

# Resultados funcionales a largo plazo luego de la coloproctectomía con reservorio ileal en pacientes con y sin complicaciones postoperatorias

Ubaldo Gualdrini,<sup>1</sup> Mariana Coraglio,<sup>1</sup> Laura Filippa,<sup>1</sup> Guillermo Masciangioli,<sup>1</sup> Alejandro Gutiérrez,<sup>1</sup> Carlos Lumi,<sup>1</sup> Alfredo Graziano<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Proctología - <sup>2</sup> Departamento de Cirugía

Hospital de Gastroenterología, Dr Carlos Bonorino Udaondo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Acta Gastroenterol Latinoam 2007;37:143-149

## Resumen

**Introducción:** La coloproctectomía con reservorio ileal es la opción quirúrgica de elección en pacientes con colitis ulcerosa (CU). Las complicaciones postoperatorias son frecuentes pero los resultados definitivos son considerados, en general, buenos. **Objetivo:** nuestro objetivo fue evaluar los resultados funcionales a largo plazo de una serie consecutiva de pacientes con pouch ileal (PI) y establecer su relación con las complicaciones postoperatorias. **Pacientes y métodos:** incluimos 144 pacientes categorizados en 2 grupos: I- pacientes sin complicaciones postoperatorias (n: 71); y II- pacientes con complicaciones postoperatorias (n: 73). Los pacientes fueron seguidos por un tiempo medio de 3,8 años (rango 1-15 años). Evaluamos: número de deposiciones, capacidad de discriminación entre gases y materia fecal, inhibición voluntaria de la defecación, requerimiento de medicación antidiarreica y grado de incontinencia. **Resultados:** los resultados funcionales fueron similares entre los dos grupos con respecto al número de deposiciones, a la necesidad de tomar antidiarreicos, a la discriminación anal y a la inhibición voluntaria de la defecación por más de 5 hs. Se observó una mayor tendencia a presentar escapes en los pacientes con complicaciones (34%) respecto de aquellos sin ellas (20%;  $p < 0.08$  NS). Comparado con el grupo II, los escapes en el grupo I estaban significativamente relacionados con el incumplimiento de la dieta ( $p < 0.01$ ). La infección

pélvica fue la complicación más frecuente en los pacientes con incontinencia (56%). **Conclusiones:** nuestro estudio demostró que la mayoría de los parámetros funcionales a largo plazo no son influenciados por la ocurrencia de complicaciones postoperatorias, con excepción de una tendencia a la incontinencia, más frecuentemente asociada con la infección pélvica.

**Palabras claves:** resultados funcionales - reservorio ileoanal - complicaciones postoperatorias - colitis ulcerosa

## Long term functional outcomes after ileoanal pouch in patients with and without postoperative complications

### Summary

**Background:** the proctocolectomy with ileal pouch (IP) has become the gold standard for surgical treatment for ulcerative colitis (UC). The postoperative complications are frequent but the definitive outcome is acceptable. **Aim:** our aim was to evaluate the long term functional outcome in a series of consecutive patients with IP and to establish its relation with postoperative complications. **Patients and methods:** we included 144 patients categorized in two groups: I- patients without postoperative complications (n: 71); II- patients with postoperative complications (n: 73). Patients were followed for a median time of 3.8 years (range 1-15). We evaluated: stool frequency, anal discrimination between gas and stool, voluntary evacuation inhibition, requirement of antidiarrheal medications and presence of incontinence. **Results:** the functional outcome was similar between the two groups in terms of stool frequency, medication use, anal discrimination and the voluntary inhibition of evacuation for more than 5 hours. A trend

**Correspondencia:** Ubaldo Alfredo Gualdrini  
Hospital de Gastroenterología "Dr Carlos Bonorino Udaondo"  
Unidad de Proctología-Departamento de Cirugía  
Avenida Caseros 2061 (1264) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina  
Tel: 4306-4641-49 interno 177- Fax: 4306-2033  
E-mail: uagualdrini@fibertel.com.ar

to present seepage was seen in patients with complications (34%) more than in those without them (20%;  $p < 0.08$  NS). Compared with group II, seepage in group I was significantly related with dietary lapses ( $p < 0.01$ ). The most frequent complication in incontinent patients was pelvic sepsis (56%). **Conclusions:** our study showed that most of long-term functional parameters are not influenced by the presence of postoperative complications. However, a trend for incontinence seems to be related to postoperative complications, more frequently with pelvic sepsis.

**Key words:** functional outcome - ileoanal pouch - postoperative complications - pouchitis - ulcerative colitis

#### Abreviaturas

PI: pouch ileal

CU: colitis ulcerosa

PAF: poliposis adenomatosa familiar

El advenimiento de la anastomosis ileoanal con reservorio ileal (PI) cambió sustancialmente la expectativa de los pacientes ante el tratamiento quirúrgico en la CU.<sup>1</sup> Esta operación reemplazó a la proctocolectomía con ileostomía terminal definitiva, convirtiéndose en el *gold standard* permitiendo mantener una evacuación por vía natural, logrando así una mejor calidad de vida con resultados funcionales, en general, adecuados.<sup>1,2</sup> Posteriormente su indicación se extendió a pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF) cuando la afectación en manto del recto obliga a la proctectomía.<sup>1,3,4</sup>

La mortalidad postoperatoria de esta intervención es muy baja pero las complicaciones son frecuentes, sin embargo, las mismas se reducen significativamente con la experiencia del equipo quirúrgico al cumplir éste la curva de aprendizaje.<sup>1,3</sup> Estudios prospectivos previos evaluaron los resultados funcionales del PI analizando diferentes parámetros tales como la presencia de incontinencia, el número de deposiciones diurnas y nocturnas, las restricciones en la dieta y la urgencia evacuatoria. A partir de estos estudios hay concordancia en que las alteraciones funcionales postoperatorias no estuvieron relacionadas con la ocurrencia de complicaciones del procedimiento quirúrgico.<sup>1,4,5</sup>

La morbilidad de esta cirugía es un argumento utilizado para retrasar la indicación quirúrgica manteniendo un tratamiento médico que, frecuentemente, no sólo resulta ineficaz sino que produce efectos

adversos significativos. En nuestro medio se desconoce el rol de las complicaciones postoperatorias como factor predisponente o determinante de alteraciones funcionales a largo plazo en pacientes sometidos a proctocolectomías con anastomosis ileoanal y PI. Por este motivo, el objetivo del presente estudio transversal fue evaluar los resultados funcionales a largo plazo luego de efectuar un PI en una importante serie consecutiva de pacientes y correlacionar los hallazgos con las complicaciones postoperatorias.

#### Pacientes y métodos

##### • Pacientes

Desde marzo de 1987 hasta julio de 2005 se realizaron 391 coloproctectomías con anastomosis ileoanal y reservorio ileal en "J" en el Hospital de Gastroenterología "Dr Carlos Bonorino Udaondo" y en la práctica privada de algunos de los autores de este trabajo (A.G.; U.G.; C.L.; A.G.). La ileostomía de protección se cerró en 304 pacientes hasta el momento de la presente evaluación. Los pacientes fueron citados telefónicamente o por correspondencia para evaluar el funcionamiento del PI. No pudieron ser contactados 56 pacientes (18%) por cambio de domicilio, en especial los que viven en el interior. No concurren a la entrevista programada 32 (11%). Otros 28 enfermos (9%) no fueron llamados pues no podían ser evaluados dado que se les debió realizar una nueva ileostomía a causa de complicaciones, a 7 (2%) se les levantó el pouch ileal y 5 fallecieron, 3 de ellos (0.75%) por causas relacionadas a esta intervención quirúrgica. Respondieron a la convocatoria 176 pacientes (58%) y finalmente fueron incluidos en el presente análisis 144 pacientes (47%) en quienes se cumplieron todos los tiempos quirúrgicos del PI. La edad media de la población global fue de 36 años (rango: 11-68 años), correspondiendo al sexo masculino 78 (54%) y al femenino 66 (46%). La CU fue la indicación de la coloproctectomía en 135 pacientes (94%) y la PAF en 9 (6%). Un criterio de inclusión de nuestro protocolo fue que desde el cierre de la ileostomía pasaran al menos 12 meses. Se excluyeron 32 pacientes que no cumplían con dicho plazo. El tiempo medio de seguimiento de toda la población fue de 3.8 años (rango: 1 a 15 años).

##### • Métodos

Se realizó una encuesta personal prediseñada en la cual se evaluaron los siguientes parámetros: 1- esti-

mación subjetiva del número de deposiciones habituales reportadas tanto como evacuaciones diarias totales, diurnas y nocturnas; 2- discriminación anal para gases y materia fecal o capacidad de discernir la diferencia entre ellos en el momento de la evacuación; 3- capacidad de inhibición voluntaria de la defecación (posibilidad de diferir la evacuación ante la primera sensación evacuatoria), la cual se dividió arbitrariamente en menos o más de 5 horas de acuerdo al número de horas que el paciente pueda retrasar las deposiciones; 4- necesidad de utilizar medicación antidiarreica tipo loperamida para disminuir el número de evacuaciones; 5- incontinencia o presencia de escapes de gases o materia fecal y su grado valorado con el *score* de Wexner.<sup>6</sup> Este *score* valora el tipo y frecuencia de la incontinencia según la característica del escape referido, materia fecal sólida, líquida o gases, el uso de apósitos y la alteración en la calidad de vida, asignándole un puntaje a cada uno según su frecuencia de presentación, a saber: nunca 0 punto, raramente o menos de una vez por mes 1, a veces o más de uno por mes y menos de uno por semana 2, usualmente o más de uno por semana y menos de uno por día 3 y siempre o más de uno por día 4 puntos; así se gradúa 0: continencia perfecta, 1-5: incontinencia leve, 6-10: moderada, 11-15: grave, 16-19: severa y 20 puntos incontinencia completa. Por otra parte, se evaluó el reporte subjetivo de los pacientes sobre el grado de cumplimiento de la dieta establecida para pacientes con PI con característica hipofermentativa (con selección de hidratos de carbono y de fibras, normograsa, normoproteica y aporte hídrico según pérdidas) y su relación con los episodios de incontinencia. Además, se consignaron las complicaciones sufridas en el postoperatorio, mediante la consulta en nuestra base de datos, tales como infección pélvica, definida como presencia de un absceso o flemón en la pelvis, dehiscencia de la anastomosis ileoanal o de la bolsa como solución de continuidad en la línea de sutura, estenosis de la anastomosis ileoanal o estrechamiento del calibre del anillo anastomótico que requiere dilatación, hemorragia del pouch o sangrado del interior de la bolsa, fístulas perianal o reservorio ileal-vagina que obedecen a la formación de un trayecto epitelizado con comunicación entre la sutura y la vagina o la piel perianal, y "pouchitis" o proceso inflamatorio del reservorio.

**Diseño y análisis estadístico.** La recopilación de datos funcionales consistió en una evaluación transversal basada en las respuestas de los pacientes ante

un cuestionario escrito prediseñado. El reporte de las complicaciones y su caracterización se basaron en una revisión retrospectiva de las historias clínicas y en un formulario prediseñado para el seguimiento postoperatorio de los pacientes, volcados luego a la base de datos. Los datos se presentan en forma descriptiva como valores medios y rango. Para el análisis de la significación estadística se utilizó el Test de Mann Whitney para el valor medio del número de deposiciones y el Fisher's Exact Test o Chi cuadrado según corresponda para el resto de las variables.

## Resultados

Se realizó coloproctectomía con reservorio ileal en 391 pacientes portadores de CU y PAF (tabla 1). El 87% (340 intervenciones quirúrgicas) pertenecen al ámbito hospitalario y el 13% al privado. El procedimiento quirúrgico se realizó en tres tiempos en 245 pacientes (62.5%), 144 (37%) en dos y sólo en 2 casos en un tiempo (0.5%). La mortalidad global en nuestra serie fue de 1.5% (6 pacientes); no pudieron ser evaluados otros 6 (1.5%) que habían fallecido por motivos no relacionados con esta cirugía. Hemos observado en el total de operados (391 pacientes) complicaciones tales como dehiscencia o estenosis de la anastomosis ileoanal, infección pélvica, dehiscencia del reservorio, pouchitis, fístula pouch vaginal o perianal (tabla 2), aunque sólo fracasó la operación en 20 pacientes (5%), 13 requirieron el levantamiento de la bolsa y en 7 no se pudo cerrar la ileostomía por persistencia de una complicación (tabla 3). Un grupo de 55 pacientes (14%) se encontraban al momento de la recopilación de datos en lista de espera para cerrar su ileostomía de protección o realizándose estudios preoperatorios. A los 144 pacientes incluidos se los dividió en dos grupos, 71 (49%) no habían presentado complicaciones postoperatorias del "pouch" (grupo I), mientras que 73 (51%) habían tenido alguna complicación (grupo II). Los dos grupos resultaron comparables en edad y sexo (tabla 4). Las complicaciones presentadas en los pacientes del grupo II (tabla 5) fueron: infección pélvica, dehiscencia de la anastomosis ileoanal, dehiscencia de la bolsa, estenosis de la anastomosis ileoanal, fístula pouch-vaginal, hemorragia del pouch, pouchitis y fístulas perianales. Las más frecuentes en los 25 pacientes con incontinencia de este grupo fueron la infección pélvica en 14 casos (56%) y la pouchitis en 6 (24%). Se realizó un análisis comparativo de los resultados funcionales en ambos.

**Tabla 1.** Datos demográficos de los pacientes al momento de la cirugía del pouch ileal.

	n pacientes (%)
Total	391
Diagnóstico	
CU	354(91)
PAF	37(9)
Sexo	
F/M	202/189(52/48)
Edad (años)	
Media (rango)	35.46 (11-69)

**Tabla 2.** Complicaciones postoperatorias más comunes luego de la coloproctectomía con pouch ileal divididas en tempranas y tardías sobre un total de 391 pacientes operados.

	n pacientes (%)
Complicaciones	
Tempranas	
Sepsis pélvica	49(13)
Dehiscencia de la bolsa	20(5)
Dehiscencia de la ileoanal	21(5)
Fístula pouch vaginal	11(5)
Tardías	
Pouchitis	46(12)
Estenosis de la anastomosis ileoanal	32(8)
Fístula perianal	23(6)
Fístula pouch vaginal	8(4)

**Tabla 3.** Causas de fracaso del pouch ileal. Remoción de la bolsa e imposibilidad de cierre de la ileostomía de protección.

	n pacientes (%)
Remoción del pouch ileal	13
Enfermedad de Crohn	5(38)
Pouchitis hemorrágica	2(15)
Incontinencia grave	1(8)
Necrosis de la bolsa	1(8)
Fístula pouch cutánea	1(8)
Recidiva cáncer de recto	1(8)
Fístula pouch uterina	1(8)
Estenosis anal +carcinoma	1(8)
Imposibilidad de cierre de ileostomía	7
Fístula pouch vaginal	3(43)
Fístula perianal	4(57)

**Tabla 4.** Características de los pacientes en los dos grupos evaluados. En el grupo I: pacientes sin complicaciones postoperatorias y en el grupo II: pacientes con complicaciones.

	Grupo I	Grupo II
Total (número de pacientes)	71	73
Sexo		
F/M	34/37	32/41
Edad (años)		
Media (rango)	36 (17-68)	35 (11-60)
Tiempo de seguimiento (años)		
Media (rango)	3.8 (1-15)	3.9 (1-14)
Diagnóstico		
CU	66	69
PAF	5	4

**Tabla 5.** Prevalencia de las complicaciones presentadas en los pacientes del Grupo II.

	n pacientes (%)
Total	73
Complicación	
Infección pélvica	22*(30)
Pouchitis	20*(27)
Dehiscencia de la anastomosis ileoanal	9 (12)
Dehiscencia del reservorio	9 (12)
Estenosis de la ileoanal	5 (7)
Fístula pouch vaginal	6 (8)
Hemorragia del pouch	5 (7)
Fistulas perianales	3 (4)

\*Las más frecuentes en los 25 pacientes con incontinencia.

No hallamos diferencias significativas en el número de deposiciones en 24 hs entre el grupo I y el II. En el grupo I, el valor medio del número de deposiciones diarias fue de 4.9 (rango 2 a 12), diurnas 4.3 (rango 2 a 9) y nocturnas 0.6 (rango 0 a 4) y en el grupo II el valor fue 4.8 (rango 1 a 10), diurnas 3.9 (rango 1 a 8) y nocturnas 1.1 (rango 0 a 7). Tomaban medicación antidiarreica, 15 pacientes (21%) del grupo I y 14 (19%) del grupo II. Podían discriminar la presencia de gases 54 pacientes (76%) del grupo I mientras que en el grupo II fueron 64 (87%). La inhibición voluntaria de la defecación por más de 5 hs la lograron 57

pacientes (80%) del grupo I y 62 (85%) del grupo II. En el grupo I tuvieron escapes 14 pacientes (20%) y en el II 25 (34%). En el 100% de los pacientes con escapes del grupo I, los mismos se relacionaron con el incumplimiento de la dieta y sólo en 13 pacientes (52%) del grupo II se observó dicha relación. La aparición de episodios de incontinencia en ambos grupos no presentó diferencias significativas, sin embargo, el resultado muestra una tendencia a la significación estadística que podrá confirmarse con el incremento de la muestra. El grado de incontinencia valorado a través del *score* de Wexner<sup>6</sup> fue moderado en ambos grupos, mostrando en el grupo I un valor promedio de 6.3 puntos (rango 4-11) y en el grupo II 8 puntos (rango 4-14). En ambos grupos más del 70% no cumplieron la dieta establecida. (tabla 6)

## Discusión

La coloproctectomía con reservorio ileal es la cirugía de elección para los pacientes con CU y en aquellos portadores de PAF donde la afectación rectal obliga a la proctectomía. Esta opción quirúrgica preserva la evacuación por vía anal, tiene aceptables resultados funcionales a largo plazo y excelente calidad de vida en más del 90% de los pacientes a pesar del índice de complicaciones.<sup>2</sup> En esta muestra obtenida a partir de la respuesta a la convocatoria las complicaciones del pouch se presentaron en el 51%, cifra que refleja los resultados de la primera fase de nuestra experiencia. En un trabajo presentado precedentemente por nuestro grupo donde comparamos la experiencia inicial con una segunda fase, luego de cumplida la curva de aprendizaje, se observó que el porcentaje de complicaciones de la bolsa dis-

**Tabla 6.** Análisis comparativo de los resultados funcionales del pouch ileal en los pacientes de grupos I y II.

Variable	Grupo I n 71 pacientes	Grupo II n 73 pacientes	OR	IC95%	P
Evacuación (promedio deposiciones- IC 95%)					
24 horas	4.9 (4.5-5.5)	4.7 (4.3-5.2)			NS
Diurnas	4.3 (4.0-4.6)	3.9 (3.7-4.3)			NS
Nocturnas	0.6 (0.4-1.0)	1.1 (0.5-1.0)			NS
Necesidad de medicación n pacientes (%)	15 (21)	14 (19)	0.93	(0.41-2.13)	NS
Inhibición voluntaria de evacuación Mayor a 5 hs n pacientes (%)	57 (80)	62 (85)	0.72	(0.30-1.72)	NS
Discriminación a gases n pacientes (%)	54 (76)	64 (87)	0.45	(0.18-1.08)	NS
Incumplimiento de dieta n pacientes (%)	46 (70)	49 (71)	1.04	(0.36-3.01)	NS
Incontinencia n pacientes (%)	14 (20)	25 (34)	0.47	(0.22-1.00)	< 0.08 NS
Relación de los escapes con la dieta n pacientes (%)	14/14 (100)	13/25 (52)		(0.28-0.67)	< 0.01
Incontinencia score de Wexner (valor medio-IC 95%)	6.3 (3.8-8.8)	8.0 (6.0-10.1)			NS

minuyó al 19%.<sup>3</sup> En otras series, las cifras de morbilidad de esta cirugía varían del 30 al 40%, con índices de hasta un 62,7% al inicio de la experiencia.<sup>4,5,7</sup> En la mayoría de los casos en nuestra casuística las complicaciones se resolvieron satisfactoriamente con buenos resultados funcionales y un índice de fracaso del 5% (20 pacientes). Esta cifra se correlaciona con las reportadas en otras series (2%-22%).<sup>7-9</sup>

Analizamos los resultados funcionales a más de un año de cerrada la ileostomía ya que, en nuestra experiencia, es a partir de ese momento donde se estabilizan los mismos, sin evidenciarse cambios significativos posteriores. Esto coincide con lo publicado por otros autores donde los resultados funcionales se observaron estables al año, 5 y 10 años de la operación.<sup>5,7,10-12</sup> Con respecto al número de deposiciones en 24 hs Delaney y col<sup>13</sup> en 1.399 pacientes con pouch ileal por CU observaron una media de 7 deposiciones diarias, 6 diurnas y 1 nocturna. Farouk y col<sup>2</sup> en 1386 pacientes informaron una frecuencia evacuatoria de 5 deposiciones diurnas y 1 nocturna al año de realizado el pouch. Otras series publicaron cifras similares, entre 5 y 7 deposiciones diarias.<sup>5,7,11,12,14</sup> Tampoco se hallaron diferencias en la capacidad de discriminación entre gases y materia fecal. La inhibición voluntaria de la evacuación es un parámetro funcional trascendente. En los pacientes operados por CU la posibilidad de diferir voluntariamente la evacuación en el postoperatorio ante la primera sensación evacuatoria marca la diferencia más notable con lo observado en el preoperatorio, donde la urgencia evacuatoria es muy frecuente y condiciona la calidad de vida. En ambos grupos observamos que más del 80% podían ausentarse de sus hogares y desarrollar actividades laborales o de esparcimiento por más de 5 horas sin el condicionamiento de tener un baño cerca. La continencia es el otro parámetro funcional fundamental a evaluar luego de la cirugía del pouch. El 73% de los pacientes presentaron buena continencia. La incidencia reportada en la literatura acerca de la continencia perfecta luego de esta cirugía varía entre el 50 y 90%.<sup>11,15</sup> En un estudio realizado en la Clínica Mayo, Jennifer Chapman y col<sup>14</sup> observaron un 15,2% de incontinencia diurna y 26,1% de incontinencia nocturna en pacientes mayores de 55 años y un 4,1% y 9,4% respectivamente en menores de 45 años. El criterio mayormente aceptado es que los cambios en la continencia podrían ser debidos a la disminución de la presión esfintérica que ocurre con

la edad.<sup>14,16</sup> Nosotros no pudimos evaluar esta variable porque el número de pacientes mayores de 55 años de nuestra serie es muy escaso. La relación de la dieta con los episodios de incontinencia mostró que en los pacientes no complicados la presencia de escapes se relacionó exclusivamente con el incumplimiento de la dieta adecuada mientras que en el grupo de complicados dicha relación se cumplió sólo en el 52%. Esta conducta inadecuada quizás pueda explicarse ya que estos pacientes han sufrido importantes restricciones dietéticas previas a la cirugía y se permiten ciertas licencias en la alimentación aunque estas impacten negativamente en su funcionalidad intestinal. Las complicaciones más frecuentemente presentadas en los pacientes complicados en nuestra serie fueron: la infección pélvica en 14 casos (56%) y la pouchitis en 6 (24%). Estas dos complicaciones son señaladas en la mayoría de las series como las principales causas de deterioro de los resultados funcionales.<sup>1,17</sup> Johnson y col no encontraron diferencias en los resultados funcionales ni en el grado de satisfacción de éstos con la cirugía en sobre 64 pacientes separados en dos períodos de tiempo, la primera mitad con una morbilidad del 3% y la segunda del 9%.<sup>15</sup> Farouk y col compararon los resultados funcionales en relación con la infección pélvica hallando en aquellos pacientes que la habían presentado mayor presencia de escapes diurnos y nocturnos, uso de apósitos y toma de medicación, pero no encontraron diferencias en el promedio del número de deposiciones.<sup>5,17</sup> Delaney y col refieren que aproximadamente el 35 al 40% de los pacientes tuvieron algún escape nocturno después de los 10 años de seguimiento y Fazio relata la aparición de escapes nocturnos entre el 28 y el 31% de los casos.<sup>1,18</sup> Carmon publica un índice de complicaciones del pouch ileal del 40,26% con un 68% y 72% de pacientes con continencia perfecta diurna y nocturna, respectivamente.<sup>19</sup>

La necesidad de tomar medicación antidiarreica fue igual en nuestros dos grupos de pacientes (21% y 19%), cifra sustancialmente menor a la referida por Farouk donde el 45 al 50% de los pacientes tomaban dicho tipo de medicación.<sup>2,5</sup>

Como conclusión, los resultados funcionales definitivos en los pacientes operados con anastomosis ileoanal y PI son buenos a pesar de las complicaciones. La presencia de episodios de incontinencia (escapes) podría ser mayor en los pacientes complicados, donde el cumplimiento de una dieta adecuada no corrigió esta anomalía. La infección pélvica

resultó la complicación más frecuentemente observada en aquellos pacientes con trastornos de la continencia. Estimamos que la mayor experiencia con la cirugía permite disminuir los riesgos de complicaciones y, consecuentemente, reducir la posibilidad de incontinencia.

*Agradecimiento: al Dr Horacio Vázquez por su colaboración en el análisis estadístico.*

## Referencias

1. Victor W Fazio, Micheal G O'Riordain, Ian C Lavery, et al. Long-Term Functional Outcome and Quality of Life After Stapled Restorative Proctocolectomy. *Ann Surg* 1999; 230:575-586.
2. Ridzuan Farouk, John H Pemberton, Bruce G Wolff, et al. Functional Outcomes After Ileal Pouch-Anal Anastomosis for Chronic Ulcerative Colitis. *Ann Surg* 2000; 231:919-926.
3. Graziano A, Masciangioli G, Gualdrini U, et al. Pouch ileal en J. 10 años de experiencia. Reducción de las complicaciones cumplida la curva de aprendizaje. *Rev Arg Cir* 1999;77:209-217.
4. Fazio VW, Ziv Y, Church JM, et al. Ileal pouch-anal anastomoses complications and function in 1005 patients. *Ann Surg* 1995;222:120-127.
5. John H Pemberton, Keith A Kelly, Robert W Beart, Jr., Roger R Dozois, Bruce G Wolff and Duane M Ilstrup. Ileal Pouch-Anal Anastomosis for Chronic Ulcerative Colitis. Long-term Results. *Ann Surg* 1987;206:504-511.
6. Jorge M, Wexner S. Etiology and management of fecal incontinente. *Dis Colon Rectum* 1993;36:77-97.
7. AP Meagher, R Farouk, RR Dozois, KA Kelly and JH Pemberton. J ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis: complications and long term outcome in 1310 patients. *BJ Surg* 1998;85:800-803.
8. I Berndtsson and T Oresland. Quality of life before and after proctocolectomy and IPAA in patients with ulcerative proctocolitis- a prospective study. *Colorectal Dis* 2003;5: 173-179.
9. Jorge Baixeli, Conor P Delaney, James S Wu, Feza H Remzi, Ian C Lavery, Victor W Fazio. Functional Outcome and Quality of Life After Repeat Ileal Pouch-Anal Anastomosis for Complications of Ileoanal Surgery. *Dis Colon Rectum* 2004;47:2-11.
10. Graziano A, Lumi C, Gutierrez A, Gualdrini U Anastomosis ileoanal con reservorio ileal en "J". Resultados funcionales. *Rev Arg Cir* 1995;69:100-107.
11. Fabricio Michelassi, John Lee, Michele Rubin, Alessandro Fichera, Kristen Kasza, Theodore Karrison and Roger D Hurst. Long-term Functional Results After Ileal Pouch Anal Restorative Proctocolectomy for Ulcerative Colitis. A Prospective Observational Study. *Ann Surg* 2003;238: 433-441.
12. JC Coffey, DC Winter, P Neary, A Murphy, HP Redmond, WO Kirwan. Quality of Life After Ileal Pouch Anal Anastomosis: An Evaluation of Diet and Other Factors Using the Cleveland Global Quality of Life Instrument. *Dis Colon Rectum* 2002;45:30-38.
13. Conor P Delaney, Feza H Remzi, Terry Gramlich, Babak Dadvand y Victor W Fazio. Equivalent Function, Quality of Life and Pouch survival Rates After Ileal Pouch-Anal Anastomosis for Indeterminate and Ulcerative Colitis. *Ann Surg* 2002;236:43-48.
14. Jennifer R Chapman, David W Larson, Bruce G Wolff, Eric J Dozois, Robert R Cima, John H Pemberton, BS Crownhart, Dirk R Larson. Ileal Pouch-Anal Anastomosis. Does age at the Time of Surgery Affect Outcome? *Arch Surg* 2005;140:534-540.
15. Egil Johnson, Erik Carlsen, Mohammad Nazir and Knut Nygaard. Morbidity and Funcional Outcome after Restorative Proctocolectomy for Ulcerative Colitis. *Eur J Surg* 2001;167:40-45.
16. Dieter Hahnloser, John H Pemberton, Bruce G Wolff, Dirk R Larson, Brian S Crownhart and Roger R Dozois. The Effect of Ageing on Function and Quality of Life in Ileal Pouch Patients. A Single Cohort Experience of 409 Patients with Chronic Ulcerative Colitis. *Ann Surg* 2004; 240:615-623.
17. Ridzuan Farouk, Roger Dozois, John H Pemberton. Incidence and Subsequent impact of pelvic Abscess After Ileal Pouch-Anal Anastomosis For Chronic Ulcerative Colitis. *Dis Colon Rectum*1998;41:1239-1243.
18. Conor P Delaney, Victor W Fazio, Feza H Remzi, et al. Prospective, Age-Related Analysis of Surgical Results, Functional Outcome, and Quality of Life After Ileal Pouch-Anal Anastomosis. *Ann Surg* 2003;238:221-228.
19. E Carmon, A Keidar, A Ravid, G Goldman and M Rabau. The correlation between quality of life and functional outcome in ulcerative colitis patients after proctocolectomy ileal pouch anl anastomosis. *Colorectal Dis* 2003;5:228-232.