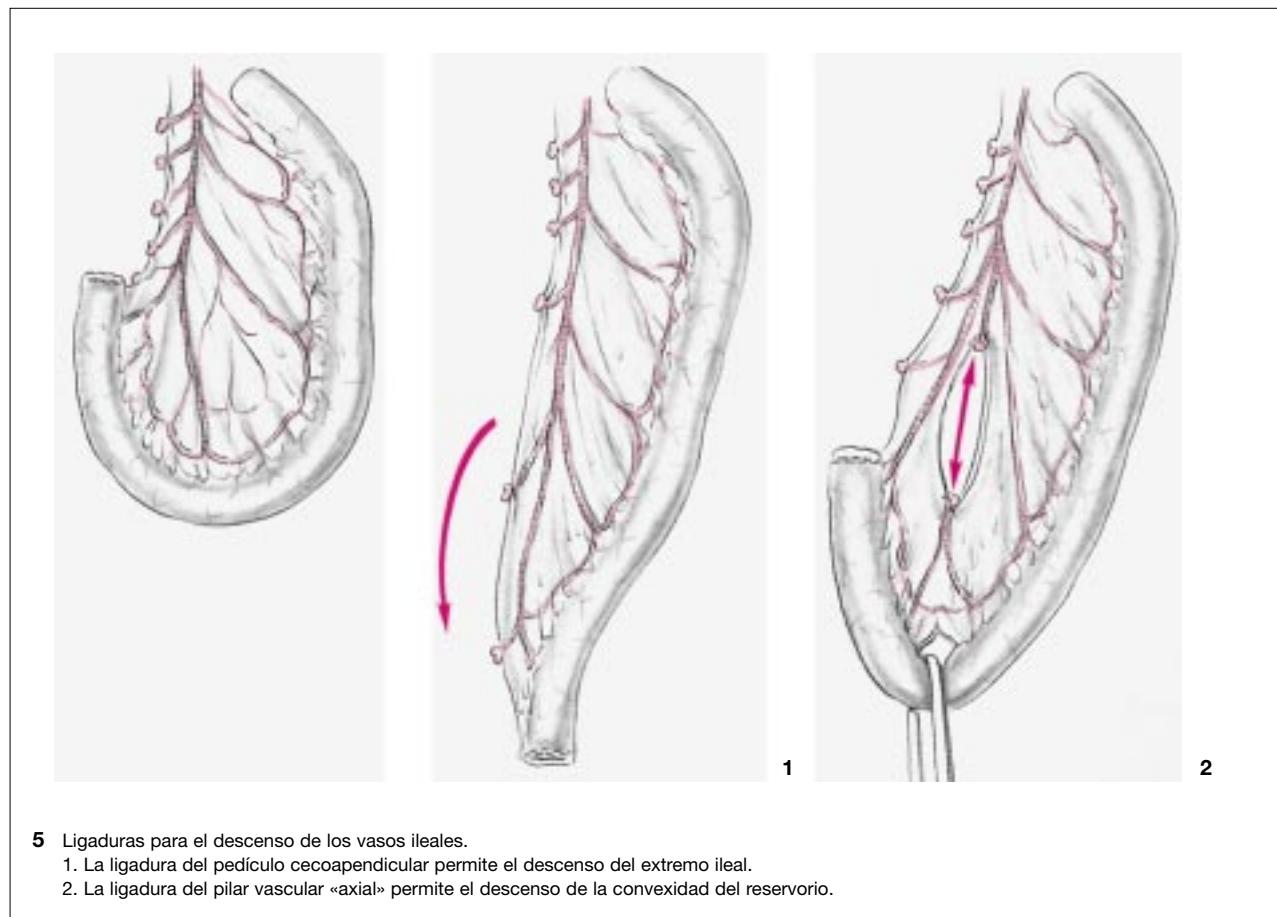
La realización de estas ligaduras vasculares tan sólo será considerada en el momento de la movilización completa de la raíz del mesenterio, según el tipo de reservorio escogido, después del estudio de la vascularización por transiluminación del mesenterio y localizando los pedículos que se tensionan cuando se presentan las asas. Estas maniobras deben ser precedidas por pruebas de clampaje y repetidas tras la confección del propio reservorio. La adiposidad de los mesos puede dificultar esta evaluación.

Un estudio sobre el cadáver ha mostrado que el punto declive de un reservorio en S es 2,7 cm de media más bajo que el realizado en J [31,39]. Sin embargo, este tipo de montaje es poco utilizado en razón de sus malos resultados funcionales [22].

Para la confección del reservorio, nosotros pasamos a través del mesenterio, frente a su punto declive, un pequeño dre-



4 Medición de la posibilidad de descenso según Smith.



naje blando (Penrose) que servirá para la presentación de las asas en el momento de la sutura (fig. 6) y sobre todo en la manipulación del reservorio en el momento de su descenso. Hemos abandonado el uso de pinzas de grapado automático y realizamos una anastomosis laterolateral de las dos asas ileales, abiertas por dos incisiones separadas (fig. 7), utilizando una sutura continua de hilo delgado de reabsorción lenta.

Una vez terminado, el reservorio se mantiene entre compresas humedecidas con suero tibio. La duración de la proctectomía puede ser larga y el intestino delgado sin protección corre el riesgo de infiltrarse y de volverse rígido, lo que complicaría el tiempo del descenso.

#### *Exéresis rectal*

La resección del recto por enfermedad inflamatoria crónica debe realizarse en contacto mismo con la capa muscular rectal a fin de evitar la lesión de elementos nerviosos contenidos en las láminas sacrectogenitopubianas.

La importancia de las secuelas genitales en el hombre es interpretada de diversas maneras en la literatura [11,16,19]: ante todo se considera el riesgo de eyaculación retrógrada para lo cual, por razones medico-legales, se impone la información al paciente antes de la intervención.

Desde el punto de vista técnico, el cirujano sigue con la liberación del sigma, después de seccionar la parte alta del mesorrecto, por encima de la horquilla de la arteria hemorroidal superior. Desciende luego hasta la pared intestinal, procurando la hemostasia con coagulación o con ligadura, paso a paso de los elementos vasculares, por detrás y de forma lateral. El peritoneo se abre en los canales laterorrectales en contacto con el intestino. Por delante, se hace

una incisión en el fondo de saco de Douglas en su vertiente rectal. Se diseña así casi siempre un «micorrecto» que desciende poco en la cavidad sacra, pero cuya liberación es larga y a veces hemorrágica debido a los cambios inflamatorios, con frecuencia considerables, de la atmósfera celulograsa perirrectal. Esta disección se realiza lo más baja posible, aunque no es imprescindible alcanzar el plano de los elevadores. No se han demostrado ventajas funcionales que justifiquen conservar un manguito muscular largo, como lo había sugerido inicialmente Parks, pero el riesgo de lesión nerviosa anterior en el varón joven puede justificar que se finalice la disección pélvica de 4 a 5 cm por encima de los músculos puborrectales.

El muñón rectal se cierra habitualmente mediante la aplicación de una pinza automática de grapas.

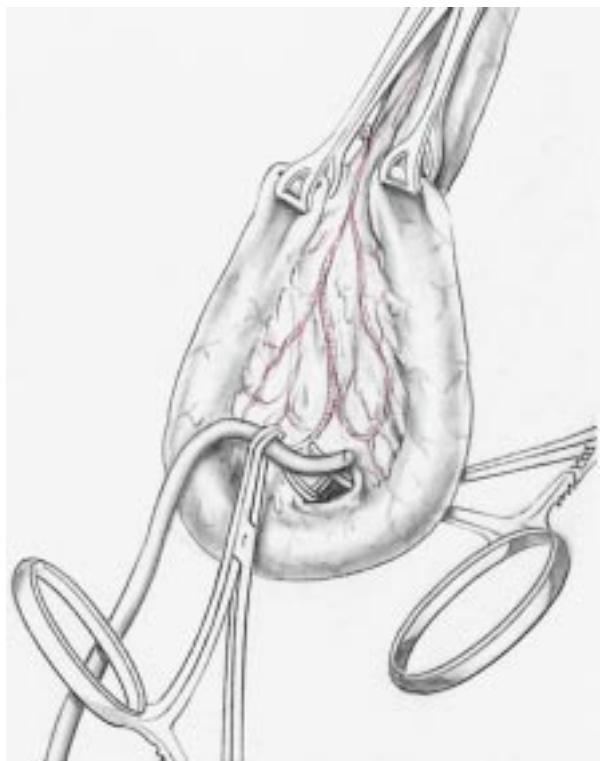
#### *Mucosectomía y anastomosis ileoanal*

Como la mayoría de los autores, nosotros realizamos la exposición del tiempo perineal con la ayuda de dos separadores de Gelpi y realizamos una infiltración submucosa de suero con adrenalina al 1% [38] (fig. 8).

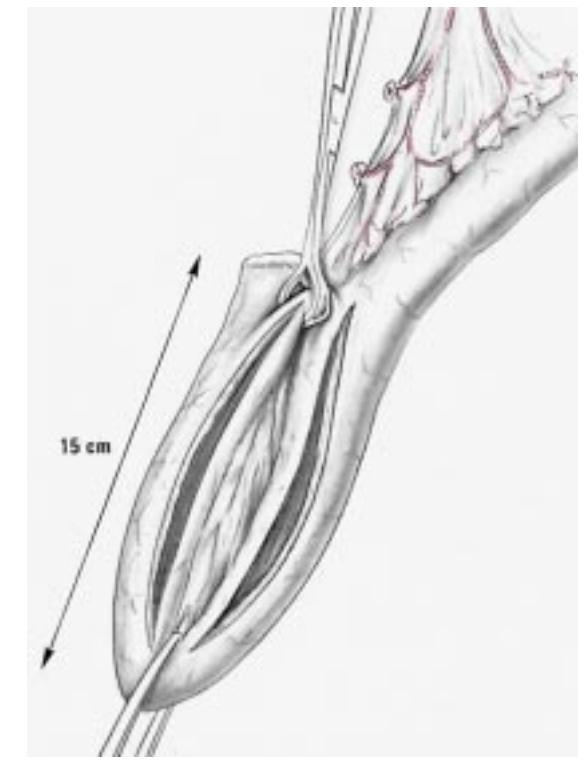
La incisión circunferencial de la mucosa se realiza inmediatamente por encima de la línea de las criptas anales: su localización es habitualmente fácil.

Es muy controvertida la conservación de 10 a 30 mm de mucosa por encima de la línea de las criptas [13], aunque necesaria cuando se utiliza una grapadora automática circular para la confección de la anastomosis.

King y Curran han señalado recientemente [26] el riesgo potencial de la conservación de la mucosa anal «transicional» (mucosa suprapectínea sensible) [13,33,35], recomendada a veces tanto por razones técnicas como para mejorar



6 Una vez escogida el asa para la confección del reservorio, se pasa un dren blando a través del mesenterio, a ras del intestino en el punto más declive.



7 Presentación de las dos enterotomías antes de la sutura manual. El «espolón» que se observa en el extremo inferior es también una seguridad para el tiempo operatorio bajo. Impide la sección intempestiva de la sutura continua durante la abertura del reservorio.

los resultados funcionales, en particular al evitar todo traumatismo esfinteriano. Aunque la controversia no ha concluido, parece arriesgado no realizar una mucosectomía completa cuando existe una displasía rectal grave.

El descenso del reservorio ileal es un tiempo delicado, ya que tiene tendencia a doblarse por la «cuerda» vascular, presentando una convexidad anterior que, a veces, constituye un obstáculo. La resección del recto en RCH no deja sino una zona estrecha en el seno de un tejido escleroso inflamatorio más o menos denso. Es, por consiguiente, necesario en un primer tiempo exponer la pelvis. La colocación en el canal anal de dos pequeñas válvulas maleables estrechas suele ser útil. Nos parece peligroso manipular el reservorio con la ayuda de pinzas de prensión, y preferimos el descenso con tracción por medio del dren transmesentérico, ayudando su paso con un dedo a través del ano. Es siempre indispensable que el mismo cirujano verifique la ausencia de torsión del eje vascular mesentérico. Cualesquiera que sean las precauciones y las medidas que se tomen, este tiempo siempre resulta delicado para el cirujano.

No es raro que el reservorio considerado suficientemente largo para alcanzar sin problemas el ano, resulte «bloqueado» algunos centímetros por arriba. Suele ser entonces útil, para ganar uno o dos centímetros, modificar la posición de la mesa operatoria pasando de la posición de Trendelenburg a la de una inclinación hacia adelante. Luego debe verificarse que no sea el volumen del reservorio el que lo bloquea en el pequeño espacio pélvico de la exéresis rectal. El paso de un dedo a su alrededor y una tracción continua y delicada permiten al fin alcanzar el objetivo.

La persistencia de una cuerda mesentérica indicaría una valoración inicial insuficiente y suele implicar una nueva sección vascular. Cuando el reservorio queda apenas a un centímetro del nivel deseado de la anastomosis, es posible «remontar» el canal anal retirando los separadores autoestáticos y utilizando los separadores de Farabeuf. En fin, en

los casos «límite», la enterotomía del reservorio da un suplemento de aproximadamente medio centímetro.

Después de una incisión horizontal sobre el vértice del reservorio, realizamos una anastomosis manual, con puntos separados con hilo fino (0000) de reabsorción lenta, cargando ampliamente toda la pared anal y pasando sobre el intestino delgado puntos totales o extramucosos.

#### *Ileostomía de protección, drenaje y cierre*

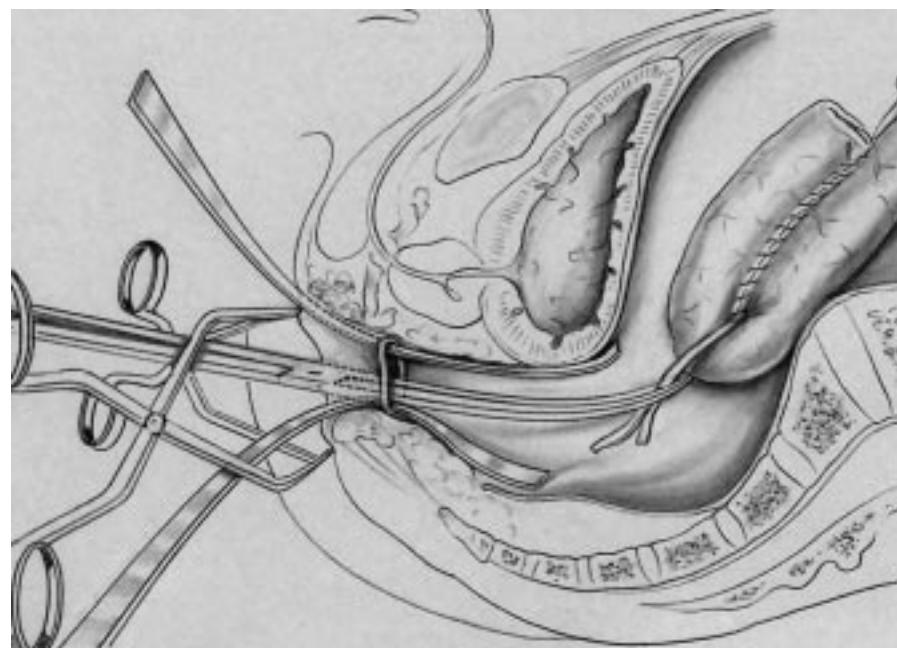
Nosotros protegemos sistemáticamente todas las anastomosis ileoanales mediante una ileostomía lateral según la técnica de Turnbull. La mayoría de las series publicadas comportan igualmente una ostomía de protección. Sin embargo, algunas series reducidas de anastomosis mecánicas sin protección, sobre reservorio en J, han sido publicadas por otros autores [8, 12, 33].

La ileostomía temporal se realiza lo más cercana al reservorio. No debe comportar tracción alguna. Lo más frecuente es la exteriorización en la fosa ilíaca derecha, de la forma más directa posible. Su confección, como su cierre posterior, debe evitar cualquier interrupción vascular mesentérica, especialmente en caso de ligaduras de descenso proximales.

No es indispensable, y puede resultar peligroso, suturar el mesenterio descendido al peritoneo parietal posterior por el riesgo de lesión vascular.

Nosotros drenamos la pelvis mediante dos drenes aspirativos (Redon) colocados uno delante y otro detrás del reservorio, exteriorizándolos hacia los flancos a través de un trayecto infraperitoneal.

Se coloca un pequeño dren blando a través de la anastomosis durante 24 horas. Suele ser frecuente la retención en el reservorio de sangre y moco, casi siempre infectados, de ahí que los lavados con suero por la ileostomía, pueden ser



**8** Descenso del reservorio: el ano está abierto mediante dos separadores de Gelpi y dos separadores maleables introducidos de forma transanal abren el espacio de la resección rectal. Una pinza tracciona el dren transmesentérico.

útiles desde el sexto día del postoperatorio. Para nosotros la verificación de la anastomosis es una norma antes del alta, hacia el décimo día, mediante anoscopia y un enema opaco antes del cierre, a las 6-8 semanas.

La colocación de un tractor mesentérico y la confección del reservorio mediante dos enterotomías separadas dejan un espolón con relación a la anastomosis ileoanal. Éste simplemente desaparece y no tiene ninguna consecuencia funcional. Teóricamente podría ser resecado en segunda instancia mediante la aplicación transanastomótica de una pinza grapadora lineal, maniobra que nunca hemos tenido necesidad de realizar.

### Elección de una técnica

— Existen *contraindicaciones* en la realización de una anastomosis ileoanal (AIA) como la duda diagnóstica respecto a una enfermedad de Crohn, o la existente de un sistema esfinteriano no competente. En estos dos casos la continuidad digestiva no puede ser realizada más que por anastomosis ileorrectal (AIR).

La edad puede constituir una contraindicación relativa, debido a los malos resultados funcionales de la AIA observados en las personas mayores de 50 años [40].

— Existen *imposibilidades anatómicas* en el descenso del reservorio ileal: Dozois [7] considera que este riesgo es del 2 %. Sólo se puede en este caso decidirse por una AIR si el recto puede conservarse.

— Aparte de estas circunstancias, la elección de una AIA es indiscutible cada vez que el estado del recto impone su exéresis (ulceraciones profundas, micorrecto, displasia grave...), sin embargo, no es lo mismo cuando el recto está poco o nada afectado.

Según escribe Gendre: «La realización de una anastomosis ileoanal con reservorio constituye, sin duda alguna, un progreso decisivo en el tratamiento de la rectocolitis hemorrágica en los enfermos con un recto francamente patológico. Sin embargo, su indicación debe ser más meditada cuando el recto está poco o nada afectado. El interés teórico que constituye la ablación de toda la mucosa susceptible de

estar afectada debe ser contrastada en cuanto a la calidad del resultado obtenido».

En efecto, si la mortalidad operatoria de estos dos procedimientos es idéntica y actualmente prácticamente nula, la morbilidad postoperatoria adquiere mayor importancia después de la anastomosis ileoanal. De la misma manera, en la mayoría de las series publicadas, la frecuencia de deposiciones diurnas no es significativamente diferente después de una AIR o AIA, la continencia diurna y especialmente la nocturna es mejor después de la AIR, sobre todo si el recto está sano o es poco patológico.

El riesgo de fracaso de una AIA, es decir, de una ileostomía definitiva, con o sin ablación del reservorio, oscila en diferentes series entre 1,5 y 5 %: es la consecuencia tanto de un error diagnóstico de una enfermedad de Crohn, como de una sepsis y/o una fistula pélvica inveteradas, o de un mal resultado funcional, ante todo por una incompetencia esfinteriana [23].

En contrapartida, después de una AIR, el 15 % de los operados [18] deberán recibir una proctectomía secundaria, por una proctitis inveterada, o por displasia grave [13]. Salvo en el caso de ligaduras vasculares inadecuadas en la primera intervención, en principio siempre es posible convertir una AIR en una AIA.

En fin, un riesgo de neoplasia sobre un recto conservado debe ser considerado como un riesgo menor y no concierne más que las RCH muy antiguas: en la actualidad se considera que es del 5 % en 20 años de evolución [20], y el futuro a largo plazo de los reservorios ileales es todavía incierto. En aproximadamente el 80 % de los operados, la mucosa se modifica progresivamente hacia una mucosa cólica, de significación desconocida. Su inflamación aguda («pouchitis») con diarreas y manifestaciones sistémicas es una complicación prácticamente electiva de las AIA hechas para RCH: es excepcional en caso de poliadenomatosis. Presenta aspectos histológicos prácticamente idénticos a los de la RCH en brote agudo. El riesgo de neoplasia ileal no es despreciable: más aún, para algunos justificaría un seguimiento endoscópico tan regular como para un recto conservado [30].

La coloproctectomía total sistémica con AIA no se justifica para todas las RCH.

La conservación del recto con AIR (anastomosis ileosigmoidea distal) parece preferible cada vez que el recto está poco o nada lesionado, cuando no existe displasia grave en biopsias sistémicas, y que el seguimiento del paciente pueda ser de forma regular y que él acepte los inconvenientes del seguimiento. La conservación del recto es preferible cada vez que la competencia esfinteriana parece comprometida, especialmente después de los 50 años [15, 29].

## Cirugía de urgencia

### Colectomía subtotal sin restablecimiento de la continuidad

#### Exéresis

En las formas graves o complicadas, la exéresis cólica es una urgencia. Evidentemente no es posible realizar preparación alguna del colon; el tratamiento antibiótico adecuado (biopsias quirúrgicas, hemocultivos, etc...) debe enmarcar la colectomía.

Esta intervención se realiza siempre por vía media amplia. Salvo en casos particulares, se lleva también a cabo de derecha a izquierda, siguiendo en lo esencial los mismos principios técnicos de la colectomía electiva. La resección del epiplón mayor es, en este caso, siempre necesaria, teniendo en cuenta que las adherencias coloepiploicas recubren a menudo perforaciones cerradas.

Por las mismas circunstancias, debe prestarse atención a la vascularización ileocecal para no disminuir las posibilidades de restauración secundaria de la continuidad digestiva. La liberación del mesosigmoide y el nivel de su sección dependerán del estado del colon y de las modalidades de su abocamiento cutáneo.

#### Ostomías y drenajes

El ileón, seccionado mediante una grapadora lineal junto a la válvula de Bauhin, se exterioriza en una ostomía terminal directa en la fosa ilíaca derecha, el punto de abocamiento cutáneo situándose en la mitad de la línea que une el ombligo y la espina ilíaca anterosuperior. Como para las colostomías, preferimos hacer pasar el intestino inmediatamente por el borde externo del recto y no a través de este músculo [10]. Es preferible dar vuelta a la pared del intestino delgado antes de fijarlo a la piel. Ello no es siempre posible debido a la existencia de problemas inflamatorios (ileitis proximal): las implementaciones actuales hacen este detalle técnico secundario sobre todo para una ileostomía provisional.

Habitualmente no es posible peritonizar el flanco.

El sigmoide se aboca a la piel como una fistula mucosa en la fosa iliaca izquierda. El punto de exteriorización cólico es en principio simétrico al del intestino delgado, pero la retracción del colon o el estado de la pared pueden obligar a una situación más baja, con lo que se necesita un aparejamiento menos simple. Cuando el sigmoide es muy patológico, una solución de recurso, para lograr un menor trayecto, consiste en abocarlo en la parte baja de la incisión media abdominal.

La exteriorización se realiza mediante un trayecto directo y es deseable el cierre del canal parietocólico. Al final de la intervención, el colon es fijado a la piel de modo habitual, pero el riesgo de reintroducción hace que algunos propongan la exteriorización del colon cerrado (Fazio).

La intervención de tipo Hartmann, dejando en la cavidad abdominal un corto muñón rectosigmoideo cerrado, es

una mala solución debido al grave, y prácticamente constante, riesgo de dehiscencia de la sutura. Es aceptable únicamente, como último recurso, en caso de perforación sigmoidea distal, y entonces se le debe asociar un drenaje tipo saco de Mikulicz.

El drenaje de los flancos, incluso el drenaje de la cavidad peritoneal tras una amplia limpieza, se hará en función de las lesiones.

### Restablecimiento secundario de la continuidad

La espera entre los dos tiempos operatorios depende del estado general del paciente (desnutrición, tratamiento continuado con cortisona...) y de las circunstancias de la colectomía de urgencia. Como norma deben esperarse dos meses, aunque en caso de peritonitis nos parece preferible esperar seis meses [25].

El modo de restablecimiento de la continuidad digestiva debe decidirse antes de la reintervención, según los resultados de endoscopia, radiología e histología del recto.

La técnica no difiere prácticamente de la descrita anteriormente: una colectomía subtotal de urgencia correctamente realizada no modifica las posibilidades de la AIA.

La intervención se inicia por el cierre de las dos ostomías, cuyos trayectos intraparitales son liberados. Después del cambio de instrumental y protegiendo la pared abdominal con un campo adhesivo, se abre el abdomen por una vía media iterativa. A menudo es indispensable una enterólisis completa.

Con la ileostomía liberada, se moviliza la raíz del mesenterio y, si una AIA está prevista, se valoran las modalidades de confección de un reservorio.

El trayecto parietal de la colostomía se cierra en dos planos, y la piel es directamente suturada sobre un drenaje filiforme (crines).

La ileostomía que protege temporalmente la AIA o la AIR utiliza el mismo trayecto que la ileostomía inicial.

## Casos particulares

### Últimas indicaciones de ileostomía definitiva

La realización de una ileostomía definitiva después de una coloproctectomía total en uno o varios tiempos no tiene en la actualidad [20, 29, 38] más que las indicaciones de «último recurso»: esfínter anal incompetente, cáncer rectal bajo, imposibilidad de realizar una AIA en pacientes cuyo recto no puede ser conservado.

El paciente debe ser informado antes de la intervención: esta posibilidad debe plantearse siempre cuando se propone una AIA (especialmente la de conversión). Como para toda ostomía definitiva, debe tenerse un cuidado especial en la elección del punto de abocamiento cutáneo [3].

Suele ser habitual realizar la ileostomía definitiva según la técnica de Brooke [4]. A pesar de sus ventajas [15], la importancia de su morbilidad y las complicaciones han hecho que prácticamente se abandone la ileostomía continente de Kock [14].

### Colitis agudas sin diagnóstico

No es excepcional que una colitis aguda inicial llegue a una indicación quirúrgica sin que se haya podido establecer un diagnóstico de certeza de RCH: en estas circunstancias descartar una enfermedad de Crohn puede ser imposible. La intervención quirúrgica de urgencia, cuando es necesaria, deberá tener en cuenta esta incertidumbre. No sólo se impone la conservación del recto formalmente en estos

casos, sino que puede ser la indicación de una colectomía segmentaria izquierda más o menos extensa, si las lesiones son limitadas en su contexto radiológico (y/o endoscópico) y quirúrgico.

El estudio anatomo-patológico de la pieza de exéresis aporta habitualmente el diagnóstico: si se trata de una RCH se impone completar la colectomía en un segundo tiempo operatorio.

### RCH y cáncer

Sobre 698 observaciones registradas en 1984 [3], Berard y Parc encontraron 27 casos (3,9 %) de RCH operados con cáncer de colon o recto.

En tales circunstancias, cuando la extensión de la enfermedad cancerosa posibilita una terapia curativa:

— En caso de cáncer de recto: la maniobra quirúrgica debe asociar una colectomía total y una proctectomía oncológica. Las posibilidades de restablecimiento de la continuidad digestiva dependen de la situación del cáncer respecto al sistema esfinteriano y a la competencia de éste.

— En caso de cáncer de colon: colectomía total con exéresis oncológica según la topografía del cáncer y, si es posible, una AIA.

La aparición de un cáncer sobre un recto conservado después de una AIR precisa una proctectomía oncológica que

será casi siempre una amputación rectal. Por el contrario, la aparición de una displasia grave encontrada en las biopsias sistemáticas durante el seguimiento, justifica sólo una proctectomía «por enfermedad inflamatoria» y podrá eventualmente ser seguida por una AIA.

### AIA y embarazo

La RCH es una enfermedad que afecta sobre todo a personas jóvenes: el deseo de maternidad debe tenerse en cuenta en la mujer. No parece que esta perspectiva modifique las condiciones de elección entre AIR y AIA. El embarazo no hace sino aumentar temporalmente el número de evacuaciones después de la AIA, el retorno a la situación anterior se hace en los tres meses después del parto [21]. Sin embargo, si un parto por vía natural puede ser considerado después de la AIR [28], parece razonable proponer sistemáticamente una cesárea después de la AIA [32].

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: GALLOT D et DESLANDES M. — Rectocolite ulcero-hémorragique. — Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales — Appareil digestif, 40-668, 1993, 9 p.

## Bibliografía

- [1] BALLANTYNE GH, PEMBERTON JH, BEART RW, WOLF BG, DOZOIS RR. Ileal J pouch-anal anastomosis. Current technique. Dis Colon Rectum 1985 ; 28 : 197-202
- [2] BEART RW, DOZOIS RR, KELLY KA. Ileonal anastomosis in the adult. Surg Gynecol Obstet 1982 ; 154 : 826-828
- [3] BERARD Ph, PARC R. Le traitement de la recto-colite hémorragique. Masson et cie. Paris. 1984
- [4] BROOKE BN. The management of an ileostomy including its complications. Lancet 1952 ; 2 : 102-104
- [5] CHERQUI D, VALLEUR P, PERNICENI T, HAUTEFEUILLE P. Inferior reach of ileal reservoir in ileonal anastomosis. Experimental, anatomic and angiographic study. Dis Colon Rectum 1987 ; 30 : 365-371
- [6] DOZOIS RR. Ileal « J » pouch-anal anastomosis. Br J Surg 1985 ; 72 S : 80-82
- [7] DOZOIS RR, KELLY KA, WELLING DR et al. Ileal pouch-anal anastomosis : comparison of results in familial adenomatous polyposis and chronic ulcerative colitis. Ann Surg 1989 ; 210 : 268-273
- [8] EVERETT WG, POLLARD SG. Restorative proctocolectomy without temporary ileostomy. Br J Surg 1990 ; 77 : 621-622
- [9] FONKALSRUD EW. Total colectomy and endo-rectal ileal pull-through with internal ileal reservoir for ulcerative colitis. Surg Gynecol Obstet 1980 ; 150 : 1-8
- [10] GALLOT D, BAUDOT Ph. Colostomies. Encycl Med Chir (Paris, France), Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40540, 11-1987 ; 10 p
- [11] GOLIGHER JC. Ulcerative colitis ; sexual functions. in : Surgery of the anus, colon and rectum. Baillière-Tindall. Londres. 1980 ; pp 772-773
- [12] JARVINEN HJ, LUUKKONEN P. Comparison of restorative proctocolectomy with and without covering ileostomy in ulcerative colitis. Br J Surg 1991 ; 78 : 199-201
- [13] JOHNSTON D, HOLDSWORTH PJ, NASMYTH DG et al. Preservation of the entire anal canal in conservative proctocolectomy for ulcerative colitis : a pilot study comparing end-to-end ileo-anal anastomosis without mucosal resection with proctectomy and endo-anal anastomosis. Br J Surg 1987 ; 74 : 940-944
- [14] KOCK NG. Intra-abdominal « reservoir » in patients with permanent ileostomy. Arch Surg 1969 ; 99 : 223-231
- [15] KÖHLER LW, PEMBERTON JH, ZINSMEISTER AR, KELLY KA. Quality of life after proctocolectomy. A comparison of Brooke ileostomy, Kock pouch and ileal pouch-anal anastomosis. Gastroenterology, 1991 ; 100 : 679-684
- [16] LAVERY IC, MICHENER WM, JAGELMAN DG. Ileorectal anastomosis for inflammatory bowel disease in children and adolescents. Surg Gynecol Obstet 1983 ; 157 : 553-556
- [17] LEVY E, COSNES J, BOGNEL J-C. Le syndrome de colite aiguë grave et ses éléments de pronostic. Gastroenterol Clin Biol 1979 ; 3 : 637-646
- [18] LOYGE J, LEVY E, MICHEL F, MALAFOSSE M. Faut-il conserver le rectum lors du traitement chirurgical de la rectocolite hémorragique ? Etude de 198 tentatives de conservation rectale. Gastroenterol Clin Biol 1981 ; 5 : 1146-1154
- [19] METCALF AM, DOZOIS RR, KELLY KA. Sexual functions in women after proctocolectomy. Ann Surg 1986 ; 204 : 624-627
- [20] MIGNON M, RATELLE R, CHEVALIER T, PARC. Résultats fonctionnels des réservoirs iléo-rectaux et iléo-anaux après colectomie totale pour maladies inflammatoires (recto-colite ulcéro-hémorragique). Ann Gastroenterol Hepatol 1990 ; 26 : 247-250
- [21] NELSON H, DOZOIS RR, KELLY KA, MALKASIAN GD, WOLF BG, ILSTRUP DM. The effect of pregnancy and delivery on the ileal pouch-anal anastomosis functions. Dis Colon Rectum 1989 ; 32 : 384-388
- [22] NICHOLLS RJ. Restorative proctocolectomy with various types of reservoir. World J Surg 1987 ; 11 : 751-762
- [23] NICHOLLS RJ. Restorative proctocolectomy and ileal reservoir. Ann Chir 1988 ; 42 : 177-184
- [24] NICHOLLS RJ, LUBOWSKI DS. Restorative proctocolectomy : the four loop (W) reservoir. Br J Surg 1987 ; 74 : 564-566
- [25] NICHOLLS RJ, HOLT SD, LUBOWSKI DZ. Restorative proctocolectomy with ileal reservoir : comparison of two-stage versus three-stage procedures. Dis Colon Rectum 1989 ; 32 : 323-326
- [26] O'CONNELL PR, WILLIAMS NS. Mucosectomy in restorative proctocolectomy. Br J Surg 1991 ; 78 : 129-130
- [27] PARKS AG, NICHOLLS RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. Br J Surg 1978 ; 2 : 85-88
- [28] PEZIM ME. Successful childbirth after restorative proctocolectomy with pelvic ileal reservoir. Br J Surg 1984 ; 71 : 292
- [29] SCHOETZ DJ, COLLER JA, VEIDENHEIMER MC. Alternative to conventional ileostomy in chronic ulcerative colitis. Surg Clin North Am 1985 ; 65 : 21-33
- [30] SHEPHERD NA. The pelvic ileal reservoir : apocalypse later ? Br Med J 1990 ; 301 : 886-887
- [31] SMITH LE, FRIEND W, MEDWELL S. The superior mesenteric artery : the critical factor in pouch pull-through procedure. Dis Colon Rectum 1984 ; 27 : 741-742
- [32] SNOOKS SJ, SWASH M, STECHELL M, HENRY MM. Injury to innervation of the pelvic floor sphincter musculature in childbirth. Lancet 1984 ; 2 : 546-550
- [33] SUGERMAN HJ, NEWSOME HH, DECOSTA G, ZFASS AM. Stapled ileoanal anastomosis for ulcerative colitis and familial polyposis without a temporary diverting ileostomy. Ann Surg 1991 ; 213 : 606-619
- [34] TRUELOVE SC, WITTS LJ. Cortisone in ulcerative colitis : final report of the therapeutic trial. Br Med J 1955 ; 2 : 1041-1048
- [35] TUCKSON W, LAVERY I, FAZIO V, OAKLEY J, CHURCH J, MILSON J. Manometric and functional comparison of ileal pouch-anal anastomosis with and without anal manipulation. Am J Surg 1991 ; 161 : 90-96
- [36] TURNBULL RB, WEAKLEY FL, HAWK WA. Choice of operation for the toxic megacolon. International Symposium, Dusseldorf. G. Thieme. Stuttgart. 1977
- [37] UTSUNOMIYA J, IWAMA T, IMAJO M. Total colectomy, mucosal proctectomy and ileoanal anastomosis. Dis Colon Rectum 1980 ; 23 : 459-466
- [38] VALLEUR P, HAUTEFEUILLE P. Anastomose iléo-anale avec réservoir. Encycl Med Chir (Paris, France), Techniques chirurgicales, Appareil digestif, 40669, 11-1988 ; 12 p
- [39] VASILEVSKY CA, ROTHENBERGER D, GOLDBERG SM. Thes ileal pouch-anal anastomosis. World J Surg 1987 ; 11 : 742-750
- [40] VILLET R, VALLEUR P, HOUDART R, COLLARD D, HAUTEFEUILLE P. Place de l'anastomose iléo-anale avec réservoir dans le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique et de la polyposis rectocolique. Gastroenterol Clin Biol 1983 ; 7 : 596-602