

## TRABAJOS CIENTÍFICOS

# Colectomía total e ileorrectoanastomosis mecánica: Análisis de 45 pacientes consecutivos\* Total Colectomy And Ileorectal Anastomosis: An analysis of 45 consecutive patients

Drs. GUILLERMO BANNURA C, ALEJANDRO BARRERA E, JAIME CONTRERAS P, CARLOS MELO L, DANIEL SOTO C, JUAN A. MANSILLA E

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

### RESUMEN

*Propósito:* Analizar los resultados inmediatos y alejados de la colectomía total seguida de anastomosis ileorrectal (CT + IRA) con sutura mecánica. *Material y método:* Estudio descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a CT + IRA grapada en forma consecutiva. Se analiza la morbilidad operatoria y los resultados funcionales alejados. *Resultados:* Se trata de 45 pacientes (28 mujeres) con un promedio de edad de 47 años (extremos 17-77). La principal indicación de la CT fue el megacolon (62%), seguido del cáncer de colon (18%). La técnica de la IRA fue latero-terminal en todos los casos con anastomosis grapada simple en 42 casos y doble en 3, quedando entre 12 y 15 cm del margen anal en el 96% de los casos. El tiempo de hospitalización promedio fue 11,6 días (extremos 5-64) durante el cual se reoperan 2 pacientes (4,4%) por complicaciones de la IRA y una de ellas debe convertirse a una ileostomía transitoria. La morbilidad global fue 18% y no hubo mortalidad en la serie. El seguimiento promedio es 42 meses (extremos 8-82) y al corte del estudio hay 38 pacientes evaluables. La endoscopia de control efectuada en 36 pacientes reveló una estenosis en 5 (13%), 4 de ellas críticas (3 asintomáticas) motivo por el cual fueron sometidos a una dilatación endoscópica con buenos resultados finales. El número de evacuaciones diurnas promedio es de 3 (extremos 1-10), el 95% de los pacientes no tiene evacuaciones nocturnas, el 92% refiere tener deposiciones formadas o cremosas y la incontinencia alcanza al 10,5%. El 90% de los pacientes señala llevar una vida dentro de límites normales y se alimenta sin restricciones dietéticas. No hubo diferencias en cuanto a los resultados funcionales de la CT de acuerdo a la edad, patología de base o diámetro del instrumento. *Conclusión:* La principal indicación de CT en nuestro medio es el megacolon, seguido del cáncer de colon. La IRA mecánica tiene una morbilidad aceptable con resultados funcionales satisfactorios en el 90% de los casos.

**PALABRAS CLAVES:** *Colectomía total; ileorrectoanastomosis; suturas mecánicas; resultados funcionales*

\*Recibido el 10 de diciembre de 2004 y aceptado para publicación el 3 de marzo de 2005.  
e.mail: [gbannuravtr.net](mailto:gbannuravtr.net)

### SUMMARY

*Aim:* To analyze the immediate and far-off results of total colectomy followed by ileorectal anastomosis (TC+IRA) with stapling. *Material and method:* descriptive-prospective study of patients subjected to TC+ stapled IRA in a consecutive way. Operation morbidity and long term functional results are analyzed. Results: 45 patients (28 women) with an age average of 47 years (end points 17-77). The main indication for TC was megacolon (62%) followed by colon cancer (18%). IRA technique was latero-terminal in all cases, with simple stapled anastomosis in 42 cases and double in 3, remaining between 12 and 15 cm from the anal margin in 96% of the cases. The average hospitalization time was 11.6 days (end points 5-64) during which 2 patients were reoperated (4.4%) for IRA complications and one of them had to be converted into a transitory ileostomy. Global morbidity was 18% and there was no mortality in the series. The average follow-up is 42 months (end points 8-82) and at the cut-off of the study there are 38 evaluable patients. The endoscopic control carried out in 36 patients showed stenosis in 5 (13%), 4 of them critical (3 asymptomatic); for this reason they were subjected to endoscopic dilatation with good final results. The average number of diurnal evacuations is 3 (end points 1-10), 95% of the patients doesn't have nocturnal evacuations. 92% tells about having creamy or properly formed depositions and incontinence reaches 10%. 90% of the patients say they lead a life within the normal limits and feed without dietetic restrictions. There was no difference in relation to the TC functional results in accordance to age, base pathology or instrument diameter. Conclusion: The main indication for TC in our experience is megacolon, followed by colon cancer. Mechanic IRA has an acceptable morbidity with satisfactory functional results in 90% of the cases.

KEY WORDS: **Total colectomy, ileorectal anastomosis, mechanic suture, functional results**

### INTRODUCCIÓN

La colectomía total (CT) seguida de una anastomosis ileorrectal (IRA) es en la actualidad un procedimiento de uso relativamente frecuente tanto en la cirugía electiva como de urgencia. Sus indicaciones están relativamente bien definidas y sus resultados han sido evaluados en forma intensiva, especialmente en algunas patologías específicas en las cuales se compara con otras alternativas terapéuticas<sup>1,2</sup>. Se acepta que la adaptación fisiológica frente a la ausencia de colon es muy satisfactoria<sup>3</sup> y que los resultados funcionales son compatibles con una calidad de vida cercana a la normal<sup>4,5</sup>. El advenimiento de las suturas mecánicas, por otra parte, ha tenido un impacto considerable en la cirugía pélvica, permitiendo anastomosis consideradas prácticamente imposibles de efectuar con sutura manual. A pesar del mayor costo, las indicaciones de las suturas mecánicas en cirugía colorrectal se han hecho progresivamente extensivas a procedimientos en los cuales la anastomosis es factible de realizar con sutura manual, como ocurre con la IRA<sup>6</sup>. Las ventajas teóricas de la anastomosis grapada incluye ser menos traumática, más rápida y con menor contaminación<sup>7</sup>. La implementación de la técnica no está exenta de morbilidad específica y teóricamente no debiera influir en los resultados funcionales alejados de la CT. El objetivo de este estudio es analizar los resultados inmediatos y alejados de la CT y revisar la experiencia acumulada con el em-

pleo de las suturas mecánicas en la confección de una IRA.

### MATERIAL Y METODO

Se trata de un estudio prospectivo que incluye todos los pacientes sometidos a una CT seguida de una IRA mecánica (CT +IRA) en forma consecutiva a partir de abril de 1997. En la base de datos computarizada se registró los antecedentes clínicos, la patología de base que motivó la resección total del colon y la técnica empleada para reconstituir el tránsito intestinal. Se detalla los problemas técnicos intraoperatorios, la morbilidad global, las complicaciones específicas relacionadas con el uso de las grapadoras y las reintervenciones. La serie incluye los casos electivos (con preparación mecánica) y de urgencia. La IRA fue construida en forma latero-terminal en todos los casos, introduciendo el cabezal de la grapadora circular por el extremo del ileon y perforando el borde antimesentérico, dejando entre 5 y 10 cm de íleon distal a la anastomosis. La jareta del muñón rectal se realizó mediante el clamp de Fourniss o una jaretero desechable según disponibilidad. En algunos pacientes el recto se cerró mediante un lineal cortante para realizar la técnica de doble anastomosis grapada<sup>6</sup>. Previo lavado con solución fisiológica hasta obtener una limpieza completa del recto, el instrumento circular fue introducido por el ano, ensamblado con el cabezal y disparado. Luego del retiro de la grapadora se

inspeccionaron las arandelas y se registró su grosor y su continuidad. El extremo del íleon se cerró, según disponibilidad, con una carga de lineal cortante más refuerzos de Vycril 3/0 (con fines hemostáticos) o con sutura manual en 2 planos del mismo material. Se comprobó la hermeticidad de la anastomosis insuflando aire en forma controlada mediante un rectoscopio rígido bajo visión directa. Luego de llenar la pelvis con solución fisiológica y comprimiendo el íleon con los dedos o un clamp intestinal suave, el operador abdominal registró la eventual pérdida de aire, procediendo a colocar puntos de refuerzos según necesidad hasta obtener una anastomosis hermética. El operador perineal registró la presencia de sangrado de la anastomosis, el color del intestino y la altura exacta de la anastomosis al margen anal. La anastomosis se intentó realizar a nivel del promontorio, es decir, entre 13 y 15 cm del margen anal. La dehiscencia de anastomosis se define como la salida de contenido intestinal a través de un drenaje, herida operatoria y/o por los hallazgos de una reintervención. El seguimiento y la endoscopia de control se efectuó mediante controles en el policlínico de la especialidad y al corte del estudio se evaluó los resultados funcionales alejados mediante una entrevista y una encuesta de satisfacción. En esta oportunidad se consideró el estado general y nutritivo del paciente, el número de evacuaciones diurnas y nocturnas, la consistencia de las heces (líquidas, cremosas o formadas), la necesidad de usar un protector diurno y/o nocturno, la frecuencia de episodios de ensuciamiento de la ropa interior o el protector por semana y el impacto en su vida laboral o cotidiana. Se define estenosis de la anastomosis la imposibilidad de franquear la IRA con el instrumento rígido, independiente de la presencia de síntomas. En los pacientes con estenosis cicatricial sintomática y/o crítica (< 10 mm) se indicó una dilatación endoscópica, reservando la corrección quirúrgica para los casos rebeldes. Para el cálculo estadístico descriptivo se empleó la prueba t de Student.

### RESULTADOS

En el periodo comprendido entre abril de 1997 y octubre de 2003 se intervino 45 pacientes mediante una CT + IRA mecánica en forma consecutiva. Se trata de 28 mujeres y 17 hombres, con un promedio de edad global de 47,4 años (extremos 17-77), cifra que para las pacientes del sexo femenino fue 43,4 años (desviación estándar=16) y para los varones 54 años (desviación estándar=13,5) (p= 0.014). Seis pacientes habían sido sometidos a una cirugía previa relacionada con la patología de

base que motivó la CT, destacando un caso de vólvulo de sigmoides con necrosis (operación de Hartmann), un vólvulo de ciego (colectomía derecha con ileostomía terminal), un cáncer obstructivo en una paciente con un síndrome de Lynch (colectomía derecha), una resección anterior por megacolon (recidiva a los 10 años) y una perforación de colon por colitis isquémica (ileostomía terminal y resección segmentaria de colon). El paciente restante, sometido a una gastrectomía total por cáncer gástrico el año 1974 y a una resección anterior por cáncer de sigmoides en 1978, presenta un segundo primario doble de colon derecho. Hubo 20 enfermedades asociadas en 16 pacientes entre las cuales destaca la cardiopatía arterioesclerótica y/o hipertensión arterial en 8 casos, la limitación crónica del flujo aéreo y/o el tabaquismo en 3 casos y el daño orgánico cerebral (parálisis cerebral más epilepsia) en otros 3. La patología de base se detalla en la Tabla 1 según género. El tipo de megacolon fue idiopático en 20 pacientes mujeres y chagásico en 4 de los 7 varones. La indicación de CT en cáncer de colon fue el cáncer múltiple sincrónico en 3 casos, la obstrucción aguda del colon izquierdo en 2 pacientes, un caso de poliposis múltiple familiar complicado con un cáncer de colon perforado y un síndrome de Lynch previamente sometido a una colectomía derecha. De los 5 pacientes con hemorragia digestiva baja de origen diverticular, 2 casos se intervienen en *shock* hipovolémico. Un paciente con colitis isquémica presenta una estenosis doble infranqueable como secuela de un episodio agudo de sangrado y el otro caso debuta con una perforación colónica que se trata con una resección parcial de colon y una ileostomía terminal. En suma, la CT + IRA fue electiva en 41 pacientes y de urgencia en 4.

La CT + IRA se efectuó en todos los casos en forma latero-terminal con sutura mecánica simple

**Tabla 1**  
**PATOLOGÍA DE BASE SEGÚN GENERO**

<i>Etiología</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Total (%)</i>
Megacolon	21	7	28 (62)
Cáncer colon	3	5	8 (18)
HDBM diverticular	3	2	5 (11)
Colitis isquémica	–	2	2 (4)
Colitis ulcerosa	1	–	1 (2)
Colitis granulomatosa*	–	1	1 (2)
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>17</b>	<b>45</b>

HDBM: hemorragia digestiva baja masiva.

\*Enfermedad de Crohn.

en 42 casos y con técnica de doble grapado en 3 (de acuerdo a disponibilidad). En la confección de la anastomosis se empleó un instrumento circular n° 28/29 en 29 casos, n° 25 en 11 y n° 31 en 5 pacientes. El extremo distal del íleon se cerró con un instrumento lineal cortante en 22 pacientes (de acuerdo a disponibilidad) y con una sutura corrida doble de vicryl 3/0 en el resto. La prueba de hermeticidad reveló filtración de la anastomosis ileorrectal en 1 caso, correspondiente a un paciente con megacolon chagásico en el cual el cierre de las grapas fue insuficiente debido al grosor de la pared del recto. Se utilizó puntos de refuerzos en 5 pacientes: por filtración en el caso comentado, por razones de hemostasia en 1 caso y en 3 pacientes en forma discrecional. Se utilizó un drenaje doble de latex cercano a la zona de la anastomosis en 21 pacientes (discrecional). La altura de la anastomosis varió entre 12 y 15 cm en 43 pacientes (96%) y se registró a 11 cm y a 8 en los dos restantes.

El tiempo de hospitalización promedio fue de 11,6 días (extremos 5-64) y la infección de la herida operatoria afectó a 5 pacientes (11%). La morbilidad global se elevó al 17,7% (8 pacientes), de los cuales se reoperan 4 entre 2 y 12 días de la intervención original (Tabla 2). La estrechez de la IRA se corrigió mediante una plastía efectuada a través de una enterotomía proximal, sin deshacer la anastomosis con buena evolución posterior. En el caso de Crohn de colon, intervenido inicialmente por una obstrucción aguda con perforación cubierta a nivel del ángulo esplénico, la reintervención mostró indemnidad de la anastomosis y la evolución fue satisfactoria luego del aseo peritoneal y el manejo antibiótico. El cuarto paciente caso se reinterviene a los 12 días por una peritonitis secundaria a una dehiscencia del cierre distal del íleon con indemnidad de la anastomosis ileorrectal. Debido a una isquemia del segmento de íleon distal a la anastomosis, se decide convertir a una ileostomía terminal con cierre del muñón rectal, que se reconstituye

posteriormente con evolución satisfactoria. De este modo, se reoperan 4 pacientes (8,9%) (tres electivos y uno de urgencia), la morbilidad específica de la IRA afectó a 2 pacientes (4,4%) y fue necesario deshacer la IRA en 1 caso (2,2%). No hubo mortalidad operatoria en la serie.

El promedio de seguimiento global de la serie es de 42 meses (extremos 8-82) durante el cual fallecen 4 pacientes por otras causas, hay 1 paciente perdido del seguimiento, 2 no son evaluables (1 portador de una parálisis cerebral y el paciente con enfermedad de Crohn que un año después requiere una ileostomía por una gangrena de Fournier) y dos rechazan la endoscopia de control. Al corte del estudio hay 38 pacientes evaluables desde el punto de vista clínico y 36 con control endoscópico. De ellos, 5 (13%) presentan una estenosis no franqueable, 4 con una estenosis crítica (sólo una sintomática), motivo por el cual se someten a una dilatación endoscópica 4 pacientes. El procedimiento fue sin incidentes en 3 y hubo una perforación en 1 caso que requirió un aseo quirúrgico y sutura con buena evolución posterior (Tabla 3). No hubo correlación entre la estenosis cicatricial y variables como la edad, patología de base, diámetro del instrumento y dehiscencia de sutura. No hubo intervenciones alejadas por obstrucción intestinal en esta serie.

Los resultados funcionales en los 38 pacientes evaluables se muestra en la Tabla 4. El 66% de los pacientes presenta deposiciones formadas y en el 7,9% de los casos las evacuaciones son habitualmente líquidas. Dos pacientes (5%) refieren presentar 1 hasta 2 evacuaciones nocturnas y 3 pacientes usan un protector diurno en forma habitual. Globalmente 4 pacientes (10,5%) refieren escape fecal diario (1), semanal (2) y ocasional (1), respectivamente, lo que claramente afecta su calidad de vida. El estado general y nutritivo es normal en 35 pacientes, mientras tres casos mantienen, en el contexto de su enfermedad de base, una anemia

**Tabla 2**  
**REOPERACIONES: CAUSA Y MANEJO**

<i>Etiología</i>	<i>Complicación</i>	<i>Día postop.</i>	<i>Manejo</i>	<i>Evolución/Días hosp.</i>
Megacolon	Estrechez anastomosis	3	Plastía	Buena/18
Crohn	Peritonitis postoperatoria	3	Aseo	Tórpida/56
Diverticular	Obstrucción por bridas	9	Enterólisis	Buena/20
Cáncer colon	Peritonitis Dehiscencia íleon terminal	12	Aseo Ileostomía*	Tórpida/64

\*Requiere deshacer la anastomosis.

**Tabla 3**  
**ESTENOSIS IRA: MANEJO Y RESULTADOS**

Patología de base	Género		Síntomas	Dilatación	Corrección	Deposiciones	
	Edad (años)					Frecuencia Día/noche	Tipo
Megacolon idiopático	Mujer	42	No	No	Sí, espontánea	1-3/0	F
Megacolon idiopático	Mujer	18	No	Sí*	sí	1/0	Cr
Cáncer	Hombre	65	No	Sí*	sí	1-3/0	F
Cáncer	Mujer	54	No	Sí*	sí	2-3/0	Cr
Megacolon idiopático	Mujer	35	Sí	Sí*	Parcial	4/0	F

\*Estenosis crítica.

F= heces formadas; Cr = cremosas.

leve, bajo peso y refieren una actividad física y laboral disminuida. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados funcionales de acuerdo a la causa que motivó la CT.

### DISCUSIÓN

En esta serie se confirma la importancia del megacolon como la principal indicación de CT + IRA con el 62% de los casos en nuestro medio. Confirmando la tendencia mostrada en un estudio previo<sup>6,8</sup>, el megacolon chagásico actualmente tiene una importancia menor, lo que confirma la progresiva erradicación de esta patología en Chile. Esto difiere de otras series extranjeras y de un estudio nacional en los cuales la colitis ulcerosa y el cáncer son las principales indicaciones de una CT + IRA<sup>5,9-12</sup>. Luego del megacolon idiopático, la segunda indicación de CT es el cáncer de colon de foco múltiple, sea sincrónico o metacrónico, el cán-

cer que debuta como una obstrucción aguda de colon izquierdo y las neoplasias en el contexto de alguna poliposis, lo que representa el 18% de los casos en esta experiencia.

La IRA la hemos efectuado en forma latero-terminal en todos los casos, similar a la experiencia previa con anastomosis manual. Este método tendría teóricamente la ventaja de llevar al recto un borde de íleon mejor irrigado y el extremo distal (cerrado) contribuiría a mejorar la capacidad de reservorio rectal. La anastomosis latero-terminal, por otra parte, implica una sutura del extremo cerrado y si se utiliza una grapadora requiere de un instrumento lineal cortante extra. Al revisar la técnica de la IRA no hemos encontrado evidencia científica que justifique esta forma de confeccionar la anastomosis en desmedro de una anastomosis termino-terminal, como la realizan otros autores. A nuestro saber, no existen estudios que hayan comparado ambos métodos y al parecer los resultados

**Tabla 4**  
**RESULTADOS FUNCIONALES n= 38**

Etiología	n evac/diurnas prom (extremos)	Consistencia F - Cr - L	Incontinencia n (%)
M. idiopático n = 21	3,2 (1-10)	13 - 6 - 2	1 (4,7)
Inflamatorias n = 10	2,3 (1-4)	9 - 1 - 0	2 (20)
Cáncer n = 7	3 (1-6)	4 - 2 - 1	1 (14)
Total 38	3 (1-10)	26 - 9 - 3	4 (10,5)

F= formadas, Cr = cremosas, L = líquidas.

\*Paciente con gastrectomía total.

son similares con el agravante del mayor costo si se utiliza una grapadora para cerrar el íleon en el caso de la anastomosis latero-terminal. De cualquier manera, la prueba de hermeticidad es conveniente realizarla con el rectoscopio rígido que permite una insuflación controlada, apreciar el color de los segmentos y medir la altura de la anastomosis<sup>6</sup>.

No hemos encontrado evidencias sobre el largo óptimo y el tipo de sutura ideal del íleon distal en la IRA latero-lateral. En esta serie hubo sólo un caso de dehiscencia del muñón distal cerrado en forma manual, probablemente de origen isquémico, lo que no nos permite sacar conclusiones válidas. Tampoco existe información suficiente en la literatura especializada sobre la indicación de drenajes en este tipo de cirugía. Dado que la gran mayoría de las IRA quedan a la altura o sobre el promontorio, es decir, no hay disección pélvica, el drenaje se ha utilizado en forma discrecional.

En un estudio previo, demostramos que la altura de la anastomosis puede influir en los resultados funcionales a largo plazo<sup>8</sup>. En esta serie sólo en una paciente la anastomosis quedó a 8 cm del margen anal (previamente sometida a un Hartmann) y otra a 11 cm, lo que impide evaluar una posible asociación entre ambas variables. Sin embargo, creemos que es un principio válido realizarla a nivel del promontorio si ello es posible<sup>13,14</sup>.

Se estima que en series electivas como ésta la mortalidad no debiera superar el 1% con una morbilidad promedio del 20%. Aparte de las complicaciones médicas comunes a otras intervenciones, la morbilidad principal proviene de la infección de la herida operatoria y fallas de la anastomosis. En esta experiencia, la reoperación debido a fallas en la IRA afectó a 2 pacientes (4,4%) y en 1 caso (2,2%) fue necesario convertirla a una ileostomía terminal transitoria con cierre del muñón rectal, lo que se compara favorablemente con otros estudios<sup>5,10,12,15</sup>. En el seguimiento a largo plazo no se han reoperado pacientes por una obstrucción intestinal por bridas, cifra que en la literatura fluctúa entre 10 y 25%<sup>9-12,14,16-18</sup>.

En un primer análisis resulta preocupante el 13% de estenosis anatómica de la IRA encontrado en este estudio, cifra que se reduce al 2% si sólo se consideran los pacientes sintomáticos y 8,8% con estrechez crítica (la mayoría asintomáticos). Sin duda, esta cifra depende de los criterios empleados para definir la complicación. Al utilizar un criterio anatómico muy estricto (no sobrepasar la anastomosis con el endoscopio rígido) el porcentaje de estenosis se eleva en forma significativa, aunque la mayoría de los pacientes son asintomáticos. ¿Debe efectuarse algún procedimiento de dilatación en-

doscóptica, que sin duda conlleva riesgos, en pacientes asintomáticos? Como no existe una buena correlación entre la clínica y el grado de estenosis, la hemos indicado en aquellos casos de estenosis crítica (<10 mm) y/o sintomáticos. Aunque se ha sugerido que esta complicación es algo mayor en la anastomosis grapada<sup>7</sup>, también la hemos observado en pacientes con una IRA manual. No logramos establecer una correlación entre la estenosis de la IRA y variables clínicas como la edad, la patología de base, las complicaciones de la anastomosis o factores técnicos como el diámetro de la grapadora, lo que refuerza las conclusiones de un estudio previo sobre la respuesta cicatricial de la anastomosis mecánica<sup>19</sup>.

En esta serie el número de evacuaciones diurnas promedio es de 3 (extremos 1-10), el 95% de los pacientes no tiene evacuaciones nocturnas, el 92% refiere tener deposiciones formadas o cremosas y la incontinencia alcanza el 10,5%, similar a otras series nacionales y extranjeras<sup>8-12,14,16-18,20</sup>. En la encuesta de satisfacción el 90% de los pacientes señala tener una vida dentro de límites normales y la mayoría se alimenta sin restricciones. A pesar de estos resultados, hay autores que utilizando un criterio más estricto plantean que la CT + IRA produce una pérdida considerable de la calidad de vida, debido al miedo de presentar ensuciamiento de la ropa interior, a pesar de tener una continencia perfecta<sup>11</sup>.

En conclusión, la CT + IRA es una intervención habitual en nuestra experiencia cuya principal indicación es el megacolon idiopático seguido del cáncer del colon de foco múltiple. La anastomosis puede efectuarse con grapadora en forma rápida y segura si el equipo está familiarizado con el empleo de las suturas mecánicas con resultados inmediatos similares a la anastomosis manual. La estenosis cicatricial crítica y sintomática de la IRA afecta al 2% de los casos, cifra que se eleva al 13% si se consideran los hallazgos endoscópicos en un estudio de seguimiento y búsqueda prospectiva de esta complicación. Los resultados alejados en cuanto a frecuencia y consistencia de las evacuaciones y disturbios de la continencia son comparables a una serie histórica de la Institución

## REFERENCIAS

1. Günther K, Braunrieder G, Bittorf BR, Hohenberger W, Matzel KE. Patients with familial adenomatous polyposis experience better bowel function and quality of life after ileorectal anastomosis than after ileoanal pouch. *Colorectal Dis* 2003; 5: 38-44.
2. Tonelli F, Valanzano R, Monaci I, Mazzoni P, Anas-

- tasi A, Ficari F. Restorative proctocolectomy or rectum-preserving surgery with familial adenomatous polyposis. Results of a prospective study. *World J Surg* 1997; 21: 653-9.
3. Wright HK. The functional consequences of colectomy. *Am J Surg* 1975; 130: 532-4.
  4. Newton CR, Baker NW. Comparison of bowel function after ileorectal anastomosis for ulcerative colitis and colonic polyposis. *Gut* 1975; 16: 785-91.
  5. Pastore RL, Wolff BG, Hodge D. Total abdominal colectomy and ileorectal anastomosis for inflammatory bowel disease. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1455-64.
  6. Bannura G, Melo C, Barrera A, Contreras J, Soto D. Suturas mecánicas en cirugía colorrectal: análisis de 225 pacientes consecutivos. *Rev Chil Cir* 2002; 54: 350-7.
  7. MacRae HM, McLeod RS. Handsewn vs. stapled anastomoses in colon and rectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 180-9.
  8. Barrera A, Bannura G. Resultados funcionales alejados de la colectomía total con ileorrectoanastomosis. *Rev Chil Cir* 1998; 50: 80-4.
  9. López F, Tapia A, Rahmer A, Zúñiga A. Anastomosis ileorectal: resultados del tratamiento quirúrgico y evaluación de la función intestinal. *Rev Méd Chile* 1991; 119: 1264-9.
  10. Nakamura T, Pikarsky AJ, Potenti FM, Lau CW, Weiss EG, Noguera JJ, *et al.* Are complications of subtotal colectomy with ileorectal anastomosis related to the original disease? *Am Surg* 2001; 67: 417-20.
  11. Lim JF, Ho YH. Total colectomy with ileorectal anastomosis leads to appreciable loss in quality of life irrespective of primary diagnosis. *Tech Coloproctol* 2001; 5: 79-83.
  12. Eu KW, Seow-Choen F, Leong AFPK, Ho YH. Clinical outcome and bowel function following total abdominal colectomy and ileorectal anastomosis in the oriental population. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 215-8.
  13. Mujahid P, Elsadig O, Joyce WP. Mortality, morbidity and functional outcome after ileorectal anastomosis. *Br J Surg* 2003; 90: 593-4
  14. Church JM, Fazio VW, Lavery IC, Oakley JR, Milsom J, McGannon E. Quality of life after prophylactic colectomy and ileorectal anastomosis in patients with familial adenomatous polyposis. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1404-08.
  15. Alves A, Panis Y, Trancart D, Regimbeau J-M, Pocard M, Valleur P. Factors associated with clinically significant anastomotic leakage after large bowel resection: multivariate análisis of 707 patients. *World J Surg* 2002; 26: 499-502.
  16. Pikarsky AJ, Efron J, Hamel CT, Weiss EG, Noguera JJ, Wexner SD. Effect of age on the functional outcome of total abdominal colectomy for colonic inertia. *Colorectal Dis* 2001; 3: 318-22.
  17. Nylund G, Öresland T, Fasth S, Nordgren S. Long-term outcome after colectomy in severe idiopathic constipation. *Colorectal Dis* 2001; 3: 253-8.
  18. Aldulaymi BH, Rasmussen OO, Christiansen J. Long-term results of subtotal colectomy for severe slow-transit constipation in patients with normal rectal function. *Colorectal Dis* 2001; 3: 92-5.
  19. Bannura G, Cumsille MA, Barrera A, Contreras J, Melo C, Soto D. "Predictive factors of stenosis after stapled colorectal anastomosis: prospective análisis of 179 consecutive patients". *World J Surg* 2004; 28: 921-5.
  20. Zúñiga A, Rivera C, López F, Rahmer A, Cortés P. Rol actual de la anastomosis ileorrectal en el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 535-9.