

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## Cirugía en la enfermedad inflamatoria intestinal

Dr. Alvaro Zúñiga Díaz  
Profesor Auxiliar Cirugía  
Departamento de Cirugía Digestiva

### COLITIS ULCEROSA

Antes de la introducción de los corticoides en el tratamiento de la colitis ulcerosa, las crisis moderadas y graves tenían una letalidad elevada, que variaba entre 10% y 40%. Después de iniciado su empleo, en la década de los '50, el pronóstico de la crisis moderada mejoró notablemente. Sin embargo, las crisis graves siguieron presentando una elevada letalidad (10% a 26%). Estos resultados estimularon el desarrollo de nuevos esquemas de tratamiento médico y la introducción de la indicación quirúrgica precoz, con lo que la letalidad de la crisis grave ha disminuido a cifras entre 0% a 4%. En nuestra serie de aproximadamente 300 pacientes y con más de 50 operados, esta cifra es de 4%. Este importante descenso en la letalidad, atribuido en gran parte a la colectomía precoz, ha llevado a algunos autores a abandonar el uso de corticoides en la crisis grave e indicar el tratamiento quirúrgico precozmente. Sin embargo, el tratamiento médico intensivo puede lograr remisiones prolongadas, y la indicación quirúrgica muy precoz puede llevar a practicar algunas colectomías innecesarias.

Por lo anteriormente expuesto, es importante tratar de precisar la duración de un tratamiento médico luego del cual, en caso de fracaso, debe indicarse el tratamiento quirúrgico. La experiencia acumulada en el manejo de la crisis grave con tratamiento médico intensivo ha demostrado que en aproximadamente un 60% de los pacientes se obtiene una remisión de la crisis dentro de los primeros cinco días. Un 15% adicional lo hace entre el quinto y décimo día, con una media de 7,5 días. La prolongación del tratamiento por más de diez días no aumenta el número de remisiones. Por lo tanto, pareciera ser que el plazo óptimo para evaluar los resultados del tratamiento médico está entre los cinco y diez días. Basados en estos hechos, nosotros nos hemos fijado un período de una semana.

Aproximadamente el 20% de los pacientes con colitis ulcerosa necesitan de tratamiento quirúrgico. Prácticamente todos ellos tienen una colitis extensa, ya que la enfermedad alcanza a comprometer los segmentos del colon proximales al ángulo esplénico. Es muy raro tener que intervenir quirúrgicamente a pacientes con compromiso exclusivo del recto y sigmoides, pues éstos habitualmente pueden ser manejados con éxito con medidas médicas.

Los pacientes que tienen indicación quirúrgica por colitis ulcerosa forman tres grupos bastante bien definidos:

**Indicación quirúrgica de emergencia.** Incluye a los pacientes que, a raíz de una crisis grave de la enfermedad, se complican de megacolon tóxico, perforación o hemorragia masiva. En este grupo la operación debe practicarse pocas horas después de hecho el diagnóstico de la complicación. El megacolon tóxico tiene una letalidad de alrededor de un 10%, pero si debido a una demora en la indicación operatoria el paciente se perfora, ella sube a cifras cercanas al 30%. La perforación habitualmente ocurre en el colon sobre el nivel del promontorio, esto es, sobre los 15 cm desde los márgenes del ano.

**Indicaciones quirúrgicas de urgencia.** Este grupo, el más numeroso, comprende a aquellos pacientes que sufren una crisis grave de la enfermedad y que, a pesar de recibir tratamiento médico intensivo, no logran controlar sus síntomas y signos al cabo de siete días de iniciado el tratamiento. Estos pacientes deben ser intervenidos quirúrgicamente, porque prolongar el tratamiento médico por más de siete días significa aumentar la letalidad y morbilidad postoperatorias. También es necesario intervenir a aquellos pacientes que durante el curso de su tratamiento médico intensivo sufren un agravamiento antes de haber completado el plazo de siete días. Además, se incluye en este grupo a los enfermos que, habiendo respondido inicialmente al tratamiento médico, presentan una recidiva de sus síntomas al suspenderlo, en especial con diarrea, pujo y deposiciones disintéricas.

**Indicación quirúrgica electiva.** Comprende a aquellos pacientes en quienes el curso crónico de la colitis ulcerosa determina la presencia de anemia persistente, diarrea invalidante, complicaciones del tratamiento esteroideal prolongado, detención del desarrollo en niños y adolescentes, rigidez de las paredes del recto e incontinencia, complicaciones extraintestinales, displasia de la mucosa rectal o desarrollo de un cáncer de colon o recto. En la indicación operatoria de este grupo habitualmente inciden dos o más de las condiciones mencionadas.

### Tratamiento quirúrgico

Una vez decidido el tratamiento quirúrgico en los pacientes que presentan una urgencia o emergencia, las alternativas de tratamiento quirúrgico son:

– La proctocolectomía (extirpación de todo el colon y recto) e ileostomía;

– La colectomía subtotal (extirpación de todo el colon conservando el recto (hasta 15 cm desde los márgenes del ano), con ileostomía y fístula mucosa (o cierre del muñón rectal).

La proctocolectomía e ileostomía es un procedimiento atractivo, porque significa la curación definitiva de la enfermedad. Sin embargo, implica dejar al paciente con una ileostomía definitiva, y constituye una agresión quirúrgica considerable en pacientes habitualmente en grave estado, por lo que se acompaña de una mayor morbilidad y letalidad que la colectomía subtotal.

Algunos autores han demostrado una clara superioridad de la colectomía subtotal sobre la proctocolectomía en pacientes con megacolon tóxico, con letalidades de 6% y 14%, respectivamente. No hay estudios controlados que corroboren esta superioridad en pacientes con crisis grave que no han respondido al tratamiento médico. En la experiencia de algunos autores, la colectomía subtotal tendría mayor letalidad que la proctocolectomía en estos pacientes, pero este hallazgo puede reflejar la tendencia a tratar a los pacientes más graves con una colectomía subtotal.

En nuestra serie, el 35% de los pacientes sometidos a una colectomía subtotal tuvieron complicaciones, y dos (5%) fallecieron, en tanto que no hubo letalidad en la proctocolectomía de urgencia. A pesar de estos hechos, creemos que la colectomía subtotal sigue siendo la operación de elección, por varias razones. En nuestra experiencia, el recto remanente no ha sido origen de complicaciones que requieran de una intervención en el postoperatorio inmediato. Además, debe tenerse presente que con alguna frecuencia se indica el tratamiento quirúrgico en una colitis grave, con o sin megacolon tóxico, sin conocer en forma precisa su etiología, y pudiera suceder que una vez tratada la causa de la enfermedad, el recto quede en condiciones aceptables como para practicar una anastomosis ileorrectal. Incluso con el diagnóstico preciso de colitis ulcerosa, es útil conservar el recto, porque no se conoce ni se puede inferir con certeza la evolución de la enfermedad en el muñón rectal. Si el recto se mantiene distensible y con actividad inflamatoria moderada o mínima, puede considerarse la posibilidad de una anastomosis ileorrectal para restablecer la continuidad del tubo digestivo. Esta última operación se lleva a cabo habitualmente seis meses después de la colectomía, para permitir que el paciente normalice parámetros nutricionales y metabólicos.

Los pacientes que son sometidos a una anastomosis ileorrectal quedan con una función intestinal satisfactoria, con una frecuencia de tres o cuatro evacuaciones en las 24 horas y sin alteraciones de la continencia. La anastomosis ileorrectal es una operación de baja letalidad que con escasa frecuencia da origen a dos complicaciones en la evolución alejada:

- Reactivación de la enfermedad en el muñón rectal, que puede hacer necesaria la extirpación del recto o al menos desfuncionalizarlo por medio de una ileostomía. En nuestra experiencia, y en la de otros autores, esto ocurre en menos del 5% de los casos.

- Desarrollo de un cáncer en el muñón rectal. Esta complicación ocurre en alrededor de un 5% de los pacientes que son seguidos por más de 15 años, por lo que no invalida la anastomosis ileorrectal como alternativa quirúrgica. No obstante, por esta razón estos enfermos deben controlarse anualmente con una rectoscopia para tomar biopsias de la mucosa rectal y detectar precozmente la aparición de displasia, que habitualmente antecede al cáncer.

Por otra parte, si el muñón rectal que se ha conservado luego de una colectomía subtotal desarrolla algún grado de rigidez y disminuye marcadamente su distensibilidad, a pesar de mantener intacto el aparato esfinteriano, no es apto para una anastomosis ileorrectal, ya que el recto carece de su capacidad de reservorio distensible, lo que determina un aumento intolerable al número de evacuaciones diarias.

Durante los últimos 10 años se ha desarrollado una nueva alternativa quirúrgica, hoy plenamente aceptada, que permite la curación definitiva de la enfermedad sin una ileostomía permanente y conservando la continencia anorrectal. Consiste en practicar una colectomía (si no ha sido hecha previamente) y una resección de los dos tercios superiores del recto, conservando el tercio distal (6 cm). A este segmento se le extirpa, por vía endoanal, la mucosa desde la línea pectínea hasta el borde de sección. En seguida se constituye un neorrecto usando los últimos 30 cm del ileon, que se pliega sobre sí mismo en un asa de 15 cm en cada una de sus ramas. Se practica entre ellas una anastomosis laterolateral, formando así un reservorio que toma la forma de una "J" que se une como una anastomosis ileoanal, o reservorio anal, a la línea pectínea (Figuras 1 y 2). Las suturas que se emplean en la construcción del reservorio anal son protegidas por una ileostomía en asa, que se cierra ocho a diez semanas después, una vez que se ha comprobado la

indemnidad de las suturas. Esta intervención, proctectomía de los dos tercios superiores del recto, reservorio ileal y anastomosis ileoanal, tiene baja letalidad, aunque está expuesta a complicaciones postoperatorias en alrededor del 25% de los pacientes. Sus resultados funcionales son satisfactorios, quedando los pacientes con una frecuencia de evacuaciones entre cuatro y seis veces diarias y con algunos defectos menores de la continencia. Su mayor ventaja es que se logra la curación de la enfermedad, al eliminar toda la mucosa rectal y colónica, conservando la continencia.

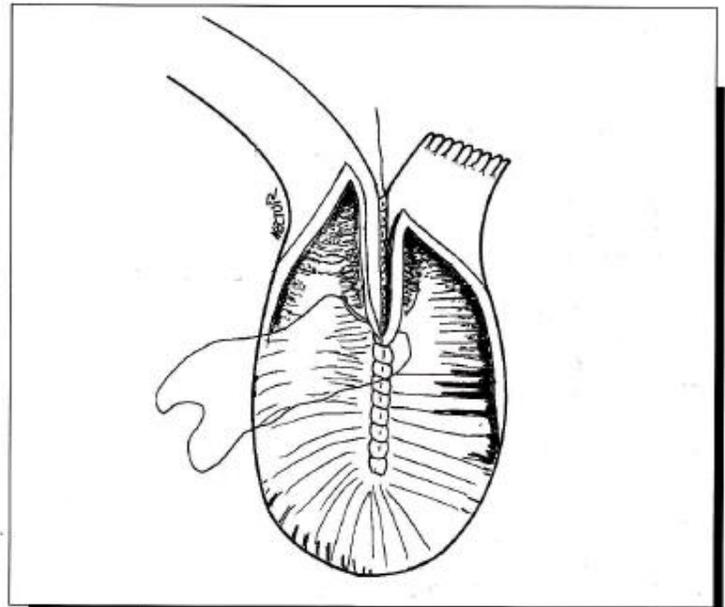


Figura 1. Construcción del reservorio en "J" con el asa de íleon terminal formada por ramas de 15 cm cada una (referencia 6).

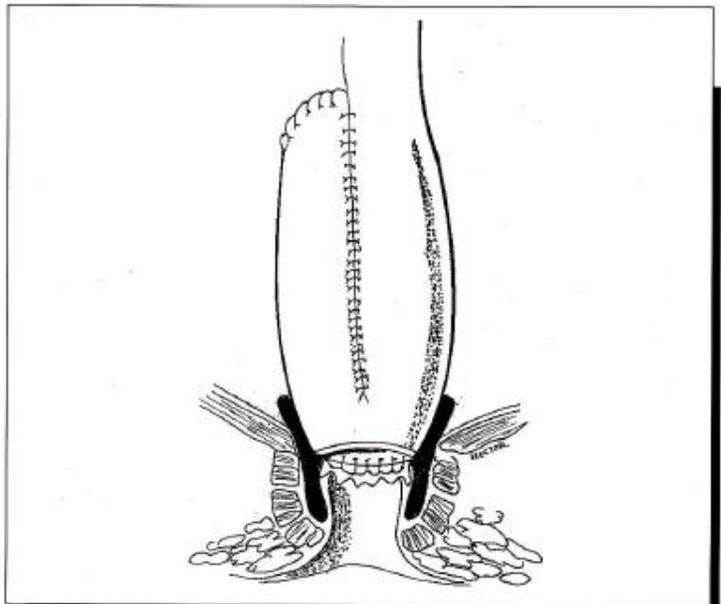


Figura 2. Anastomosis del reservorio en "J" a la línea pectínea, luego de practicar la mucosectomía del segmento rectal remanente (referencia 6).

En los pacientes que son intervenidos electivamente, la selección de la alternativa quirúrgica depende del estado general y nutricional del paciente. En enfermos con compromiso del estado nutricional y tratamiento esteroide prolongado, es preferible practicar una colectomía total, ileostomía y cierre del muñón rectal. Al cabo de seis meses se pueden reevaluar sus condiciones para decidir si se efectúa una anastomosis ileorrectal o un reservorio ileal y anastomosis ileoanal.

Los pacientes que se encuentran en buenas condiciones pueden ser sometidos a la colectomía total y anastomosis ileorrectal en el mismo acto quirúrgico, o a una colectomía total y proctectomía de los dos tercios superiores del recto y reservorio ileal, también en un solo tiempo. En la elección de la operación se deben tomar en cuenta factores como la edad, distensibilidad de la pared rectal, presencia o ausencia de displasia y posibilidad de seguimiento endoscópico anual, en los pacientes aptos para una anastomosis ileorrectal.

En consecuencia, en la actualidad la proctocolectomía e ileostomía definitiva en el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa están restringidas a los enfermos que han desarrollado un cáncer del recto y a aquellos que por alguna razón tienen un compromiso de la continencia, en los cuales está obviamente contraindicada la anastomosis ileorrectal y el reservorio ileal con anastomosis ileoanal.

#### ENFERMEDAD DE CROHN

La Enfermedad de Crohn es característicamente recurrente. Por lo tanto, el tratamiento quirúrgico no es curativo, sino que es un elemento terapéutico más que permite el control de los síntomas de la enfermedad. Las resecciones quirúrgicas que se practican, especialmente en el intestino delgado, son por esta razón conservadoras o restringidas a las zonas francamente alteradas, de las cuales derivan los síntomas. Se evita reseccionar el intestino innecesariamente cuando la recurrencia es una amenaza que puede forzar a nuevas resecciones, que a su vez pueden conducir finalmente a una mala absorción por extensa resección ileal o intestino corto. Además, la experiencia acumulada ha demostrado que la mayor extensión de las resecciones no disminuye la frecuencia de recurrencias.

Cuando la enfermedad se localiza en el intestino delgado y región ileocecal, las indicaciones quirúrgicas son:

– Obstrucción intestinal, que habitualmente es incompleta. El manejo médico no permite al paciente liberarse de los síntomas ni tener una vida normal en términos de actividad física y dieta.

Con frecuencia la restricción en la alimentación lleva a un compromiso nutricional secundario, lo que generalmente indica que hay un segmento del intestino en fase de estenosis rígida y fibrosa, que no puede ser modificada por el tratamiento médico.

– Persistencia de la actividad de la enfermedad. En algunos pacientes con tratamiento médico persisten manifestaciones como la pérdida de peso, anemia, compromiso del estado nutricional y efectos del tratamiento esteroide prolongado. Con frecuencia presentan una masa palpable, habitualmente en fosa iliaca derecha, y en el estudio radiológico pueden demostrarse abscesos o fístulas entre las asas intestinales.

– Presencia de fístulas a la pared abdominal (enterocutáneas) o del intestino a otras vísceras huecas, como vejiga. Estas constituyen una indicación operatoria indiscutible, porque no curan espontáneamente y exponen al paciente a una sepsis secundaria. Aunque las fístulas enteroentéricas son más frecuentes, su sola presencia no constituye necesariamente una indicación operatoria si el paciente se mantiene en buenas condiciones.

La obstrucción intestinal completa, la hemorragia digestiva y la perforación intestinal son muy poco frecuentes como indicación operatoria.

La intervención quirúrgica de elección en los pacientes con Enfermedad de Crohn del intestino delgado o con compromiso ileocecal, es la resección segmentaria, con anastomosis primaria para restablecer la continuidad del tubo digestivo en el mismo acto quirúrgico. En la laparotomía pueden encontrarse otras lesiones en el intestino delgado, además de la lesión índice que produce los síntomas, que no deben ser reseccionadas si no son obstructivas, para no extender así la resección del intestino delgado por las razones mencionadas previamente.

Otra alternativa, actualmente de muy poco uso, es practicar la exclusión (*bypass*) del segmento comprometido, que queda *in situ*. Aunque esta operación logra el control de los síntomas en la mayoría de los pacientes, deja un segmento intestinal enfermo difícil de controlar radiológicamente y endoscópicamente, y en el cual puede desarrollarse un adenocarcinoma en la evolución alejada o ser causa de un síndrome de asa ciega.

Cuando la enfermedad compromete el colon, con excepción del compromiso ileocecal, las indicaciones operatorias son en todo similares a las de la colitis ulcerosa. Si el compromiso es sólo del colon y respeta el recto, puede practicarse una colectomía total y anastomosis ileorrectal, aunque se reconoce que la posibilidad de recurrencia de la enfermedad a nivel de la anastomosis es de alrededor del 40% a los cinco años. Cuando existe enfermedad del colon y recto, la única alternativa es la proctocolectomía con ileostomía definitiva. Está contraindicado en estos pacientes practicar una reservorio ileal y anastomosis ileoanal, porque se ha demostrado que la mayoría de estos pacientes desarrollan en un plazo de uno o dos años una recurrencia de la enfermedad en el reservorio, lo que obliga a su resección.

En relación a las lesiones perianales que se observan en alrededor del 20% de los pacientes con Enfermedad de Crohn, la actitud también debe ser conservadora y remitirse a lograr un buen drenaje de las colecciones supuradas, evitando el tratamiento agresivo de fístulas y fisuras (fistulotomía y esfinterotomías), porque terminan por comprometer la integridad y función esfinterianas.

#### REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Allan RN, Keighley MRB, Alexander-Williams J, Hawkins E. Inflammatory bowel diseases. Second ed. Churchill Livingstone, London, 1990.
2. Goligher J: Surgery of the anus rectum and colon. 5 ed. Bailliere Tindall, London, 1984.
3. Zúñiga A, Quintana C et al. Colitis ulcerosa: Indicaciones y resultados del tratamiento quirúrgico. Rev Méd Chile, 1987; 115:1155-1160.
4. Zúñiga A, Quintana C et al. Curso y pronóstico de la colitis ulcerosa extensa. Rev Med Chile, 1982; 110:871-876.
5. Grau A, Zúñiga A, Quintana C. Indicaciones y resultados del tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Crohn. Rev Med Chile, en prensa.
6. Zúñiga A, Pimentel F, Rahmer A, López F y Donoso M. Proctocolectomía reservorio ileal y anastomosis ileoanal. Indicaciones, aspectos técnicos y resultados. Rev Chilena de Cirugía, 1992; 44: 278-283.