REVISTA CHILENA DE RADIOLOGÍA

PERMANYER

Check for updates

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Revisión de las principales cirugías digestivas bajas y sus cambios anatómicos esperables en tomografía computada. Una guía para el radiólogo. Parte II

Review of the main lower digestive surgeries and their expected anatomical changes in computed tomography. A guide for the radiologist. Part II

Ignacio Maldonado-Schoijet[1], Deborah Feldman-Fuentes[2], René Sáez-Morales[2], Ricardo Villalón-Cortés[3] y Cristian Varela-Ubilla[1]*

[1]Departamento de Imágenes, Clínica Dávila, Santiago; [2]Departamento de Radiología, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Clínica Dávila, Santiago; [3]Departamento de Cirugía Coloproctológica, Clínica Dávila, Hospital de Carabineros de Chile, Santiago. Chile

Resumen

La evaluación por imágenes de los pacientes operados suele ser un desafío para el residente y el radiólogo general, en especial, en aquellas cirugías complejas, en que la anatomía normal suele alterarse. El adecuado conocimiento anatómico y la familiarización con las técnicas quirúrgicas de las cirugías digestivas bajas más frecuentes, permiten al radiólogo reconocer los cambios anatómicos posquirúrgicos normales (esperables), logrando una adecuada interpretación de los hallazgos en la tomografía computada (TC), mejorando notablemente la sensibilidad y el rendimiento para pesquisar la recidiva tumoral y definir su ubicación, el estudio de extensión tumoral y la búsqueda de posibles complicaciones, ya sean abscesos, perforación, peritonitis, isquemia, obstrucción intestinal, etc., que permitirán guiar el tratamiento. El objetivo de esta revisión es recordar las diferentes técnicas quirúrgicas en cirugías digestivas bajas y su correlato anatomo-radiológico en la TC.

Palabras clave: *Ileostomía. Colostomía. Colectomía. Anastomosis ileoanal. Resección abdominoperineal.*

Abstract

The imaging evaluation of postoperated patients is often a challenge for the resident and the general radiologist, especially in those complex surgeries, in which the normal anatomy is usually altered. Adequate anatomical knowledge and familiarization with the surgical techniques of the most frequent lower digestive surgeries allow the radiologist to recognize the normal postsurgical anatomical changes (expected), achieving an adequate interpretation of the findings in computed tomography (CT), notably improving sensitivity and the performance to search for tumor recurrence and define its location, study of tumor extension and search for possible complications, such as abscesses, perforation, peritonitis, ischemia, intestinal obstruction, etc. that will guide the treatment. The objective of this review is to recall the different surgical techniques in lower digestive surgeries and their anatomical-radiological correlation in CT.

Keywords: *Ileostomy. Colostomy. Colectomy. Ileal pouch anal anastomosis. Abdominoperineal resection.*

Correspondencia:
*Ignacio Maldonado-Schoijet
E-mail: imschoijet@gmail.com

Fecha de recepción: 27-11-2021
Fecha de aceptación: 10-01-2022
DOI: 10.24875/RCHRAD.21000020

Disponible en internet:
Rev Chil Radiol. 2022;28(1):27-37
www.resochradi.com

0717-9308 / © 2022 Sociedad Chilena de Radiología. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

En respuesta al incremento en la incidencia de las patologías neoplásicas e inflamatorias intestinales bajas, se han desarrollado nuevas técnicas quirúrgicas, permitiendo aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de vida de los pacientes, en particular en el ámbito oncológico.

El cáncer colorrectal es una patología de alta prevalencia en todo el mundo, en especial en los países desarrollados, con una incidencia en aumento. En comparación con otras neoplasias gastrointestinales, ésta es una afección tratable y con potencial curativo.

La técnica quirúrgica dependerá de múltiples factores, entre ellos la extensión y la preservación del esfínter anal del paciente. Una eventual ostomía definitiva o transitoria será decisión del cirujano, dependiendo de cada caso.

La tomografía computada (TC), por su alta resolución axial y su capacidad multiplanar en la evaluación de las estructuras en el abdomen y en la pelvis, con tiempos de adquisición cada vez más cortos, es la técnica de elección al estudiar pacientes con sospecha de complicaciones posquirúrgicas y en el control oncológico.

Esta revisión tiene por objetivo describir brevemente las diferentes técnicas quirúrgicas de patologías habituales intestinales bajas, con énfasis en los cambios anatómicos posquirúrgicos esperables en la TC, con el fin de facilitar y mejorar una adecuada evaluación y una correcta interpretación de las imágenes.

La clasificación de las principales técnicas quirúrgicas colorrectales, así como sus subclasificaciones, se muestran en la tabla 1.

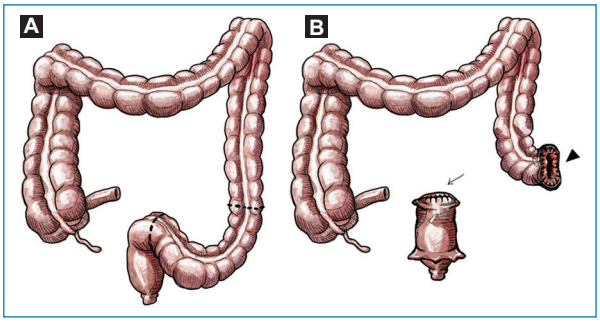


Figura 1. Ilustración de la técnica de Hartmann. **A:** colon sigmoides (espacio entre líneas discontinuas). **B:** colectomía distal con colostomía abocada en flanco izquierdo (punta de flecha). Sutura de muñón rectal (flecha).

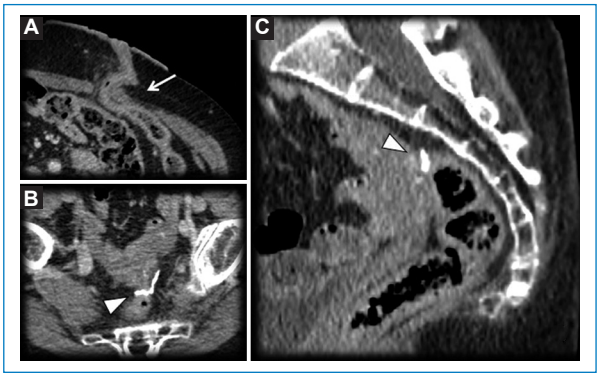


Figura 2. Paciente de sexo femenino, de 50 años. Antecedente de diverticulitis de colon sigmoides complicada. Técnica de Hartmann. TC en fase venosa. **A y B:** cortes axiales. **C:** MPR sagital. **A:** colostomía abocada en flanco izquierdo (flecha). **B y C:** sutura de muñón rectal (punta de flecha).

Resecciones segmentarias colorrectales

Resección segmentaria de colon (colectomía)

La colectomía es la resección quirúrgica de un segmento del colon. Existen distintos tipos de colectomía, dependiendo del segmento a resecar.

Las indicaciones son patología benigna y maligna de colon, como adenocarcinoma de colon, enfermedades inflamatorias intestinales, sangrado incoercible, enfermedad diverticular complicada, vólvulos, etc. Aquí trataremos las más frecuentes[1].

Operación de Hartmann o tipo Hartmann

Indicada en patologías no neoplásicas, con preferencia en peritonitis purulenta y estercorácea, diverticulitis complicada, perforación de sigmoides traumática o atraumática, y en patología neoplásica obstructiva con compromiso de colon distal o de sigmoides.

Esta técnica es la preferida en pacientes con alto riesgo de dehiscencia de anastomosis o riesgo de peritonitis y sepsis posterior a anastomosis primaria[2-4].

Consiste en la resección del segmento de colon enfermo (colectomía distal o sigmoidectomía) sin la realización de anastomosis de los segmentos intestinales. Es necesario hacer una colostomía terminal y cerrar el muñón rectal. Cuando se reseca el sigmoides se denomina operación de Hartmann; si es otro segmento de colon, se denomina operación tipo Hartmann.

Este procedimiento puede reintervenirse para la reconstitución del tránsito posterior a 6 meses[2-5] (Figs. 1 y 2).

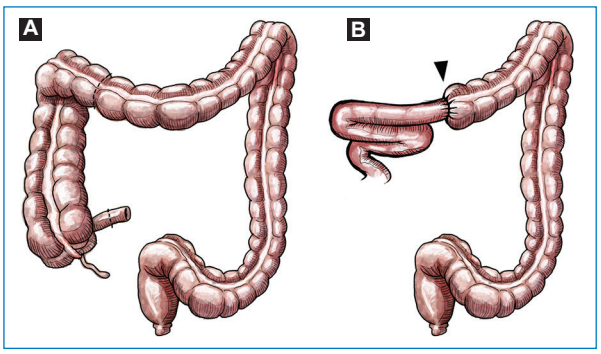


Figura 3. Ilustración de la técnica de hemicolectomía derecha con anastomosis ileocólica. **A:** ciego, colon ascendente, ángulo hepático del colon y segmento proximal del colon transverso (espacio entre líneas discontinuas). **B:** resección de válvula íleocecal, ciego, colon ascendente, ángulo hepático del colon y un segmento del colon transverso con anastomosis ileocólica (punta de flecha).

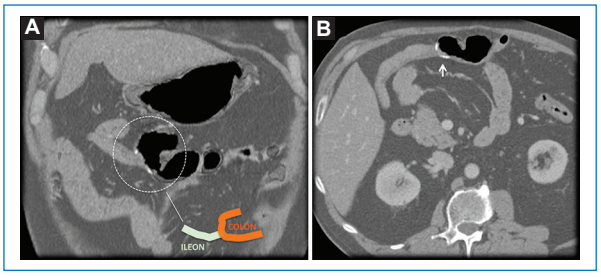


Figura 4. Paciente de sexo masculino, de 62 años. Antecedente de neoplasia de colon ascendente. Técnica de hemicolectomía derecha con anastomosis iliotransverso. TC en fase venosa. **A:** MPR coronal volumen *rendering*. **B:** corte axial. **A y B:** anastomosis término-lateral (íleon-colon). Nótese la ausencia de hemicolon derecho.

Hemicolectomía derecha (colectomía derecha segmentaria) con anastomosis ileocólica

Consiste en la resección del ciego, el colon ascendente, el ángulo hepático del colon, el segmento del colon transverso y los últimos 15-20 cm de intestino delgado. Se realiza una anastomosis ileocólica. Una variante es la hemicolectomía derecha extendida o ampliada, que consiste en una resección más amplia del colon transverso, próxima al ángulo esplénico del colon, que suele emplearse en neoplasias que comprometan este último nivel o en el caso de lesiones sincrónicas en el colon derecho. Las reconstrucciones segmentarias poscirugía pueden ser de tres tipos: término-terminal, término-lateral o latero-lateral[1-6] (Figs. 3 a 5).

Tabla 1. Clasificación de las principales cirugías colorrectales

Tipo de cirugía	Subclasificación
I. Resección segmentaria colorrectal	A. Resección segmentaria de colon o colectomía: – Operación de Hartmann o tipo Hartmann – Hemicolectomía derecha (colectomía derecha segmentaria) – Hemicolectomía izquierda (colectomía izquierda segmentaria) *Verdadera, izquierda alta e izquierda baja* B. Resección segmentaria de recto: – Resección anterior de recto (RAR) – Resección anterior baja (RAB) – Resección anterior ultrabaja (RAUB) – Resección anterior ultrabaja interesfinteriana (RAUBIE) C. Resección abdominoperineal o cirugía de Miles
II. Resección no segmentaria colorrectal	A. Proctocolectomía y anastomosis íleo-anal (Reservorio en J)
III. Ostomías	A. Colostomías: – Colostomía en cabo terminal u operación tipo Hartmann – Colostomía en doble cabo – Colostomía en asa B. Ileostomías: – Ileostomía en asa

Hemicolectomía izquierda (colectomía izquierda segmentaria) con anastomosis colorrectal

Existen tres tipos[6]:

– Verdadera: resección de todo el colon izquierdo desde el tercio izquierdo del colon transverso hasta la unión rectosigmoidea (Fig. 6 A).
– Izquierda alta: resección desde el tercio izquierdo del colon transverso y todo el colon descendente, sin resecar el sigmoides (Fig. 6 B).
– Izquierda baja o sigmoidectomía: (Fig. 6 C y Fig. 7): resección del colon sigmoides.

Resección segmentaria del recto

El recto es la porción distal del tubo digestivo y mide unos 15 cm de largo (medido desde la unión del margen anorrectal con la línea pubococcígea inferior). Tiene dos segmentos: uno intraperitoneal y otro extraperitoneal. El extraperitoneal se relaciona con el aparato esfinteriano. La resección de recto se realiza habitualmente para tratar patología neoplásica, siendo el límite distal de esta resección el que determina el nombre de la técnica realizada[2,3,7].

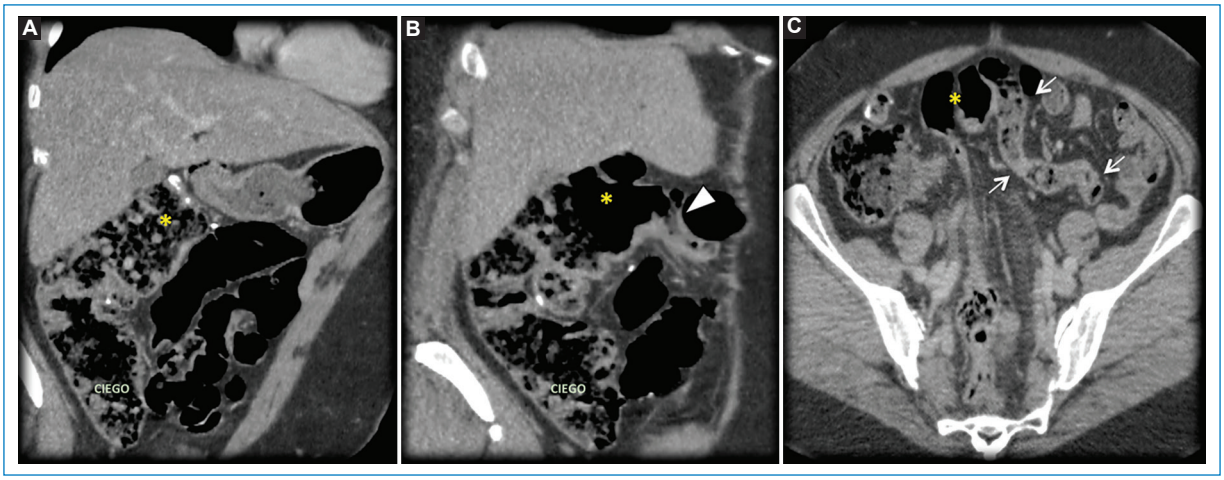


Figura 5. Paciente de 53 años. Antecedente de neoplasia de colon derecha con compromiso del colon transverso. Variante de la técnica de hemicolectomía derecha ampliada (colectomía parcial con resección completa del colon transverso, no se hizo anastomosis ileocólica y se preservó parte del colon derecho). TC en fase venosa.
A y B: MPR curvo coronal. **C:** MPR curvo axial. **A, B y C:** muñón del ángulo hepático del colon con clips quirúrgicos (asterisco). **B:** anastomosis colocólica término-lateral (punta de flecha). **C:** asa de colon descendente ascendida al muñón del ángulo hepático (flechas).

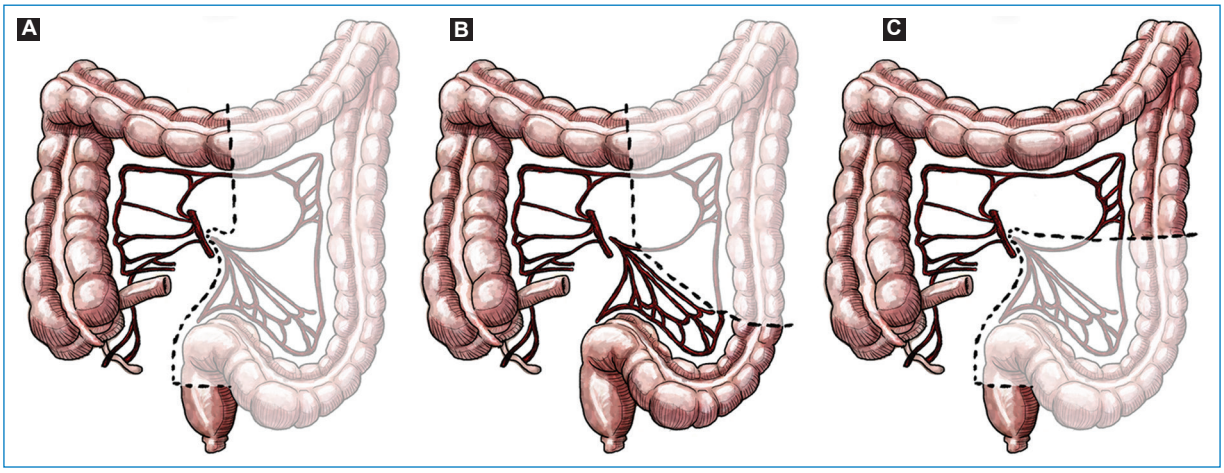


Figura 6. Ilustración de la técnica de hemicolectomía izquierda (colectomía izquierda segmentaria) con anastomosis colorrectal. **A:** verdadera. **B:** izquierda alta. **C:** izquierda baja.

Los tipos de resección de recto[2,3,7] son (Fig. 8):

- Resección anterior de recto: la sección distal es a nivel del recto intraperitoneal (sobre la reflexión peritoneal). Se emplea en neoplasias de la unión rectosigmoidea y de recto superior.
- Resección anterior baja: la sección distal es a nivel del recto extraperitoneal (bajo la reflexión peritoneal, pero sobre el aparato esfinteriano), que incluye escisión total del mesorrecto para resección de tumores de recto medio-inferior.
- Resección anterior ultrabaja: la sección distal es a nivel del músculo elevador del ano (sin seccionar el esfínter). Se emplea en tumores del recto medio-inferior sin compromiso del esfínter.
- Resección anterior ultrabaja interesfinteriana: la resección distal es a nivel del aparato esfinteriano, cuando existe compromiso neoplásico del esfínter. Puede ser parcial a nivel de la línea dentada, subtotal o total.

Consiste en la resección rectosigmoidea sin disección perineal (preservación del esfínter), con posterior

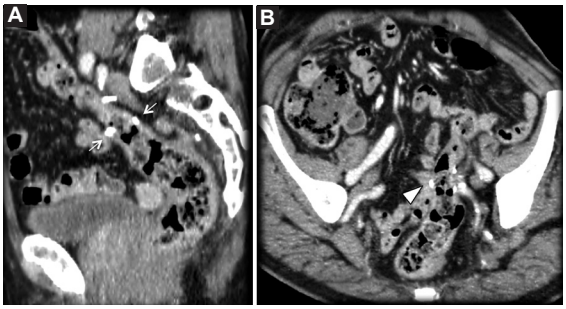


Figura 7. Paciente de sexo masculino, de 48 años. Antecedente de neoplasia de colon sigmoides. Técnica de hemicolectomía izquierda baja (resección del sigmoides) con anastomosis colorrectal término-terminal. TC en fase venosa. **A:** MPR sagital oblicuo. **B:** MPR axial oblicuo. **A y B:** sitio de la anastomosis colorrectal término-terminal (flechas y punta de flecha).

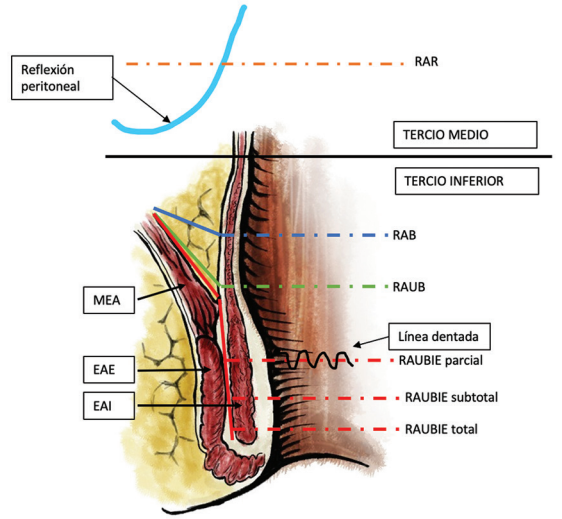


Figura 8. Ilustración de la clasificación de las resecciones de recto.

EAE: esfínter anal externo; EAI: esfínter anal interno; MEA: músculo elevador del ano; RAB: resección anterior baja; RAR: resección anterior de recto; RAUB: resección anterior ultrabaja; RAUBIE: RAUB interesfinteriana. (Adaptada de ref. 7).

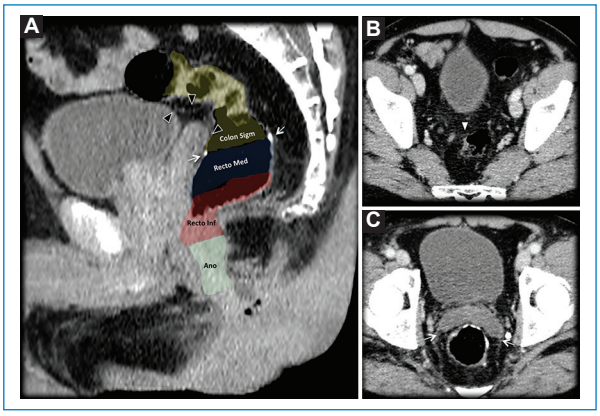


Figura 9. Paciente de sexo masculino, de 65 años. Antecedente de neoplasia de recto-sigmoides. Técnica de resección anterior de recto. TC en fase venosa. **A:** MPR sagital. **B y C:** cortes axiales. **A:** reflexión peritoneal anteroinferior (punta de flecha). Sitio de la anastomosis entre el recto medio peritonizado y el colon sigmoides a nivel de la reflexión peritoneal anteroinferior (flechas). **B:** reflexión peritoneal anteroinferior (punta de flecha). **C:** plano de la anastomosis entre el recto medio (peritonizado) y el sigmoides, bajo la reflexión peritoneal (flechas).

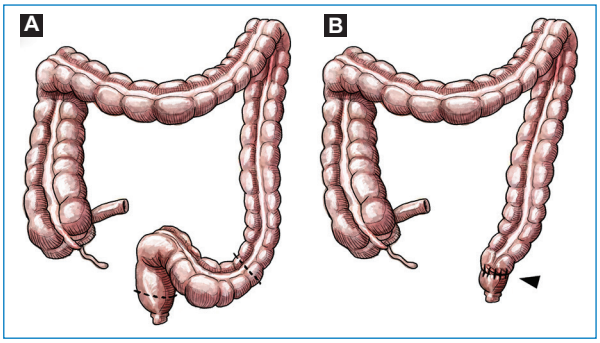


Figura 10. Ilustración de la técnica de resección anterior baja. **A:** recto medio-superior y colon sigmoides distal (espacio entre líneas discontinuas). **B:** resección de recto medio-superior y colon sigmoides con anastomosis de recto inferior y sigmoides (punta de flecha).

anastomosis del colon proximal con el recto remanente o, si es ultrabaja, con el ano. Lo anterior, excluye la resección anterior ultrabaja interesfinteriana, en la que la resección es a nivel del aparato interesfinteriano.

La más utilizada es la resección anterior baja, acompañada de resección total mesorrectal. Posterior a esto, se procede a la anastomosis término-terminal de los extremos del sigmoides y el recto. En los cambios posquirúrgicos, el espacio presacro suele ensancharse y el recto se desplaza 2 cm hacia anterior[2,3,7] (Figs. 8 a 12).

Resección abdominoperineal o cirugía de Miles

La resección abdominoperineal fue descrita por Miles. Es la técnica de elección en las neoplasias del tercio

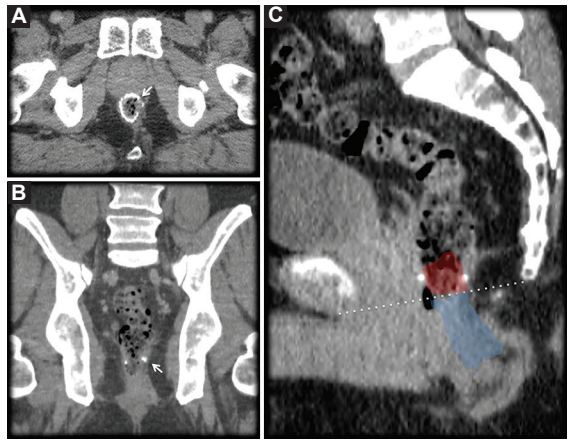


Figura 11. Paciente de sexo masculino, de 60 años. Antecedente de neoplasia de recto alto tratada con radioterapia y quimioterapia neoadyuvante, con respuesta favorable. Técnica de resección anterior baja. TC en fase venosa. **A:** corte axial. **B:** MPR coronal. **C:** MPR sagital. **A y B:** línea de sutura de recto inferior-sigmoides (flecha). **C:** remanente de recto inferior (segmento en rojo) y canal anal (segmento en azul). Línea pubococcígea inferior, que representa el plano de la unión del margen anorrectal (línea discontinua).

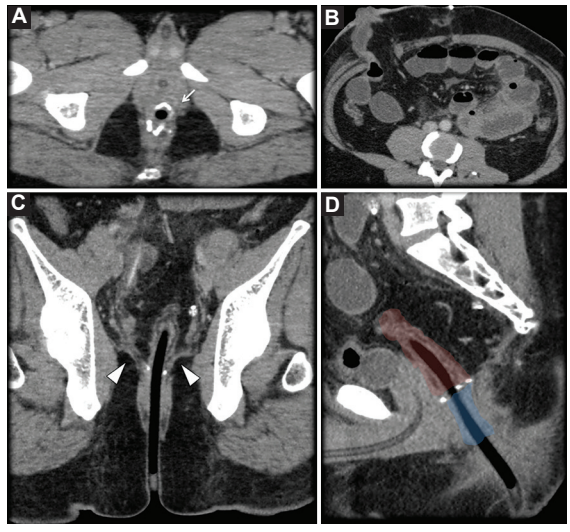


Figura 12. Paciente de sexo masculino, de 68 años. Antecedente de neoplasia rectal medio-alta con ileostomía de protección y sonda rectal Petzel. Técnica de resección anterior de recto ultrabaja. TC en fase venosa. Corte axial en el plano de sutura **A:** MPR coronal. **B:** plano del músculo elevador del ano. **C:** corte axial. **D:** MPR sagital. Canal del ano (segmento en azul). **A:** sutura de anastomosis de colon y mínimo remante de recto inferior (flecha). **B:** músculo elevador del ano (puntas de flecha). **C:** ileostomía de protección en el flanco derecho. **D:** sonda rectal Petzel. Sutura entre el colon sigmoides descendido y mínimo remanente del recto inferior.

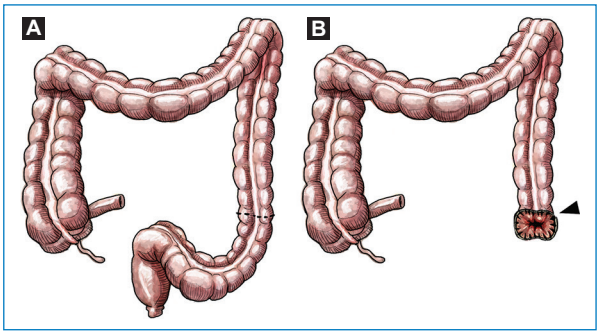


Figura 13. Ilustración de la técnica de resección abdominoperineal o cirugía de Miles. **A:** colon sigmoides, recto completo y ano (espacio entre el ano y la línea discontinua). **B:** resección de colon sigmoides, recto completo y ano, con colostomía abocada en el flanco izquierdo (punta de flecha).

inferior del recto (menos de 8 cm de la línea pectínea) con compromiso esfinteriano y las neoplasias malignas anales. Además, es de utilidad en complicaciones anorrectales de enfermedades inflamatorias intestinales, como la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn[2,3,8].

La técnica consiste en la resección en bloque de una porción del colon sigmoides, el recto completo y el ano, con abordaje por vía abdominal y perineal. La cirugía requiere la creación de una colostomía en cabo terminal permanente, usualmente al lado izquierdo del abdomen a través del músculo recto abdominal, y el cierre primario del periné.

Existe reposicionamiento de órganos pelvianos. La vejiga, las vesículas seminales y el intestino delgado se desplazan hacia posterior, hacia el espacio precoccígeo, al igual que el útero en las mujeres.

En el contexto de los cambios posquirúrgicos suele aparecer una masa de atenuación de partes blandas, que representa fibrosis posquirúrgica o tejido de granulación posquirúrgica[2,3,5,8] (Figs. 13 y 14).

Resecciones no segmentarias colorrectales

Proctocolectomía y anastomosis ileoanal (reservorio en J)

Sus principales indicaciones son el tratamiento definitivo de la colitis ulcerosa, la poliposis adenomatosa familiar, el cáncer de colon múltiple y el síndrome de Lynch[3].

Esta técnica está contraindicada en la enfermedad de Crohn debido a la posibilidad de recurrencia en el *pouch* ileal[3].



Figura 14. Paciente de sexo femenino, de 62 años. Antecedente de neoplasia de recto con compromiso esfinteriano. Técnica de resección abdominoperineal o cirugía de Miles. TC en fase venosa. **A:** MPR sagital. **B:** MPR coronal. **C:** MPR sagital oblicua. **A y B:** resección de recto inferior y canal anal (flecha recta negra). **A:** útero desplazado hacia posterior (asterisco). **C:** colostomía abocada en el flanco izquierdo (flecha).

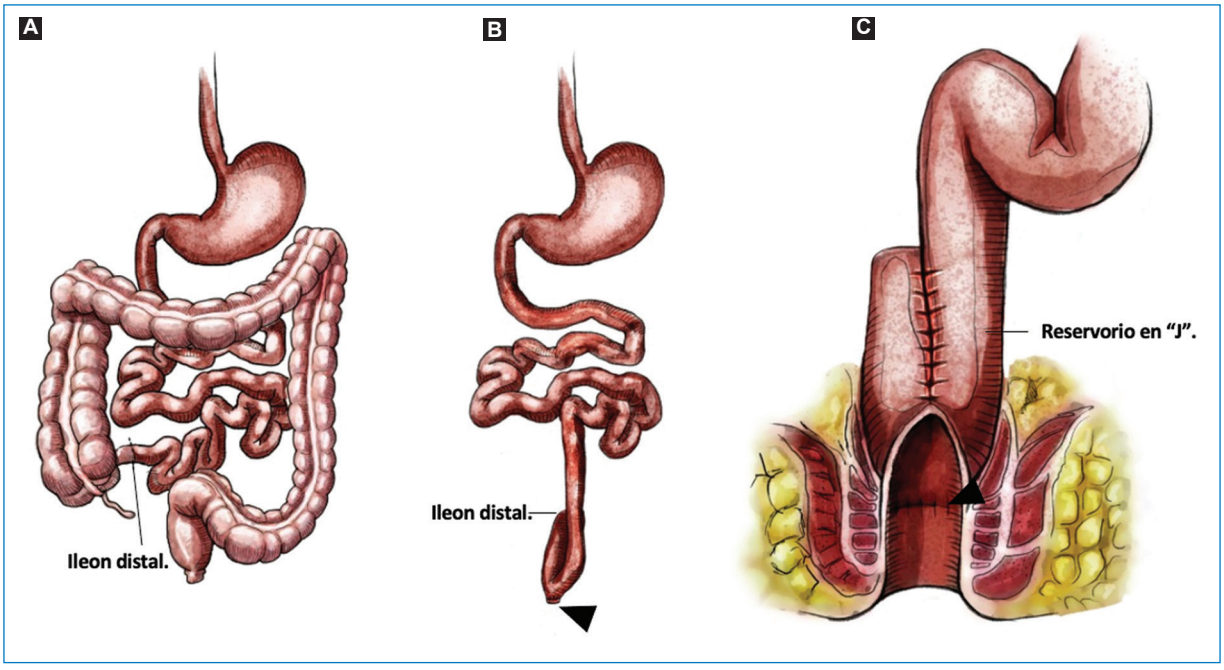


Figura 15. Ilustración de la técnica de proctocolectomía y anastomosis ileoanal (reservorio en J). **A:** íleon distal (línea discontinua). **B y C:** resección completa de colon y recto con anastomosis ileoanal en forma de reservorio en J (punta de flecha).

El procedimiento consiste en la resección completa o total de colon y el recto, con creación de un *pouch* ileal y posterior anastomosis ileoanal con ileostomía protectora. El *pouch* ileal puede ser de cuatro tipos según su

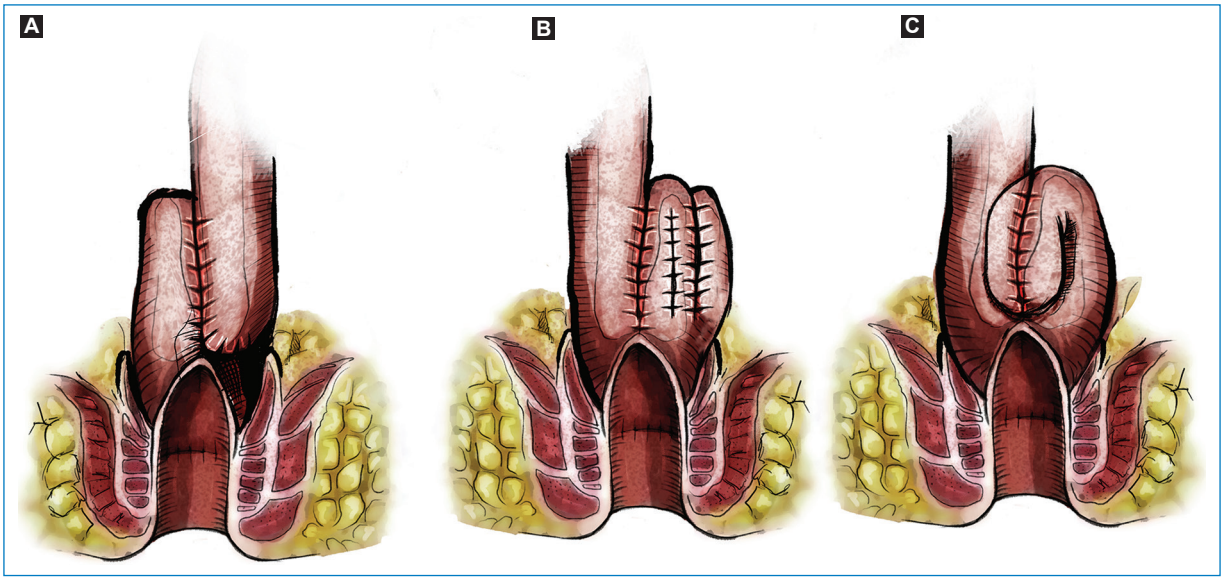


Figura 16. Ilustración de variantes de anastomosis ileoanal. **A:** reservorio ileoanal latero-lateral. **B:** reservorio ileoanal en W. **C:** reservorio ileoanal en S.

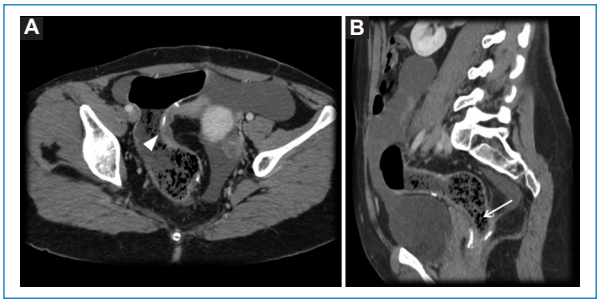


Figura 17. Paciente de sexo femenino, de 52 años. Antecedente de colitis ulcerosa con mala respuesta al tratamiento. Técnica de colectomía total con anastomosis ileoanal tipo reservorio ileal en J. TC en fase venosa. **A:** MPR axial oblicuo. **B:** MPR sagital. **A:** anastomosis enteroentérica para reservorio (punta de flecha). **B:** reservorio ileoanal (flecha). Nótese la ausencia de colon y de recto completo.

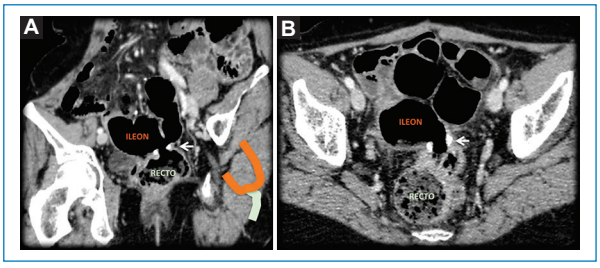


Figura 18. Paciente de sexo femenino, de 63 años. Antecedente de neoplasia de colon operada, con lesiones sincrónicas en colon sigmoides y transverso. Técnica de colectomía total con preservación de recto, con anastomosis ileorrectal término-lateral. TC en fase venosa. **A:** MPR coronal-oblicuo. **B:** corte axial. **A y B:** resección de colon completo con anastomosis ileorrectal término-lateral (flecha).

forma: J, S, W y H. El reservorio en J es el más frecuente debido a la menor complejidad de su técnica.

El reservorio o *pouch* ileal se construye con una anastomosis enteroentérica latero-lateral, la cual debe tener una longitud de 15 cm desde la válvula ileocecal hacia el pubis con el fin de garantizar una capacidad volumétrica adecuada[3,9-13] (Figs. 15 a 18).

Ostomías

Una ostomía es el abocamiento del lumen intestinal a la pared abdominal. De acuerdo con el segmento exteriorizado recibe diferentes nombres; por ejemplo, si es colon se denomina colostomía, y si es íleon se denomina ileostomía. Puede ser temporal o definitiva[14-17].

Las colostomías suelen abocarse en la fosa iliaca izquierda y las ileostomías en la fosa iliaca derecha.

La función principal de la ostomía es la derivación del contenido intestinal, ya sea para la descompresión distal en el caso de una obstrucción, o porque no hay posibilidad de realizar una anastomosis segura del tracto digestivo, o para la protección de una anastomosis digestiva distal. También puede usarse para proteger un segmento intestinal afectado por una

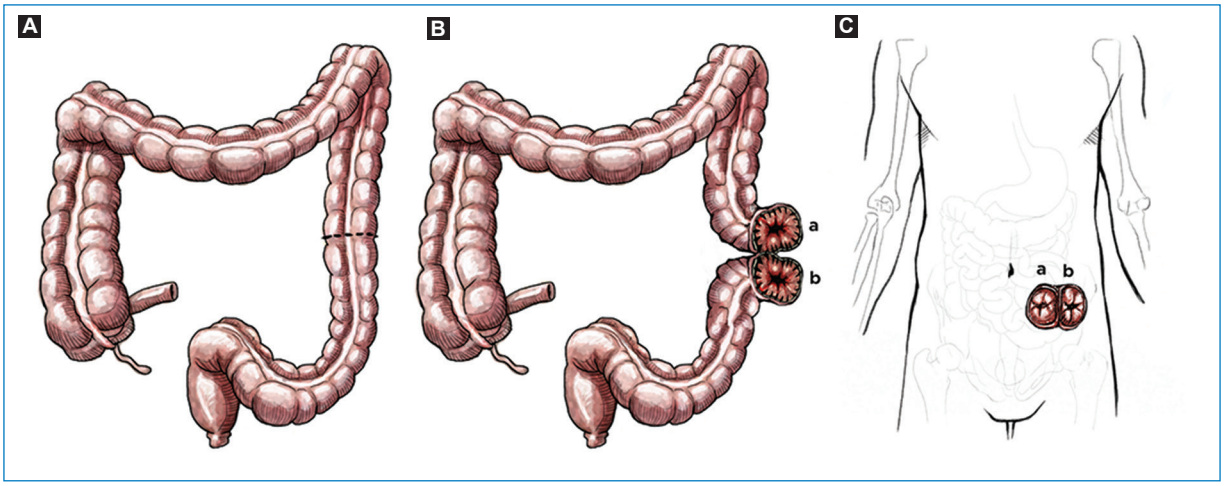


Figura 19. Ilustración de la técnica de colostomía en escopeta o doble estoma abocado en la fosa iliaca izquierda. **A:** tercio medio del colon descendente (línea discontinua). **B y C:** estoma para descarga de heces correspondiente al asa proximal (a) y estoma de asa distal para fístula mucosa (b).

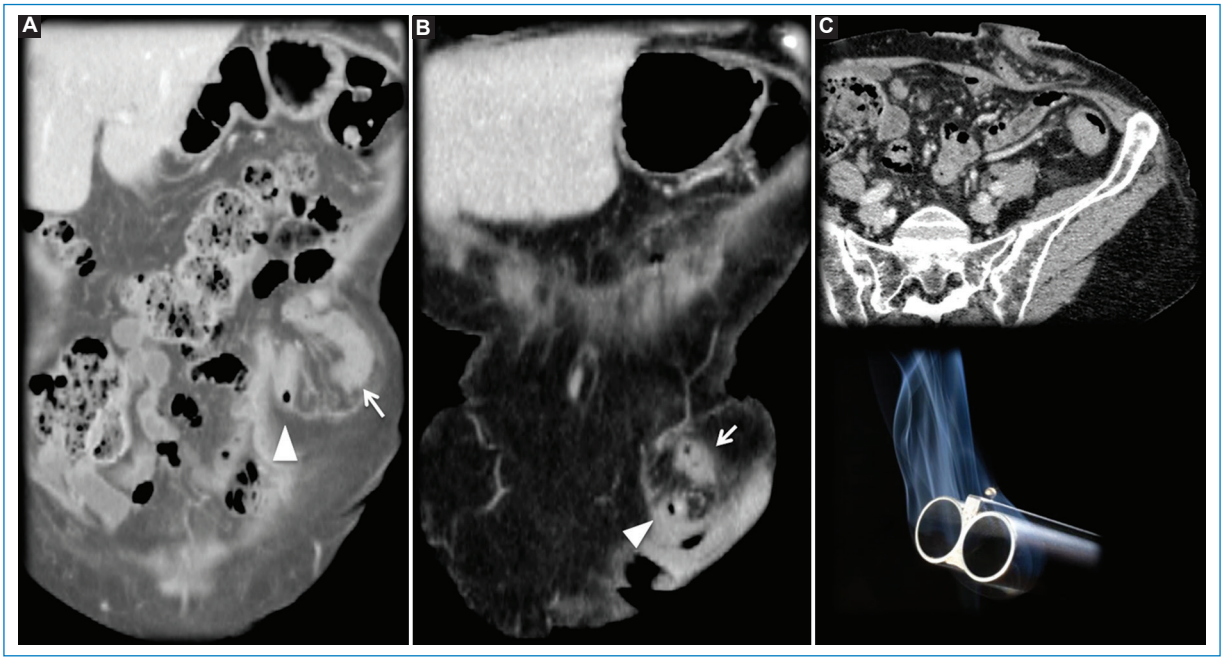


Figura 20. Paciente de sexo masculino, de 70 años. Antecedente de neoplasia de colon en etapa IV, en tratamiento con quimioterapia paliativa. Técnica de colostomía en escopeta o doble cañón abocada en la fosa iliaca izquierda definitiva. TC en fase venosa. **A y B:** MPR coronal. **C:** corte axial. **A y B:** asa proximal correspondiente a un estoma para descarga de heces (flecha) y estoma de asa distal para fístula mucosa (punta de flecha). **C:** colostomía de doble cañón abocada en la fosa iliaca izquierda.

enfermedad, o por resección o falla del aparato esfinteriano anal[14-17].

Habitualmente se crean en emergencias quirúrgicas y en cirugías electivas. Se realizan en patología coloproctológica tanto benigna como maligna; por ejemplo, en la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad diverticular del colon, la perforación intestinal, la colitis isquémica, la colitis por radiación, la incontinencia fecal, la sepsis perianal, las fístulas rectovaginales y el carcinoma colorrectal[14].

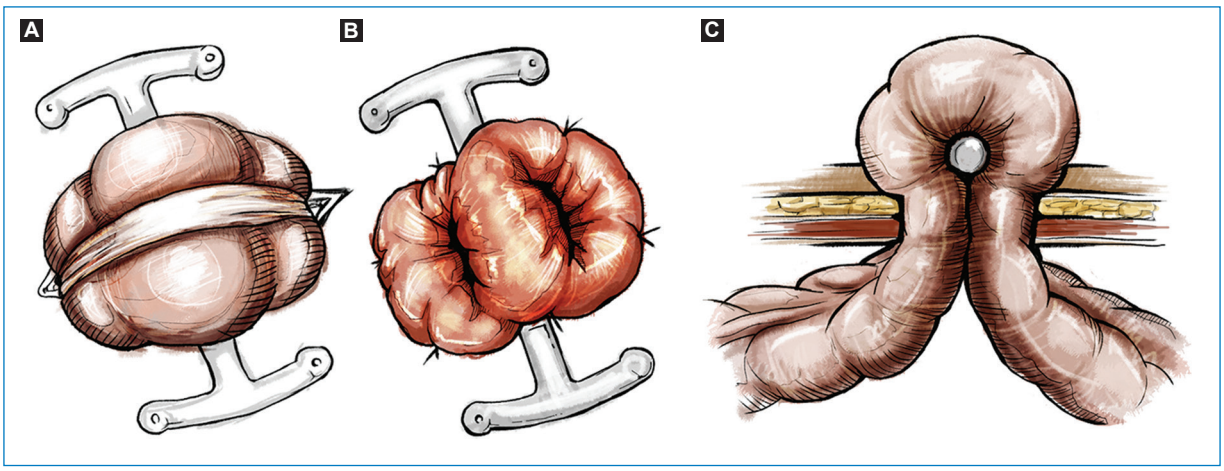


Figura 21. Ilustración de la técnica de colostomía en asa. **A y C:** exteriorización de asas de colon y colocación de varilla en ventana avascular mesocólica. **B:** abertura de colostomía longitudinal o transversal. La varilla se retira a los 7-10 días de posoperatorio.

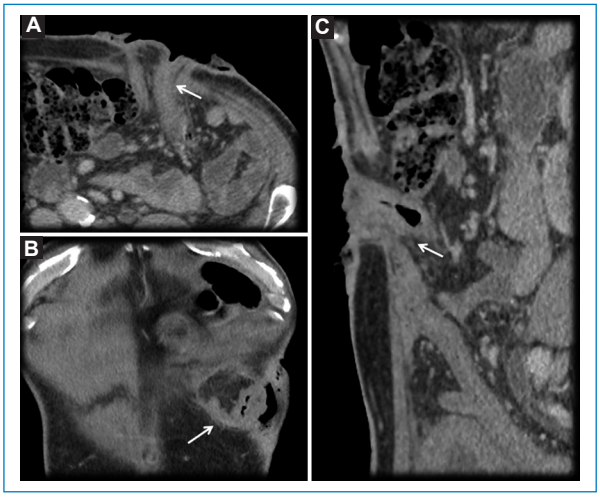


Figura 22. Paciente de sexo masculino, de 59 años. Antecedente de neoplasia avanzada de recto. Técnica de colostomía en asa. TC en fase venosa. **A:** corte axial. **B:** MPR coronal. **C:** MPR sagital. **A, B y C:** colostomía en asa abocada en el flanco izquierdo (flechas).

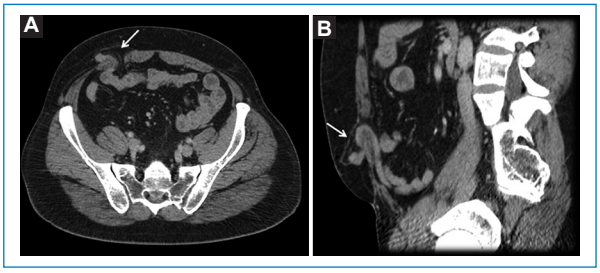


Figura 23. Paciente de sexo femenino, de 50 años. Antecedente de proctocolectomía. TC en fase venosa. **A:** corte axial. **B:** MPR sagital. **A y B:** ileostomía abocada en la fosa iliaca derecha.

Colostomías

Colostomía en un cabo terminal u operación tipo Hartmann

Se ha descrita en el apartado «Resección segmentaria de colon (colectomía)".

Colostomía en doble cabo

Esta técnica tiene dos ostomías: una que es la colostomía terminal (por donde sale el contenido intestinal) y otra que es una fístula mucosa (no tiene salida de contenido intestinal y tiene como función descomprimir el segmento distal a ella).

En este tipo de colostomía hay una discontinuidad del tubo digestivo y la pared intestinal de ambas ostomías está separada, a diferencia de una colostomía en asa, en la que no se secciona la pared intestinal. Estos dos cabos pueden quedar exteriorizados a la pared abdominal juntos en una misma incisión (en cañón de escopeta) o quedar separados en distintas localizaciones (Fig. 19).

La técnica consiste en la extracción de un asa de colon y su mesenterio a la superficie de la pared abdominal a través del músculo recto abdominal. Se crean un asa aferente (proximal) y un asa eferente (distal), que se exteriorizan en un sitio de la pared abdominal, normalmente en la fosa iliaca izquierda[2,14-17] (Figs. 19 y 20).

Colostomía en asa

En este tipo de colostomía se mantiene la continuidad del tubo digestivo. La pared intestinal de ambas ostomías se mantiene unida por su pared posterior[2,14-17] (Figs. 21 y 22).

Ileostomía en asa

Es la exteriorización de un segmento de íleon a través de la pared abdominal, frecuentemente avocado en la fosa iliaca derecha. Al igual que la colostomía, puede realizarse de manera terminal o en asa[2,14].

La mayoría están indicadas en proctocolectomía en la enfermedad inflamatoria intestinal crónica o en la poliposis familiar[2,14].

Se extrae un asa de íleon a la superficie de la pared abdominal a través del músculo recto abdominal. Se crean un asa aferente (proximal) y un asa eferente (distal), que se exteriorizan en un solo sitio en la pared abdominal[2,14]. El extremo distal atraviesa las fascias de la pared abdominal anterior y protruye entre 1 y 1,5 cm en la superficie cutánea. En el periodo posquirúrgico precoz es esperable reconocer un engrosamiento mural difuso de la ileostomía secundario al edema submucoso y pequeñas burbujas de gas (Fig. 23).

Conclusiones

Dado el creciente aumento de la patología neoplásica, así como de la patología inflamatoria del colon y del intestino delgado, se ha incrementado el número de procedimientos quirúrgicos y en consecuencia el de sus complicaciones no deseadas.

La TC es la modalidad de elección en el seguimiento de los pacientes posquirúrgicos, sobre todo en el posoperatorio temprano para la detección de complicaciones agudas y en el tardío para el control de la recidiva tumoral. Por lo anterior, es de suma importancia estar familiarizados con los hallazgos posquirúrgicos habituales o esperables en la TC para realizar un diagnóstico certero.

Financiamiento

No existen fuentes de financiamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Venara A, Barbieux J, Lermite E. Oclusión cólica por cáncer. EMC - Técnicas Qirúrgicas del Aparato Digestivo. 2018;34:1-8.
2. Crovari F, Manzor M. Manual de patología quirúrgica. Santiago, Chile: Ediciones UC; 2014.
3. Weinstein S, Osei-Bonsu S, Aslam R, Yee J. Multidetector CT of the postoperative colon: review of normal appearances and common complications. Radiographics. 2013;33:515-32.
4. Cherukuri R, Levine M, Maki D, Rubesin S, Laufer I, Rosato E. Hartmann's pouch: radiographic evaluation of postoperative findings. AJR Am J Roentgenol. 1998;171:1577-82.
5. Zissin R, Gayer G. Postoperative anatomic and pathologic findings at CT following colonic resection. Semin Ultrasound CT MR. 2004;25:222-38.
6. Lasser P. Generalidades de la extirpación quirúrgica de los cánceres de colon. Problemas técnicos generales y estrategia terapéutica. EMC - Técnicas Quirúrgicas del Aparato Digestivo. 2006;22:1-13.
7. Carrillo K, Abedrapo M, Azolas R. Técnicas quirúrgicas para preservación de esfínter en cáncer de recto bajo: revisión histórica y estado actual. Rev Chil Cir. 2018;70:178-84.
8. Bannura G. ELAPE: rol actual en el tratamiento del cáncer de recto bajo. Rev Chil Cir. 2020;72:144-9.
9. Zárate A, Zúñiga A, Pinedo G, López F, Molina M, Viviani P. Reservorio ileal con anastomosis reservorio anal por colitis ulcerosa: complicaciones y resultados funcionales a largo plazo. Rev Med Chile. 2008;136:467-74.
10. Pemberton J, Kelly K, Beart R, Dozois R, Wolff B, Iltrup M. Heal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis: long-term results. Ann Surg. 1987;206:504-13.
11. Michelassi F, Hurst R. Restorative proctocolectomy with J-pouch ileoanal anastomosis. Arch Surg. 2000;135:347-53.
12. Couchard A, Panis Y, Alves A, Mariani P, Valleur P. Técnicas de anastomosis ileoanales con reservorio. EMC - Técnicas Quirúrgicas del Aparato Digestivo. 2005;21:1-13.
13. Beyer-Berjot L, Berdah S. Tratamiento quirúrgico de las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas: rectocolitis ulcerohemorrágica. EMC - Técnicas Quirúrgicas del Aparato Digestivo. 2015;31:1-21.
14. Thibaudeau E, Brachet D, Vénara A, Arnaud J-P. Colostomías. EMC - Técnicas Quirúrgicas del Aparato Digestivo. 2012;28:1-13.
15. Martin ST, Vogel J. Intestinal stomas: indications, management, and complications. Adv Surg. 2012;46:19-49.
16. Terrone D, Lepanto L, Billiard J, Olivié D, Murphy-Lavallée J, Vanderbroucke F, et al. A primer to common major gastrointestinal post-surgical anatomy on CT — a pictorial review. Insights Imaging. 2011;2:631-8.
17. Tonolini M. A closer look at the stoma: multimodal imaging of patients with ileostomies and colostomies. Insights Imaging. 2019;10:41.