



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

BANNURA C., GUILLERMO; BARRERA E., ALEJANDRO; MELO L., CARLOS; CONTRERAS P., JAIME

Resultados funcionales del reservorio ileal

Revista Chilena de Cirugía, vol. 63, núm. 4, agosto-, 2011, pp. 381-387

Sociedad de Cirujanos de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531949008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Resultados funcionales del reservorio ileal*

Drs. GUILLERMO BANNURA C.¹, ALEJANDRO BARRERA E.¹,
CARLOS MELO L.¹, JAIME CONTRERAS P.¹

¹ Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina Universidad de Chile.
Santiago, Chile.

Abstract

Functional results of ileal pouch

Background: Proctocolectomy with ileal pouch and posterior pouch anal anastomosis is the treatment of choice of severe ulcerative colitis and polyposis. **Aim:** To evaluate the functional results of ileal pouch anal anastomosis. **Material and Methods:** Retrospective assessment of all patients subjected to an ileal pouch anal anastomosis. Pouch function was evaluated using Oresland score that goes from 0 or perfect to 15 or bad. **Results:** During a 10 years period, 35 patients were operated. Ten patients aged 19 to 67 years were treated for an ulcerative colitis and nine, aged 18 to 54 years for a familial adenomatous polyposis. Global complication rate of the procedure was 20%. Late complication rate was 17%. Specific complication rate of the rectal- ileal pouch anastomosis was 6%. Specific late complications of the technique were only observed in six of 20 patients with ulcerative colitis. Pouch failure was observed in two patients (6%). Global Oresland score was 3.2. Seventeen of 22 patients with ulcerative colitis and seven of eight patients with polyposis had a satisfactory or acceptable score. Patients had a mean of 4.4 bowel movements per day (range 1 to 15) without differences according to the underlying disease. **Conclusions:** Eighty percent of patients subjected to an ileal pouch anal anastomosis reported an Oresland score of less than seven, that is satisfactory in terms of quality of life.

Key words: Ileal pouch, proctocolectomy, anastomosis.

Resumen

Introducción: La proctocolectomía con reservorio ileal y anastomosis reservorio-anal (RIARA) es el tratamiento quirúrgico de elección en la colitis ulcerosa grave y las poliposis. **Objetivo:** Evaluar resultados funcionales de la RIARA. **Pacientes y Método:** Evaluación retrospectiva de todos los pacientes intervenidos por una RIARA en forma consecutiva. Los resultados funcionales se evaluaron mediante entrevista según el escore de Öresland. **Resultados:** En un período de 10 años se intervinieron 35 pacientes, 26 por colitis ulcerosa (CU) (edad promedio 36,8; extremos 19-67) y 9 por poliposis adenomatosa familiar (PAF) (edad promedio 38,8; extremos 18-54). La morbilidad global de la RIARA alcanza al 20% y las complicaciones tardías se elevan al 17%. La morbilidad específica de la RIARA fue 5,6%. Las complicaciones tardías específicas de la técnica se presentaron exclusivamente en el grupo CU ($6/30=20\%$) y la falla del reservorio alcanza

*Recibido el 7 de diciembre de 2010 y aceptado para publicación el 5 de enero de 2011.

Correspondencia: Dr. Guillermo Bannura C.
Las Limas 1622, Santiago, Chile.
gbanura@vtr.net

al 5,7% (2 casos). El puntaje global de Öresland fue 3,2, sin diferencias entre ambos grupos. Hubo 17 de 22 (77%) pacientes con un puntaje satisfactorio o aceptable en el grupo CU y 7 de 8 (88%) en el grupo PAF. El promedio de evacuaciones en 24 horas fue 4,4 (extremos 1-15) en la serie global, sin diferencias entre ambos grupos. **Conclusión:** El 80% de los pacientes sometidos a una RIARA tienen un escore menor de 7 en la escala de Öresland, lo que equivale a una calidad de vida similar a la población general. Aunque los resultados funcionales de la RIARA no son perfectos, la calidad de vida y la satisfacción del paciente son satisfactorias.

Palabras clave: Reservorio ileal, colitis ulcerosa, poliposis de colon.

Introducción

La proctocolectomía con reservorio ileal y anastomosis reservorio-anal (RIARA) se ha impuesto en las últimas décadas como la operación de elección en el tratamiento quirúrgico de la mayoría de los pacientes con una colitis ulcerosa grave, indicación que posteriormente se extendió a los pacientes con una poliposis adenomatosa familiar (PAF)¹. En comparación con las otras alternativas terapéuticas, la principal ventaja de la RIARA es la eliminación de la mucosa rectal enferma con conservación de la función esfinteriana. Esta operación ha demostrado ser reproducible, segura y efectiva en la mayoría de los casos, aunque se asocia a complicaciones postoperatorias inmediatas no menores (27-50%)². Los resultados funcionales de esta técnica muestran sistemáticamente una significativa mejoría en la calidad de vida en el 80 a 90% de los pacientes, aunque no está exenta de complicaciones, las que aparecen en el seguimiento a largo plazo³. La pérdida del control esfinteriano nocturno, la necesidad de evacuar durante la noche y los episodios de ensuciamiento diurno son secuelas que producen un deterioro en la calidad de vida de los pacientes que deben conocer estas falencias potenciales asociadas con esta intervención. Según algunos autores, las complicaciones sépticas ocurridas en la confección del reservorio son un potente predictor de la falla del reservorio⁴, lo que obliga a documentar en detalle las complicaciones postoperatorias y su eventual impacto en los resultados funcionales a largo plazo.

En nuestro medio la incidencia de la colitis ulcerosa y la PAF es baja, lo que se traduce en escasas publicaciones sobre esta intervención que es técnicamente compleja y que requiere una larga curva de aprendizaje^{5,6}. El objetivo de este trabajo es dar a conocer en el medio nacional nuestra experiencia con la RIARA realizada en un hospital público docente, especialmente enfocada a los resultados funcionales alejados.

Pacientes y Método

Se analiza los resultados inmediatos (complicaciones < 30 días) y seguimiento a largo plazo de todos los pacientes sometidos a una RIARA con

técnica grapada desde el año 2000. Para la evaluación de los resultados funcionales se incluyeron los pacientes que tengan al menos un año de seguimiento luego del cierre de la ileostomía de protección. Se entiende como cirugía en tres tiempos la realización de una colectomía total con ileostomía terminal y cierre del muñón rectal debido a una urgencia quirúrgica en el primer tiempo, la RIARA protegida por una ileostomía en asa en el segundo tiempo y el cierre de la ileostomía en el tercero. La cirugía en dos tiempos contempla los últimos dos tiempos como cirugías programadas. El intervalo entre ambas intervenciones es variable según la recuperación de los parámetros clínicos y de laboratorio de los pacientes. Previo al cierre de la ileostomía se solicita una radiografía del reservorio con bario diluido para demostrar la indeminidad del reservorio y de la anastomosis reservorio-anal y se evalúa la continencia anal en forma clínica.

La técnica ha sido descrita en detalle en el ámbito nacional⁵ y básicamente realizamos tanto el reservorio como la anastomosis reservorio-anal mediante suturas mecánicas. Brevemente, con el paciente en posición de litotomía-Trendelenburg, se inicia el primer tiempo electivo de la panproctocolectomía liberando todo el colon abdominal, ligando por separado los vasos nutricios del colon y completando la liberación del recto pélvano hasta sobrepasar el anillo anorrectal. Cierre del muñón con una carga de la grapadora lineal (TA o roticulador según disponibilidad) y comprobación de su hermeticidad en forma digital. Sección del ileon a nivel de la válvula ileocecal conservando los vasos ileocólicos. Se confecciona un reservorio en J de 15 cm de largo plegando el ileon terminal sobre si mismo mediante 2 cargas consecutivas de lineal cortante 80 mm que confeccionan la anastomosis latero-lateral (Figura 1). Cierre del ileon terminal con una carga adicional de lineal cortante y un segundo plano invaginante de Vycril 3/0. Jareta en el extremo distal del reservorio que debe alcanzar el plano del pubis e instalación del cabezal del instrumento circular. Anastomosis del reservorio al muñón anorrectal con técnica de doble grapado (Figura 2) y comprobación de hermeticidad de la anastomosis y del reservorio con insuflación de aire a través de un rectoscopio rígido, revisión de la hemostasia por vía endoscópica y medición de la

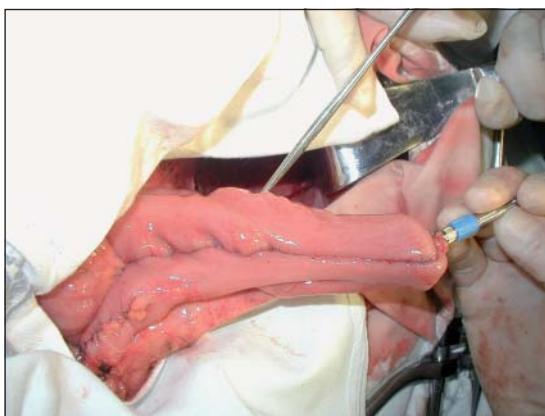


Figura 1. Confección del reservorio completada con el cabezal instalado.

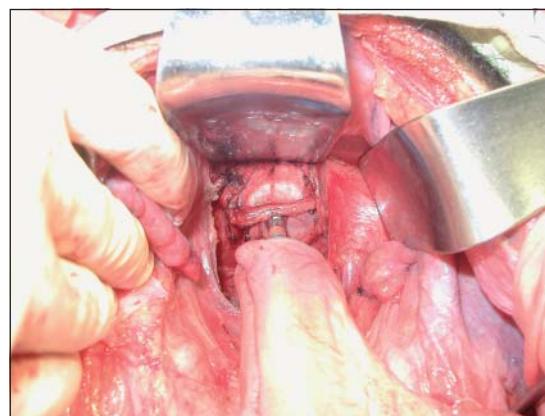


Figura 2. Anastomosis grapada doble del reservorio al ano (RIARA).

altura de la anastomosis al margen anal. Confección de la ileostomía en asa de protección con la técnica clásica sin rotación del asa. Drenaje doble de látex a la pelvis por contrabertura. En la conversión de la colectomía total con ileorrectoanastomosis y en los casos con colectomía previa se completa la proctectomía siguiendo con el resto de la intervención en la forma descrita.

La morbilidad inmediata o precoz incluye todas las complicaciones hasta el mes de la intervención, destacando las complicaciones específicas de la RIARA. En las complicaciones alejadas se incluyen aquellas que requieren de tratamiento o de una re-intervención. Se define como falla del reservorio la necesidad de una ileostomía permanente con o sin extirpación del reservorio debido a síntomas intratables o complicaciones. Los resultados funcionales de la intervención fueron evaluados mediante el score de Öresland⁷, que va de 0 a 15 puntos (0 es perfecto, 15 malo) mediante entrevista. Un puntaje de 0 a 3 se considera como función satisfactoria, de 4 a 6 aceptable y de 7 o más como deficiente. Se compara los resultados del grupo cuya patología de base fue la colitis ulcerosa grave (grupo CU) con la poliposis adenomatosa familiar (Grupo PAF). El test de Öresland se realizó al corte del estudio y se comparó con los registros en las diferentes etapas del control clínico alejado.

Para el análisis estadístico se empleó el test de chi cuadrado y el test exacto de Fischer, considerando como significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

En el período señalado se realizaron 35 reservorios ileales en forma consecutiva con anastomosis mecánica por un grupo de 4 cirujanos. Las indica-

ciones fueron la colitis ulcerosa grave en 26 casos (grupo CU) y poliposis colónica en 9 (grupo FAP). En la Tabla 1 se aprecia las principales características demográficas de los pacientes de acuerdo al grupo. En el grupo CU, 10 pacientes fueron operados en 3 tiempos y 16 en 2 tiempos. La indicación del primer tiempo (colectomía total, ileostomía terminal y cierre del muñón rectal a nivel del promontorio) fue la crisis grave de colitis sin respuesta al tratamiento médico intensivo en 6 casos, hemorragia digestiva baja masiva en 1 caso y megacolon tóxico en 3 casos. Otros seis pacientes debutan con una crisis grave de colitis que requirió de una colectomía de urgencia. En los pacientes electivos el tiempo de evolución promedio de la enfermedad inflamatoria fue de 4,9 años (extremos 1-10). De los 9 pacientes con PAF, 8 pacientes fueron operados en 2 tiempos, se efectuó una proctectomía más RIARA a 3 pacientes que tenían el antecedente de una colectomía total con IRA hace 17 años con enfermedad rectal florida, una paciente debutó con un cáncer de recto superior perforado (sometida a colectomía total incluyendo el tumor y ileostomía terminal) y un paciente con cáncer de recto bajo avanzado recibió neoadyuvancia previo a la panproctocolectomía con RIARA. En cuanto a los exámenes preoperatorios, no hubo diferencias entre ambos grupos en el hematocrito promedio, albúmina sérica promedio y recuento de linfocitos. El cierre del muñón anorrectal se realizó con Roticulador de 30 mm en 80% de los casos y con un TA 30 mm en el resto. La anastomosis de la RIARA se efectuó con un circular de 28 mm en 17 casos, de 31 mm en 17 casos y de 25 mm en 1, quedando a 1,8 cm del margen anal como promedio (extremos 1-3).

La morbilidad global postoperatoria se eleva al 19% en el grupo CU (disfunción ileostómica 1 caso,

Tabla 1. Características demográficas y operatorias*

Variable	Colitis ulcerosa	PAF
Género (mujer/hombre)	12/14	6/3
Edad promedio (extremos)	36,8 (19 - 67)	38,8 (18 - 54)
Patología asociada	15%	30%
Cirugía en 3 tiempos (%)	10 (38,4)	1 (11,1)
Tiempo op. promedio (extremos) min	198 (120 - 330))	220 (180 - 300)
Hospitalización promedio días (extremos)	13,6 (7 - 36)	9,4 (5 - 18)
Morbilidad global	19%	22%
Morbilidad específica	5,6%	0%
Seguimiento promedio meses (extremos)	71 (20 - 124)	35 (18 - 84)

*Sin diferencias significativas entre ambos grupos, salvo en el seguimiento.

cuadro broncopulmonar 2 casos, drenaje seroso prolongado sin fiebre asociada en 1 caso y colección pélvica que requiere drenaje quirúrgico en 1 caso). La morbilidad global en el grupo PAF fue 22% (disfunción ileostómica 1 caso y síndrome febril sin colección demostrable en 1 caso, con buena respuesta al tratamiento antibiótico empírico). Un paciente (2,8%) es reoperado por cuadro séptico secundario a una colección pélvica de 100 ml (*Klebsiella* en el cultivo) sin comprobarse una falla anastomótica intraoperatoria (prueba de hermeticidad negativa), con buena evolución luego del aseo quirúrgico y antibióticos. No hubo casos de fistula, necrosis o hemoperitoneo como complicaciones específicas del reservorio. De este modo, la morbilidad específica del RIARA fue 5,6%, que corresponden al paciente reoperado por una colección pélviana y el caso con drenaje prolongado, respectivamente, ambos en el grupo CU.

La reservoriografía con bario se efectuó en el 60% de los casos previo a la reconstitución del tránsito, sin que se haya demostrado una filtración o algún trayecto fistuloso (Figura 3). El cierre de la ileostomía en asa se efectuó en 33 pacientes con un intervalo de 4 meses como promedio (extremos 1,5-8 meses). El tiempo de hospitalización promedio fue 6,6 días (extremos 3-26) y la morbilidad global fue 18%. La morbilidad específica afectó a 2 pacientes (6%): una fistula intestinal de bajo débito que se maneja en forma médica (alta a los 17 días) y una peritonitis postoperatoria sin falla anastomótica que requiere un aseo quirúrgico con buena evolución posterior (alta a los 26 días).

Las complicaciones tardías específicas de la técnica se presentaron exclusivamente en el grupo CU (6/30 = 20%) y se detallan en la Tabla 2. Una paciente presenta una fistula reservorio-vaginal que re-

quiere una ileostomía luego de una reparación local endoanal. Luego de una segunda reparación por vía vaginal aparentemente exitosa, se cierra la ileostomía, con lo cual se reactiva la fistula que se maneja con una nueva ileostomía que se considera permanente. Un paciente presenta un absceso perianal que requiere drenaje quirúrgico a los 8 meses del cierre de la ileostomía. Luego de un período de bienestar de 5 años, nuevamente presenta un absceso-fistula compleja que se maneja con drenaje y la colocación de un sedal suelto. Otro paciente presenta un absceso en herradura a los 2 meses del cierre de la ileostomía que ha requerido varios drenajes, pero a los 3 años mantiene su reservorio y rechaza la ileostomía. Un paciente portador de una PAF y cáncer de colon avanzado presenta una perforación intestinal durante el 3º ciclo de quimioterapia, que se maneja con aseo quirúrgico y antibióticos con buena evolución y está pendiente el cierre de la ileostomía. El porcentaje de



Figura 3. Reservoriografía previa al cierre de la ileostomía: espacio presacro normal.

Tabla 2. Complicaciones alejadas específicas

Complicación	n	Manejo	Ileostomía
Fístula reservorio-vaginal*	1	Reparación	sí
Fístula perineal compleja*	2	Drenaje	no
Obstrucción de salida*	1	Laparotomía	sí
Reservoritis crónica*	1	Médico	no
“Cuffitis”*	1	Médico	no

“Cuffitis”: inflamación de mucosa de recto remanente (paciente obeso).

Tabla 3. Resultados funcionales según score de Öresland

		Puntaje	n	(%)
Evacuaciones				
Día	≤ 4	0	22	(73)
	5	1	2	(7)
	≥ 6	2	6	(20)
Noche	0	0	9	(30)
	1	1	15	(50)
	≥ 2	2	6	(20)
Urgencia*		1	6	(20)
Disquezia&		1	0	
Ensuciamiento				
Día	≥ 1/semana	1	6	(20)
	≥ 1/noche	1	10	(33)
Irritación perianal				
Ocasional		1	4	(14)
Permanente		2	6	(20)
Uso paño protector				
Día	≥ 1/semana	1	5	(17)
	≥ 1/noche	1	9	(30)
Restricción dietaria		1	2	(7)
Medicamentos (loperamida)		1	3	(10)
Alteración vida social		1	4	(14)

*Capacidad para diferir evacuación > 30 minutos. & Más de 15 min en el baño/semana.

Tabla 4. Resultados funcionales según patología de base

Puntaje Öresland	Colitis ulcerosa	PAF	Total (%)
0 – 3 Satisfactorio	16	6	22 (73)
4 – 6 Aceptable	1	1	2 (7)
7 Deficiente	5	1*	6 (20)
Total	22	8	30

Paciente sometido a neoadyuvancia por cáncer de recto avanzado y con diabetes mellitus descompensada.

falla del reservorio en esta serie es de 5,7% (2/35) y, aunque conservan el reservorio, ambos requieren de una ileostomía para manejar complicaciones tardías.

Al momento del corte hubo 30 pacientes candidatos para una evaluación de los resultados funcionales (2 pacientes han requerido una ileostomía por fistula reservorio-vaginal y obstrucción intestinal baja, respectivamente y en 3 pacientes está pendiente el cierre de la ileostomía o tiene menos de 1 año). El score de Öresland fue en promedio 3,22 en el grupo CU (extremos 0-9) y 3 como promedio en el grupo PAF (extremos 0-12) (Tabla 3) ($p = 0,6$). Hubo 17 de 22 (77%) pacientes con un puntaje satisfactorio o aceptable en el grupo CU y 7 de 8 (88%) en el grupo PAF (Tabla 4). No hubo diferencias significativas en los resultados funcionales de acuerdo a la etiología de base. El promedio de evacuaciones en 24 horas fue 4,4 (extremos 1-15) en la serie global, sin diferencias entre ambos grupos. El 70% de los pacientes tiene al menos una evacuación nocturna y el 33% refiere ensuciamiento nocturno. Sólo 2 pacientes llevan una dieta restrictiva y usan medicamentos como la loperamida. Aunque el 13% confiesa tener algún grado de alteración de la vida social, los 4 pacientes son capaces de tener una ocupación de tiempo completo. Los pacientes con resultados satisfactorios o aceptables están muy satisfechos con la intervención y la recomendarían plenamente. Los pacientes con una evaluación deficiente de su calidad de vida corresponden a los 5 casos operados por una colitis ulcerosa con complicaciones alejadas detalladas en la Tabla 2, más un paciente diabético del grupo PAF sometido a radioquimioterapia preoperatoria por cáncer de recto bajo avanzado. Frente a la pregunta si aceptarían una ileostomía para

mejorar la calidad de vida, los 6 pacientes con una evaluación deficiente rechazan esta opción en forma categórica. Al comparar los resultados funcionales en diferentes etapas del seguimiento a largo plazo (promedio 71 meses en grupo CU y 35 meses en grupo PAF) se constata que luego de un año y medio desde el cierre de la ileostomía no hay cambios significativos en las funciones evaluadas.

Discusión

Esta pequeña serie confirma la factibilidad de la RIARA en el manejo de la colitis ulcerosa y de la PAF con índices aceptables, pero no despreciables, de morbilidad. La principal ventaja sobre la colectomía total con ileo-rectoanastomosis y sobre la panprocto-colectomía con ileostomía definitiva es curar la enfermedad de base conservando la continencia y evitar el riesgo de cáncer asociado a ambas condiciones. La técnica que se presenta contempla el uso exclusivo de suturas mecánicas, tanto para la confección de la bolsa, como para la anastomosis del reservorio al ano. Una serie con más de 3.000 pacientes de la Cleveland Clinic comparó los resultados inmediatos y alejados de la RIARA grapada con la mucosectomía y anastomosis manual, favoreciendo la técnica grapada⁸. Aunque ello es controvertido según un meta-análisis de 4.183 pacientes⁹, la técnica grapada es más rápida, permite un mayor control quirúrgico y es más reproducible. Una potencial limitación es el paciente muy obeso en el cual puede quedar un muñón de 3 o más cm con mucosa remanente que mantiene la actividad inflamatoria y afecta la calidad de vida.

La morbilidad global y específica fue similar a otras series luego de la construcción de la RIARA^{1,6,10}, lo que posiblemente refleje la experiencia en cirugía pélvica del equipo y su gran experiencia en el uso de las suturas mecánicas. No obstante la ausencia aparente de complicaciones sépticas de la anastomosis en ese tiempo quirúrgico, tres pacientes presentan complicaciones de la anastomosis luego de cierre de la ileostomía (una fistula a la vagina y dos fistula perineales complejas entre 2 y 8 meses). Los tres pacientes tenían una reservoriografía normal, lo que es consistente con otras series de mayor volumen^{1,5,6,10-12}.

Los resultados funcionales de esta serie se han cotejado según el puntaje de Öresland, score modificado por el mismo autor en publicaciones posteriores^{3,13}. Aunque este cuestionario mantiene un cierto carácter subjetivo, permite comparar satisfactoriamente la función esfinteriana y de allí inferir la calidad de vida de los pacientes. El escore promedio en esta serie fue 3,16 para la serie global,

sin diferencias entre el grupo CU y el grupo PAF. Asimismo, el 77% del grupo CU y el 88% del grupo PAF logran un puntaje satisfactorio o aceptable al corte del estudio. El factor edad es el más relevante en cuanto a los resultados funcionales de la RIARA, hecho ya destacado por otros autores¹⁴. Es interesante señalar que los resultados “definitivos” se alcanzan alrededor de los 18 meses desde el cierre de la ileostomía, sin que existan cambios significativos en los años posteriores¹³. Por otra parte, en seguimientos por sobre 15 años se puede constatar un deterioro de la función esfinteriana en algunos pacientes por efecto de la edad¹³. Al igual que en series numerosas, el 70% de los pacientes presenta al menos una evacuación nocturna, cifra que en la literatura fluctúa entre 24% y 76%¹⁰⁻¹⁴. Es llamativa la ausencia de dificultad para la evacuación (disquezia que se define como más de 15 minutos en el baño al menos 1 vez a la semana) en esta serie. Esta cifra alcanza al 3% hasta el 12% en las series publicadas, lo que se considera como una de las ventajas del reservorio en J en comparación con otros reservorios en W o S que requieren de intubación en un porcentaje de los casos para lograr la evacuación^{3,13-15}. También es interesante el bajo porcentaje de pacientes que toma medicamentos anti-diáreicos como la loperamida en esta experiencia, lo que se explicaría por la falta de acción efectiva de la droga, según relatan los pacientes.

Globalmente hubo un 5,7% de falla del reservorio, lo que podría subir al 8% en los años venideros si un paciente solicita una ileostomía por complicaciones perineales, porcentaje similar a otras series publicadas¹⁰⁻¹⁵. Un tercio de los pacientes sufre de ensuciamiento nocturno y un porcentaje similar requiere de un paño protector en la noche, lo que se explica por la ausencia del control voluntario durante el sueño, cifras muy variables en lo publicado y que en parte dependen del método utilizado (entrevista *versus* cuestionario por correo)^{1-3, 7, 10-15}. Asimismo, un 20% de la serie global tiene resultados deficientes según el score de Öresland, cifras similares a las obtenidas en serie más numerosas¹⁰⁻¹⁵. Es interesante destacar que estos pacientes con resultados pobres señalan su rechazo a la ileostomía, tanto en esta pequeña serie como en las publicaciones con gran volumen de pacientes^{16,17}.

En conclusión, se presenta una serie de 35 pacientes sometidos a una RIARA por CU (26) o PAF (9) cuyos resultados según la escala de Öresland es satisfactoria o aceptable en el 80% de los casos. La morbilidad global de la RIARA alcanza al 20% y las complicaciones tardías se elevan al 17%. El porcentaje de falla del reservorio fue de 5,7%. Luego de 18 meses desde el cierre de la ileostomía, los resultados funcionales son estables en el tiempo. Al comparar

los resultados de la RIARA de acuerdo a la indicación quirúrgica, no es posible demostrar diferencias estadísticas significativas en cuanto a los resultados funcionales y, por ende, en la calidad de vida, probablemente debido al reducido número de pacientes. Un 20% de los pacientes con resultados deficientes desean mantener su condición y rechazan la ileostomía. De acuerdo a lo publicado, el 80 a 90% de los pacientes sometidos a una RIARA tienen un escore menor de 7 en la escala de Öresland, lo que equivale a una calidad de vida similar a la población general medida por la SF-36³. Aunque los resultados funcionales de la RIARA no son perfectos cuando se analizan en detalle, los estudios de calidad de vida y la satisfacción del paciente entregan resultados satisfactorios¹⁸.

Referencias

1. Fazio VW, Ziv Y, Church JM, Oakley JR, Lavery IC, Milsom JW, et al. Ileal pouch-anal anastomosis: complications and function in 1005 patients. *Ann Surg.* 1995; 222:120-7.
2. Sagap I, Remzi FH, Hammel JP, Fazio VW. Factors associated with failure in managing pelvic sepsis after ileal pouch-anal anastomosis (IPAA)-a multivariate analysis. *Surgery* 2006; 140:691-703.
3. Berndtsson I, Lindholm E, Öresland T, Börjesson L. Long-term outcome after ileal pouch-anal anastomosis: function and health-related quality of life. *Dis Colon Rectum* 2007; 50:1545-52.
4. Forbes SS, O'Connor BI, Victor JC, Cohen Z, McLeod RS. Sepsis is a major predictor of failure after ileal pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 2009; 52:1975-81.
5. Zúñiga A, López F, Rahmer A, Quintana C, Duarte I, Donoso M. Reservorio ileal en el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa. *Rev Chil Cir.* 1997;49:69-75.
6. Jensen C, Vergara JI, Pérez G, Alternativas quirúrgicas en la colitis ulcerosa idiopática. *Rev Chil Cir.* 1995;47:230-4.
7. Öresland T, Fasth S, Nordgren S, Hultén L. The clinical and functional outcome after restorative proctocolectomy. A prospective study in 100 patients. *Int J Colorectal Dis.* 1989;4:50-6.
8. Kirat HT, Remzi FH, Kiran RP, Fazio VW. Comparison of outcomes after hand-sewn versus stapled ileal pouch-anal anastomosis in 3.109 patients. *Surgery* 2009; 146:723-30.
9. Lovegrove RE, Constantinides VA, Heriot AG, Atanasiou T, Darzi A, Remzi FH, et al. A comparison of hand-sewn versus stapled ileal pouch anastomosis (IPAA) following proctocolectomy:a meta-analysis of 4.183 patients. *Ann Surg.* 2006; 244:18-26.
10. Ferrante M, DeClerck S, De Hertogh G, Van Assche G, Geboes K, Rutgeerts P, et al. Outcome after proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis.* 2008; 14:20-8.
11. Farouk R, Pemberton JH, Wolff BG, Dozois RR, Browning S, Larson D. Functional outcomes after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Am Surg.* 2000; 231: 919-26.
12. Michelassi F, Lee J, Rubin M, Fichera A, Kasza K, Garrison T, et al. Long-term functional results after ileal pouch anal restorative proctocolectomy for ulcerative colitis: a prospective observational study. *Ann Surg.* 2003;238:433-41.
13. Block M, Börjesson L, Lindholm E, Öresland T. Pouch design and long-term functional outcome after ileal pouch-anal anastomosis. *Br J Surg.* 2009; 96:527-32.
14. Zárate A, Zúñiga A, Pinedo G, López F, Molina ME, Viviani P. Reservorio ileal con anastomosis reservorio anal por colitis ulcerosa: complicaciones y resultados a largo plazo. *Rev Med Chile* 2008; 136:467-74.
15. Selvaggi F, Sciaudone G, Limongelli P, Di Stazio C, Guadagni I, Pellino G, et al. The effect of pelvic septic complications on function and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis: a single center experience. *Am Surg.* 2010; 76:428-35.
16. Camilleri-Brennan J, Munro A, Steele RJ. Does an ileoanal pouch offer a better quality of life than a permanent ileostomy for patients with ulcerative colitis. *J Gastrointest Surg.* 2003; 7:814-9.
17. Holubar S, Hyman N. Continence alterations after ileal pouch-anal anastomosis do not diminish quality of life. *Dis Colon Rectum* 2003; 46:1489-91.
18. Wuthrich P, Gervaz P, Ambrosetti P, Soravia C, Morel P. Functional outcome and quality of life after restorative proctocolectomy and ileo-anal pouch anastomosis. *Swiss Med Wkly* 2009; 139:193-7.