



**Publicación
Oficial
de la
Sociedad
Argentina de
Coloproctología**

Volumen 19
Número 4
Diciembre 2008

Indice

Revista Argentina de Coloproctología

MONOGRAFÍA	
HISTORIA DE LA COLOPROCTOLOGÍA <i>Arturo Heidenreich</i>	185
COMUNICACIONES	
COLITIS EOSINOFÍLICA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA <i>Hugo A. Amarillo, Roberto Avellaneda, Roberto Manson, Carlos Rodríguez, Hugo R. Amarillo</i>	254
MELANOMADEANO <i>Gerardo M. Rodríguez, José I. González, Laura B. Tocaimaza, Carlos F. Candia, Vicente Dezano</i>	258
PROTOCOLO FAST-TRACK: RESULTADOS FINALES Y COMPLICACIONES EN TODAS LAS RESECCIONES COLÓNICAS <i>Claudio Gomez, Marcos Hurvitz, Elena Pagani, Fabián Dematteis</i>	263
TRABAJOS ORIGINALES	
TRATAMIENTO DE HEMORROIDES SINTOMÁTICAS GRADO III Y IV MEDIANTE MACROLIGADURA ELÁSTICA COMO PRÁCTICA DE CONSULTORIO <i>Miguel C. Montero (h), Carolina M. Pedraza, Karina V. Ferreira</i>	267
COMUNICACIÓN DE CASOS	
INFLAMACIÓN DEL REMANENTE RECTAL (CUFFITIS) POSTERIORA UNA PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL CON RESERVORIO ILEAL. REPORTE DE CASO Y ENFOQUE ACTUAL DE TRATAMIENTO <i>Esteban G. Grzona, Maximiliano E. Bun, Alejandro Canelas, Sandra M. Lencinas, Carlos E. Peczan, Nicolás A. Rotholtz</i>	272
AUTOEVALUACIÓN <i>Mariano Laporte</i>	
PREGUNTAS	276
RESPUESTAS	277
RESÚMENES SELECCIONADOS <i>Laura Svidler López</i>	279
INFORMACIÓN DE LAS SOCIEDADES DE COLOPROCTOLOGÍA DE PROVINCIAS Y REGIONES DEL INTERIOR	282



**Publicación
Oficial
de la
Sociedad
Argentina de
Coloproctología**

Volume 19
Number 4
December 2008

C
O
N
T
E
N
T
S

MONOGRAPH

- HISTORY OF COLOPROCTOLOGY** 185
Arturo Heidenreich

COMMUNICATIONS

- EOSINOPHILIC COLITIS. REPORT OF THREE CASES AND LITERATURE REVIEW** 254
Hugo A. Amarillo, Roberto Avellaneda, Roberto Manson, Carlos Rodríguez, Hugo R. Amarillo

- MELANOMA OF THE ANUS** 258
Gerardo M. Rodríguez, José I. González, Laura B. Tocaimaza, Carlos F. Candia, Vicente Dezanzo

- FAST-TRACK PROTOCOL: FINAL RESULTS AND COMPLICATIONS IN ALL COLONIC RESECTIONS** 263
Claudio Gomez, Marcos Hurvitz, Elena Pagani, Fabián Dematteis

ORIGINAL ARTICLES

- OFFICE TREATMENT OF ADVANCED SYMPTOMATIC HEMORRHOIDAL DISEASE USING MACRO BANDING TECHNIQUE** 267
Miguel C. Montero (h), Carolina M. Pedraza, Karina V. Ferreira

CASE REPORTS

- RECTAL CUFF INFLAMMATION (CUFFITIS) AFTER TOTAL PROCTOCOLECTOMY WITH ILEAL POUCH-ANAL ANASTOMOSIS. CASE REPORT AND CURRENT APPROACH TO TREATMENT** 272
Esteban G. Grzona, Maximiliano E. Bun, Alejandro Canelas, Sandra M. Lencinas, Carlos E. Peczan, Nicolás A. Rotholtz

SELF-ASSESSMENT

- Mariano Laporte* 117

- QUESTIONS** 276

- ANSWERS** 277

SELECTED ABSTRACTS

- Laura Svidler López* 279

- INFORMATION OF SOCIETIES OF COLOPROCTOLOGY OF THE INTERIOR PROVINCES AND REGIONS** 282



MONOGRAFÍA

Historia de la Coloproctología

Dr. Arturo Heidenreich

Sección Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Hospital Alemán de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La historia de la humanidad se funde con la historia de los intentos para remediar la enfermedad y evitar la muerte.

Si el hombre tiene 600.000 años de vida, 6000 de historia y 200 de desarrollo científico, la cirugía anal, la trepanación craneana y la cesárea escapan a este encajamiento por practicarse desde hace 4.000 a 10.000 años, mientras que la cirugía colónica necesitó del advenimiento de la anestesia y de la antisepsia para desarrollarse y tiene sólo 200 años de edad.

Se desarrolla en esta monografía historia de la medicina, de las ciencias y de la coloproctología para ubicar a esta última en su contexto, en la prehistoria, en la época precolombina, en la edad antigua (3.100 a.C. a 476 d.C.) donde se describe en forma sucinta los avances de la medicina china, hindú, asirio-babilónica, egipcia, griega, romana y hebrea.

En la edad media (476-1453) se destacan la medicina bizantina, la árabe, la cristiana que inicia su obra de solidaridad humana propiciando la creación de hospitales y asilos y aparece en Salerno, en el 850, la primera escuela médica organizada de Europa.

En la edad moderna (1453-1789) el descubrimiento del papel y de la imprenta favorecieron la transmisión del conocimiento y de la corriente renacentista de la elevación espiritual. Aparecen las Academias Científicas y comienza la utilización política y económica de las ciencias. Se lucha contra el raciocinio escolástico y desaloja la medicina empírica. El pensamiento de la época queda sintetizado en una frase memorable "No pienses, experimenta, se paciente, se exacto".

En la edad contemporánea (1789-1945) los grandes avances se debieron a la microscopía. Se concien-

te a la célula como centro de los cambios patológicos. Se funda el St Mark's Hospital en 1835, catedral de la Coloproctología. Aparece la anestesia general en 1846 y la antisepsia en 1864. Se crean las residencias quirúrgicas en 1889. Los aparatos de sutura mecánica comienzan a utilizarse en 1910. Los exámenes contrastados de colon se efectúan desde 1910 y el doble contraste desde 1924. En 1928 se descubre la penicilina, en 1932 se realizó la síntesis de las sulfamidas y en 1936 se halla la cortisona.

En la era atómica (1945 hasta la actualidad) comienza la quimioterapia antineoplásica en 1946. Se encuentra la estructura del ADN en 1950 e inventa el LASER en 1960. La colonoscopia se inicia en 1963. La resonancia nuclear magnética aparece en 1971 y la videocápsula en 1981. En 1982 se efectúa la primera apendicectomía y en 1990 la primera colectomía laparoscópica. Desde 1991 se aplican prótesis autoexpandibles metálicas en las estenosis neoplásicas colorrectales y desde 1992 se efectúa microcirugía transanal (TEM). En 1993 se experimenta con la telemanipulación quirúrgica remota ROBÓTICA, que se aplica en el humano desde 1997, efectuándose en 2001 las primeras colectomías telerrobóticas. Desde 1994 se emplea la tomografía por emisión de positrones PET, que puede diferenciar las recidivas neoplásicas colorrectales de las fibrosis pelvianas. En 1998 se publica un procedimiento de corte y sutura circular simultánea para el tratamiento de las hemorroides (PPH). El mapeo linfático y la búsqueda del ganglio centinela se aplica en el cáncer colorrectal desde 1998. En el 2006 se comienza a tratar las fístulas anales con un tapón obturador de colágeno biodegradable de origen porcino.

Palabras clave: Historia. Coloproctología.

SUMMARY

The history of humanity (melts-founds) with the history of attempts to protect against disease and death.

If mankind has 600.000 years of life, 6.000 of history and 200 of scientific (growth-development) anal sur-

Leída en las Sesiones Científicas del 9 de Mayo y 13 de Junio de 2008 de la Sociedad Argentina de Coloproctología.

Correspondencia: Dr. Arturo Heidenreich. Av. Pueyrredón 1640. C.P.: 1118. Capital Federal.

gery, skull trepanation and cesarean operation escape to this (classification-pidgeonhole) because they were performed since 4.000 to 10.000 years. Colonic surgery instead required the advent of anesthesia and antiseptis to grow, so it is only 200 years old.

In this monography we expose history of medicine, sciences and coloproctology, to situate the last one in his context.

In prehistory, pre-Columbian age, ancient times (3100 b.C-476 a.C.) the advances of chinese, hindu, asirian-babilonic, egyptian, greek, roman and hebrew medicine are described briefly.

In middle ages (476-1789) byzantine, arab, christian medicine are emphasized. The last one begins his work of human solidarity building hospitals and asylums. The first organized european medical school appears in 850 at Salerno.

In modern ages (1453-1789) discovery of paper and printing press favors transmission of knowledge and spiritual elevation. Scientific Academies appear and sciences begin to be economically and politically used. Scolasticism and empiricism are fought. A memorable phrase synthesize the thoughts of the epoch: "Don't think, experiment, be patient, be exact".

In contemporary ages (1789-1945) great advances were due to microscopy. Cell is thought to be the center of pathologic changes. St Mark's Hospital "Cathedral of Coloproctology" is founded in 1835. General anesthesia appears in 1846 and antiseptis in 1864. Surgical Residencies were created in 1889. Mechanic suture devices are used since 1910. Colon barium (x-rays-radio-graphies) are performed in 1910 and double contrast studies begin in 1924. Penicillin was discovered in 1928, (sulfonamides-sulfa drugs) in 1932 and corticoids in 1936.

In atomic ages (1945-until now) begins the anti-neoplastic chemotherapy in 1946. DNA structure is found in 1950 and LASER is invented in 1960. Colonoscopy begins in 1963. Nuclear magnetic resonance NMR appears in 1971 and videocapsule in 1981. First laparoscopic appendectomy and colectomy were performed respectively in 1982 and 1990. Since 1991 metal autoexpandable prothesis are applied in neoplastic colon stenosis. In 1992 started transanal microsurgery TEM. In 1993 began experiences with robotic telesurgery, applied to the human being in 1997, and in 2001 telerobotic colectomies were performed. Since 1994 positron emission tomography PET is employed, it allows differentiating neoplastic from fibrous tissues. Hemorrhoids can be treated with a device that cuts and sews simultaneously all around PPH since 1998. Lymphatic mapping and sentinel ganglion is used from 1998 in colorectal cancer surgery. Treatment of anal fistulas with a collagenous plug started in 2006.

Key words: History. Coloproctology.



COMUNICACIONES

Colitis eosinofílica.

A propósito de 3 casos y revisión de la literatura

Dres.: Hugo A. Amarillo MAAC, MSACP, MASCRS, * Roberto Avellaneda, * Roberto Manson MAAC, MSACP, FACS, * Carlos Rodríguez, † Hugo R. Amarillo MAAC, MSACP. *

* Sector de Coloproctología y † Anatomía Patológica, Sanatorio Modelo. San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.

RESUMEN

Introducción: Existen afecciones inflamatorias que afectan el colon en forma infrecuente, con amplia variedad en su presentación clínica. Entre ellas, las colitis colágena, indeterminadas, infecciosas, císticas y eosinofílicas, entre otras. La colitis eosinofílica es una enfermedad crónica inflamatoria de etiología desconocida caracterizada por la infiltración masiva de eosinófilos en un segmento del tubo digestivo. **Objetivo:** Analizar los hallazgos clínicos, histológicos y terapéuticos asociados a la colitis eosinofílica. **Diseño:** Presentación de casos. Revisión de la literatura. **Métodos:** Revisión de registros en bases MEDLINE, LILACS y registros de AMA. **Pacientes:** Se analizaron 3 casos de presentación en los últimos 12 meses. **Resultados:** *Caso 1:* femenino, 40 años, dolor abdominal cólico y diarrea. Tomografía Computada: engrosamiento de colon derecho. Colonoscopia: colitis localizada en colon derecho con enantema, congestión sin úlceras. Parasitológico negativo. *Caso 2:* femenino 26 años, diarrea severa con deshidratación. Parasitológico positivo. Tratamiento con metronidazol sin respuesta. Colonoscopia: pancolitis moderada. Inicia tratamiento con corticoides. *Caso 3:* femenino 33 años, diarrea, pujo y tenesmo. Perdida de peso. VEDA normal. Colon por enema: dolico colon. Colonoscopia: tiftitis con ileon normal. Parasitológico negativo. Tratamiento con mesalazina con buena respuesta. Todos tuvieron eosinofilia mayor al 8%. Todas las biopsias fueron del colon derecho y revelaron colitis crónica eosinofílica. **Conclusiones:** El diagnóstico definitivo es de necesidad para diferenciarlas de enfermedades inflamatorias del

colon mediante colonoscopia y biopsia (en especial Enfermedad de Crohn). El tratamiento es sintomático y comprende una variedad de drogas (ketotifeno, corticoides, antihistamínicos, metronidazol, etc.). La existencia actual en nuestro medio de parasitosis resistentes o no detectables por métodos habituales, sumados a la exposición a alérgenos o contaminantes podría representar una hipótesis en su fisiopatología que aún no ha sido considerada.

Palabras clave: Colitis. Eosinofilia. Colonoscopia. Crohn. Parasitosis.

SUMMARY

Introduction: There is uncommon colitis with unfrequented presentation. Eosinophilic colitis is an inflammatory chronic bowel disease with unknown etiology. **Objective:** To evaluate clinical, histological and therapeutic findings and differential diagnosis of chronic eosinophilic colitis. **Design:** Case report and literature review. **Patients:** To analyze 3 cases in last 12 months. **Results:** *Case 1:* female, 40y, abdominal pain and diarrhea. CT: right colon involvement. Endoscopy: unspecific colitis. Positive Biopsy and negative parasitologic exam. *Case 2:* female, 26y, severe diarrhea, dehydration. Positive parasitologic exam. Treatment with metronidazole without response. Endoscopy: mild pancolitis with positive biopsy. Treatment with steroids is instated. *Case 3:* female, 33y, diarrhea and tenesmus, lost of weight. Upper endoscopy normal, lower endoscopy: cecal inflammation with positive biopsy. Negative parasitologic exam. All patients presented elevated blood eosinophilia and the biopsy were taken from right colon. **Conclusions:** Symptomatic treatment should be instituted with several drugs according to literature, steroids seems to be the better choice, but with secondary effects. Differential diagnosis should be done always, principally with Crohn's disease. Current allergic exposition plus environment contamination could represent the physiopathology in some of these cases.

Leída en la Sesión Científica del 13 de Junio de 2008 de la Sociedad Argentina de Coloproctología.

Correspondencia: Dr. Hugo A. Amarillo. Laprida 544. San Miguel de Tucumán. CP: 4000.
E-mail: hugoamarillo@gmail.com



COMUNICACIONES

Melanoma de ano

Dres.: Gerardo M. Rodríguez MAAC, MSACP, * José I. González MAAC, * Laura B. Tocaimaza, * Carlos F. Candia MAAC, * Vicente Dezanzo MSACP. * †

* *Sección Coloproctología, Servicio de Cirugía General, Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan D. Perón" de Formosa, Formosa, Argentina.*

† *Médico consultor*

RESUMEN

Objetivo: Las lesiones malignas del ano no son frecuentes. Entre 0,1% a 1% de estas corresponden a melanomas primarios de ano y en ellos se destacan su diagnóstico tardío, rápida progresión y mal pronóstico. Su tratamiento es todavía discutido. Se presenta un caso de melanoma primario de ano con revisión de la literatura. **Pacientes y Métodos:** Mujer de 69 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos, consultó por hemoproctorragia y tumoración anal de 6 meses de evolución, de 6 cm de diámetro, indolora, de coloración oscura. Se realizó biopsia incisional. La anatomía patológica informó "melanoma". La TAC de abdomen y pelvis demostró múltiples imágenes nodulares en hígado. Se realizó resección local. **Resultados:** Evolucionó favorablemente. Alta al 2º día. Se realizó adyuvancia con Dacarbazina (TTIC). Óbito a los 16 meses, con metástasis pulmonares. **Conclusiones:** El melanoma primario de ano es infrecuente. Su tratamiento es discutido, prefiriéndose la resección local en los pacientes con enfermedad avanzada por presentar ésta menor morbilidad con igual tasa de sobrevida.

Palabras clave: Melanoma anorrectal. Tumor de ano. Tratamiento.

SUMMARY

Objective: The malign injuries of the anus are rare. Between 0,1% to 1% of these correspond to melanoma primary of anus and in them stand out its diagnose delayed, fast progression and badly foretell. Its treatment still is discussed. A primary case of melanoma of

the anus with revision of literature appears. **Patients and methods:** Woman of 69 years old without surgical or medical antecedents. She consult by bleeding and anal tumor of 6 months of evolution, of 6 cm, painless, of dark coloration. We are made incisional biopsy. The pathology informed melanoma. CT of abdomen and pelvis showed many images cleared in liver. We are made wide local excision with a negative margin. **Results:** She evolves favorably, whit hospital stay of two days. We are made adyuvancy with Dacarbazine (TTIC). Development pulmonary metastasis. She was death 16 months after surgical treatment. **Conclusions:** Primary melanomas of the anus are infrequent. The treatment is discussed, preferring wide local resection in patients with disease outpost to present this one, smaller morbidity and equal rate of survival.

Key words: Anorrectal melanoma. Tumor of the anus. Treatment.

Leída en la Sesión Científica del 11 de Julio de 2008 de la Sociedad Argentina de Coloproctología.

Correspondencia: Dr. Gerardo M. Rodríguez. Juan José Silva 1466. Formosa. CP: 3600.
E-mail: drgmrodriguez@yahoo.com.ar



COMUNICACIONES

Protocolo fast-track: resultados finales y complicaciones en todas las resecciones colónicas

Dres.: Claudio Gomez, Marcos Hurvitz, Elena Pagani, Fabián Dematteis.

Servicio de Coloproctología, Hospital Regional Español. Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: El protocolo fast-track en coloproctología ha demostrado que puede disminuir los periodos de internación, así como las complicaciones relacionadas a las largas estadías hospitalarias como las neumonías, tromboembolismo pulmonar (TEP), trombosis venosa profunda (TVP), entre otras. También ha disminuido los costos al usar menos recursos. Por supuesto no está exento de complicaciones. **Diseño:** Prospectivo. Descriptivo. **Material y métodos:** Hemos aplicado el protocolo fast-track ya descrito en trabajos desde el 2003 hasta la actualidad. Se han incluido 120 pacientes con resecciones colónicas. 87 fueron mujeres. El promedio de edad fue de 56 años. **Resultados:** 120 pacientes fueron operados: 8 por enfermedad diverticular complicada, 27 por constipación, 12 por cáncer de colon derecho, 22 por cáncer de colon izquierdo y 21 por cáncer de recto. Tuvimos 6 dehiscencias anastomóticas, 1 absceso de herida, 5 evisceraciones cubiertas, 2 seromas de herida y 4 muertes. **Conclusiones:** El protocolo fast-track se puede aplicar a las resecciones colónicas sin aumentar las complicaciones propias de la cirugía y sí pareciera disminuir notoriamente las complicaciones por internaciones prolongadas.

Palabras clave: Fast-track. Cirugía colorrectal. Complicaciones.

SUMMARY

Introduction: The fast-track protocol applied in Coloproctology, has shown that it can diminish the in-hospital period, as well as the complications related to

the long hospital stays such as pneumonias, PT (pulmonary thromboembolism), DVT (deep venous thromboses), among others. Also, the costs have been diminished, as fewer resources as the necessary ones were used. However, complications can occur. **Design:** Prospective and Descriptive study. **Material and methods:** We have applied the fast track protocol, already described in previous reports, from 2003 to these days. 120 patients with colonic resections were included. 87 of them were women. Average age was 56 years old. **Results:** 120 patients underwent surgery. 8 of them due to complicated diverticular disease, 27 due to constipation, 12 due to right colon cancer, 22 due to left colon cancer and 21 due to rectum cancer. There were 6 anastomotic dehiscences, 1 wound abscess, 5 covered eviscerations, 2 wound seromas and 4 deaths. **Conclusions:** The fast-track protocol can be applied to colonic resections, without increasing the reasonable surgery complications. It does seem to greatly diminish the complications, due to long hospital stays.

Key words: Fast-track. Colorectal surgery. Complications.

Leída en la Sesión Científica del 8 de Agosto de 2008 de la Sociedad Argentina de Coloproctología.

Correspondencia: Dr. Marcos Hurvitz. Vilarino 830. Bahía Blanca. CP: 8000.

E-mail: marcoshurvitz@fibertel.com.ar



TRABAJOS ORIGINALES

Tratamiento de hemorroides sintomáticas grado III y IV mediante macroligadura elástica como práctica de consultorio

Dres.: Miguel C. Montero (h), Carolina M. Pedraza, Karina V. Ferreira.

Sector Coloproctología, Servicio de Cirugía General; Hospital Centro de Salud "Zenón Santillán", Tucumán, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad hemorroidal es frecuente en nuestro medio. Existen diversos métodos para controlar sus síntomas, incluyendo la colocación de bandas elásticas que se reserva para hemorroides grado II y III poco voluminosas sangrantes. En hemorroides grado III-IV la resolución suele ser quirúrgica requiriendo anestesia, internación y habitualmente poco comfortable para el paciente. **Objetivo:** Determinar la factibilidad del tratamiento ambulatorio de hemorroides grado III y IV mediante la aplicación de macroligaduras elásticas. **Pacientes y Métodos:** Entre Febrero y Junio de 2008 se evaluaron 82 pacientes tratados en consultorio mediante macroligadura de hemorroides sintomáticas avanzadas. El procedimiento se realizó en consultorio, bajo anestesia local, hasta 3 bandas en forma simultánea y los controles a las 72 horas, 7°, 14°, y 21° días. **Resultados:** Se trataron dos y tres paquetes en el 50 y 17% de casos. La tolerancia al procedimiento fue buena en el 83%. El tiempo promedio fue 12.7 minutos. 34% refirió dolor leve en las 72 horas asociado a hipertonia esfinteriana ($p < 0.000$) y paquetes mayores o iguales a 2 cm³ ($p = 0.04$). 25.6% de los pacientes refirieron sangrado escaso en las primeras 72 horas. No se registraron complicaciones sépticas. El tiempo promedio de reinserción laboral fue 2,24 (r= 0.5-6) días. **Conclusiones:** El tratamiento ambulatorio de la enfermedad hemorroidal avanzada mediante macroligadura elástica en consultorio es seguro, comfortable y permite una rápida reinserción laboral.

Palabras claves: Hemorroides. Ligadura elástica.

SUMMARY

Background: Hemorrhoidal disease is very frequent. For the control of symptoms, diverse methods have been developed including hemorrhoids banding in grade II-III not voluminous and with bleeding as principal symptom. Usually, in advanced (grade III and IV) disease surgical resolution is necessary, with the need of anesthesia, hospitalization, and not much comfortable for the patient. **Aim:** To determinate the feasibility of office ambulatory macro banding in the treatment of advanced hemorrhoidal disease (grade III-IV). Patients and methods: Eighty two patients treated with macro banding for advanced hemorrhoidal disease were evaluated between February and June from 2008. The procedure was done in the office, under local anesthesia, with simultaneous banding if necessary and with controls at 72 hours, 7°, 14° and 21° day post procedure. **Results:** Two and three banding was done in 50 and 17% respectively. Eighty three percent referred good tolerance for the procedure. Mean time of the procedure was 12.7 minutes. In 34% of patients light pain sensation was referred in the first 72 hours associated with esphinteric hypertonic ($p < 0.000$) and the treatment of hemorrhoids bigger than 2cm³ ($p = 0.04$). In 25.6% of patients minimal bleeding was observed in to the first 72 hours. No septic complications were observed. Mean time for labor return was 2.24 (range: 0.5-6) days. **Conclusion:** Office ambulatory treatment of advanced hemorrhoidal disease using macro banding technique is safe, comfortable and allows a faster recover for working.

Key words: Hemorrhoids. Hemorrhoids banding.

Correspondencia: Dr. Miguel C. Montero (h), Bolívar 849, 6° piso Dpto. 10. San Miguel de Tucumán. **E-mail:** miguel.montero77@gmail.com.



COMUNICACIÓN DE CASOS

Inflamación del remanente rectal (Cuffitis) posterior a una proctocolectomía total con reservorio ileal. Reporte de caso y enfoque actual de tratamiento

Dres.: Esteban G. Grzona, Maximiliano E. Bun, Alejandro Canelas, Sandra M. Lencinas, Carlos E. Peczan, Nicolás A. Rotholtz.

Sección Coloproctología. Servicio de Cirugía General. Hospital Alemán de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

La alternativa quirúrgica de elección para los pacientes con colitis ulcerosa (CU) refractaria al tratamiento médico es la proctocolectomía total con una reconstrucción a través de la confección de un reservorio ileal y una anastomosis ileo-anal. Esta cirugía permite la curación de la enfermedad con buen resultado funcional. A pesar de las demostradas ventajas, no está exenta de complicaciones. Una de las complicaciones es la inflamación sintomática del remanente rectal o "cuffitis". Esta genera controversias importantes acerca de la técnica que debe utilizarse para la anastomosis ileo-anal debido a la asociación que presenta con la preservación de mucosa rectal en técnicas de sutura mecánica. El presente trabajo propone la revisión del tema y el análisis del enfoque actual de tratamiento, basada en un caso clínico.

Palabras clave: Colitis ulcerosa. Proctocolectomía. Reservorio ileal. Cuffitis. Mucosectomía. Tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

Restorative proctocolectomy with ileal pouch is the treatment of choice in the majority of patients with ulcerative colitis (UC) refractory to medical treatment. This surgery can cure the disease with good functional outcome. Despite the proven benefits, is not without complications. One of the complications is symptomatic inflammation of the rectal remnant or «cuffitis. This generates significant controversy about the technique to be used for the ileo-anal anastomosis because of the association presented to the preservation of rectal mucosa in mechanical suture techniques. This paper proposes the review of the topic and analysis of the current approach to treatment based on one case.

Correspondencia: Dr. Nicolás A. Rotholtz. Av. Pueyrredón 1640. 1er Piso. CP: C1118AAT.

E-mail: nrotholtz@hospitalaleman.com

Key words: Ulcerative colitis. Proctocolectomy. Ileal pouch. Cuffitis. Mucosectomy. Surgical treatment.