

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Resultados de la cirugía en la colitis ulcerosa idiopática

Drs. CHRISTIAN JENSEN B, HECTOR CHIONG L, ROGELIO GARRIDO C, ALDO CÚNEO Z,
GUNTHER BOCIC A, MAURICIO CÁCERES P, PAULO RÍOS M,
Srta. CAROLINA RAMÍREZ U, Sr. JUAN RETAMAL C

Departamento de Cirugía, Unidad de Coloproctología, Hospital Clínico Universidad de Chile

RESUMEN

Se presenta la experiencia acumulada en la Unidad de Coloproctología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa idiopática en nuestro medio, en el período comprendido entre 1987 y 2002. El universo comprende a 42 pacientes, 23 mujeres y 19 hombres cuyos datos fueron ingresados a una base de Epilinfo. En promedio se operaron 5 pacientes por año. Se analiza la indicación de cirugía y la técnica empleada considerando que es la proctocolectomía con reservorio ileal protegido con una ileostomía en asa el "gold standard" en el tratamiento quirúrgico de esta patología. La cirugía por etapas en dos o en tres etapas dependiendo de la indicación. En cuanto a las complicaciones destacan las derivadas del reservorio lo que significó la pérdida definitiva del reservorio en el 9,4%, cifra que está de acuerdo con lo reportado en la literatura. La mortalidad global de esta serie fue de 2,3%. Esta es una cirugía de alta complejidad, que se efectúa en nuestro medio en pacientes habitualmente de emergencia o de urgencia, lo que explica la presencia de morbimortalidad, considerando además que al ser en etapas en cada una de ellas pueden presentarse complicaciones.

PALABRAS CLAVES: **Colitis ulcerosa idiopática, proctocolectomía, reservorio anal, ileostomía**

SUMMARY

The experience at the coloproctology unit of the Universidad de Chile clinical hospital with the surgical treatment for idiopathic ulcerative colitis is presented. Between 1987 and 2002, 42 patients, 23 females and 19 males, were entered into the Epilinfo database. On average, five patients were operated on every year. The surgical procedure used was compared to the proctocolectomy with ileal reservoir protected by a loop ileostomy as the gold standard. Surgery was either in two or three stages according to the clinical indication. Most of the complications derived from a total loss of the reservoir (9.4%), a rate similar to the one found in the literature. Global mortality of the series was 2.3%. This is a complex surgical procedure, usually performed as an emergency, which may explain the morbimortality. An associated factor is that the procedure is done in several stages, all of which may add complications.

KEY WORDS: **Idiopathic ulcerative colitis, proctocolectomy, anal reservoir, ileostomy**

INTRODUCCIÓN

El tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa idiopática sufrió un cambio radical a partir de la

descripción de la operación de Parks, o proctocolectomía restaurativa en 1978.¹ Dos años más tarde, Utsunomiya describe el reservorio ileal en jota.² Finalmente Knight y Griffen también en 1980, des-

criben la técnica de doble engrapado para las anastomosis colorrectales muy bajas.³

En nuestro país estas técnicas fueron introducidas a partir del año 1996 por Zúñiga y colaboradores.⁴ Personalmente comunicamos nuestros primeros casos operados en el año 1995.⁵ Nuestro objetivo actual es presentar la experiencia total acumulada entre los años 1987 y julio 2002, describiendo los resultados de esta cirugía en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde 1987 y hasta el mes de julio del año 2002, han sido operados por el autor y miembros de la Unidad de Coloproctología del Hospital Clínico de La Universidad de Chile, 42 pacientes consecutivos por colitis ulcerosa idiopática diagnosticada como tal en el período preoperatorio. Se llegó al diagnóstico mediante los hallazgos endoscópicos, radiológicos y el estudio de las biopsias obtenidas de la mucosa del intestino grueso. Cuando existieron dudas, las biopsias fueron repetidas hasta obtener un pronunciamiento diagnóstico de Anatomía Patológica.

Del universo de pacientes operados, 23 son de sexo femenino y 19 de sexo masculino (Figura 1).

La gravedad de la crisis de colitis fue evaluada usando los criterios de Truelove y Witts.⁶

Los datos de estos pacientes ingresaron a una base computacional desarrollada con el programa de Epi Info (Epi 6).

Los pacientes intervenidos se han mantenido en controles regulares con miembros de la Unidad de Coloproctología, concurriendo al Centro de Diagnóstico o siendo contactados vía telefónica o en consulta privada.

RESULTADOS

La distribución por edad de estos pacientes muestra que se distribuyeron desde la segunda y hasta la octava década de la vida. Hubo dos pacientes operados mayores de 70 años. Las mayores frecuencias se encuentran en las décadas tercera y sexta, adoptando una curva bimodal (Figura 2).

Los 42 casos operados se presentaron con una incidencia anual variable, pero en ascenso. En los últimos 3 años se han operado en promedio 5 pacientes por año (Figura 3).

La indicación de cirugía en estos 42 pacientes fue principalmente por crisis grave que no respondió al tratamiento médico en un plazo variable, siempre mayor a 72 horas, y que en algunos pa-

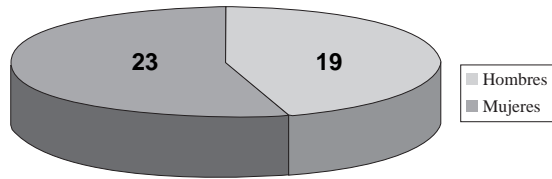


Figura 1. Distribución por sexos (n= 42).

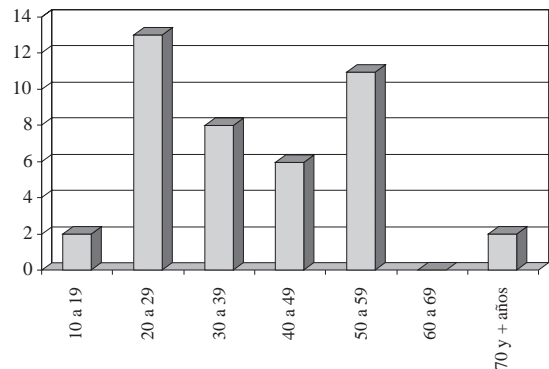


Figura 2. Distribución por edad (n= 42).

cientes se extendió hasta por 21 días. Hubo, además, tres pacientes con megacolon tóxico, uno de los cuales fue trasladado desde otro centro a nuestra unidad después del tratamiento quirúrgico inicial. En las indicaciones electivas hay dos casos de estenosis, dos colitis crónica activa y un paciente con coexistencia de un cáncer del colon ascendente. Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,0004$) en relación con la indicación de cirugía por urgencia versus electiva (Tabla 1).

La cirugía efectuada se planteó en etapas, dependiendo de la indicación de cada paciente. Se

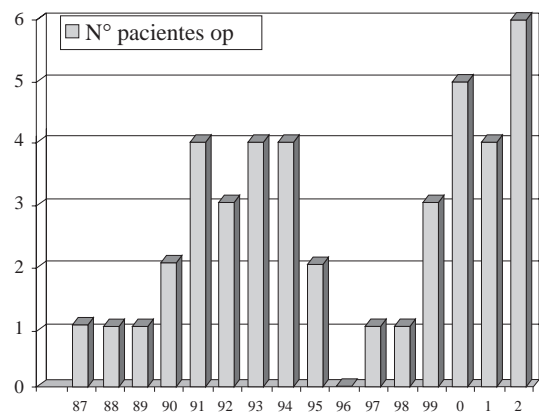


Figura 3. Incidencia anual (n= 42).

Tabla 1
INDICACIONES DE CIRUGÍA (n= 42)

<i>Colitis grave (urgencia)</i>	35 (83%)*
Crisis severa que no responde al tto.	32
Megacolon tóxico	3
<i>Colitis moderada (electiva)</i>	7 (17%)*
Estenosis	2
Colitis crónica activa	2
Microrrecto	1
Neoplasia	1
Enf. Neurológica (Charcot)	1

*p= 0,0004.

desglosa en las Tablas 2, 3 y 4. En la primera etapa la operación más frecuentemente efectuada (57,1%) es la colectomía subtotal, con conservación del recto que se aboca a la pared (en realidad es el recto y un segmento del sigmoides) y una ileostomía de Brooke. Esta es una operación para urgencias y deja el camino preparado para una segunda etapa. Le sigue en orden de frecuencia la extirpación total del colon y el recto, con ejecución de un reservorio ileal que se protege con una ileostomía en asa tipo Turnbull (31%). Las otras dos operaciones realizadas en esta primera etapa son de mucho menor frecuencia y representan situaciones excepcionales: 1) Pacientes con el recto prácticamente sano en una patología que habitualmente lo compromete en los cuales se hizo colectomía subtotal y anastomosis ileorrectal y 2) Pacientes con un aparato esfinteriano débil o dañado, lo que los hace incontinentes frente a un reservorio, en los que se hizo proctocolectomía con cierre del conducto anal e ileostomía de Brooke.

En la segunda etapa se cerró la ileostomía en 12 pacientes (38,8%). El decimotercer paciente falleció en el postoperatorio de la primera cirugía; y se hicieron otros 19 reservorios de ileon.

La cirugía de la tercera etapa cuando la hubo correspondió siempre al cierre de la ileostomía en 13 pacientes.

De los 42 pacientes operados hay 32 en que se hizo un reservorio de ileon en "J", y en 25 de

Tabla 2
CIRUGÍA EFECTUADA. PRIMERA ETAPA (n= 42)

		%
Colectomía Subtotal+Cierre Rectal+Ileostomía	24	57,1
Proctocolectomía+Reservorio ileal+Ileostomía	13	31
Proctocolectomía+Cierre anal+Ileostomía	3	7,1
Colectomía Subtotal+Anastomosis ileorrectal	2	4,8

Tabla 3
CIRUGÍA EFECTUADA. SEGUNDA ETAPA (n= 31)

Reservorio ileal+Ileostomía	19	(61,2%)
Cierre ileostomía	12	(38,8%)

Tabla 4
CIRUGÍA EFECTUADA. TERCERA ETAPA (n= 13)

Cierre ileostomía	13
-------------------	----

ellos se ha efectuado el cierre de la ileostomía. Hay 6 pacientes en espera de reservorio ileal.

Hay dos pacientes con colectomía subtotal y anastomosis ileorrectal y otros dos con proctocolectomía, cierre del conducto anal e ileostomía. Un tercer paciente con este tipo de cirugía en primera etapa, después solicitó se le hiciera un reservorio.

El estudio de Anatomía Patológica de los especímenes quirúrgicos extirpados informó en cuanto a la extensión del compromiso que en 39 de los 42 pacientes hubo pancolitis (hubo preservación del recto en dos pacientes en los cuales no aparecía a la endoscopia y a la radiología con importante compromiso, por lo que no se tiene el estudio de este segmento en esos enfermos). Tres casos con colitis izquierda, dos de ellos con estenosis y uno con un recto pequeño, que causaba incontinencia permanente.

En cuanto a la confirmación de la patología de base, colitis ulcerosa idiopática, ésta fue de un 98%. Sólo en un caso el diagnóstico final fue de colitis indeterminada.

Con respecto a la técnica empleada en la realización de los reservorios, ésta fue enteramente manual en 9 casos, fue mecánica (tanto el reservorio como la anastomosis) en otros 3 pacientes. En los restantes 20 operados (62%), el reservorio se hizo en forma manual y la anastomosis reservorio anal con técnica de doble grapado.

Tabla 5
EVOLUCIÓN DE RESERVORIOS DE ILEON EN "J" (n= 32)

Sin Complicación	25
Complicados	7
Fístula Reservorio cutánea	3 (1)
Fístula Ciega	1 (1)
Desprendimiento reservorio	2 (1)
Necrosis parcial y sepsis pelviana	1

() reservorios recuperados de la complicación.

De los 32 reservorios hechos, 13 lo fueron en el primer tiempo de la cirugía y los 19 restantes en el segundo tiempo.

En la Tabla 5 se describen las complicaciones de los reservorios y su evolución posterior. Hubo un total de siete reservorios complicados (21%) de los cuales se logró recuperar a 3. La fistulización es la complicación más frecuente, seguida del desprendimiento de la anastomosis reservorio-anal. En tres pacientes se perdió la función del reservorio (9,4%), uno de los cuales fue removido quirúrgicamente. El último paciente complicado finalmente falleció como consecuencia de sepsis pelviana secundaria a necrosis parcial del reservorio.

La mortalidad global de la serie es de 1/42 (2,3%) y la mortalidad específica de los reservorios es de 1/32 (3,12%)

DISCUSIÓN

La cirugía de la colitis ulcerosa idiopática actualmente tiene como *gold standard* la extirpación completa del intestino grueso (recto y colon), haciendo un reservorio o bolsa ileal que se anastomosa al ano y en la mayoría de los casos se protege temporalmente con una ileostomía.

En nuestro medio los pacientes que llegan a la cirugía son en la mayoría de los casos urgencias, lo que impone como necesidad adecuar los tiempos operatorios a la condición y gravedad de cada paciente. Para ese efecto hemos usado la clasificación de Truelove Witts que es clínica y de laboratorio.

El otro elemento que debe jugar un papel en la elección de la cirugía en etapas, es la duración de una crisis grave y que no remite con el tratamiento médico. En la literatura se repite que el plazo no debe exceder de 3 a 5 días. Sin embargo, con la introducción de nuevos agentes terapéuticos como los inmunomoduladores, este plazo se ha ido haciendo cada vez menos rígido en nuestro medio. De este modo tenemos pacientes en los cuales se ha intentado obtener la remisión hasta 21 días desde la instauración de la terapia.

Existe la tendencia a disminuir los tiempos cada vez que es posible, a pesar de lo difícil que es en ocasiones evaluar la condición preoperatoria de cada paciente. Esta tendencia se ha hecho presente en nuestra serie, ya que en la primera etapa de la cirugía hicieron 12 reservorios de íleon y sólo hubo 7 pacientes con indicación electiva de cirugía.

Se han descrito varios tipos de reservorios de íleon y existen trabajos que los comparan,⁷ pero en nuestra opinión el de más fácil ejecución es el des-

crito por Utsunomiya en 1980, llamado reservorio en "J", y es el que hemos hecho en todos los casos.

Variación ha existido en cuanto a la técnica empleada. En los primeros casos se hizo totalmente manual, tanto el reservorio como la anastomosis reservorio anal con mucosectomía del muñón rectal. Posteriormente, la anastomosis ha sido siempre mecánica y la confección de la bolsa puede ser con grapadora o bien con técnica manual. En todos los casos se ha protegido con una ileostomía en asa.

Las complicaciones de los reservorios están relacionadas con aspectos técnicos de elongación del meso, posible devascularización del extremo del íleon, que es la zona a anastomosar, tensión en la anastomosis, la no preservación de la rama ileocecal de la mesentérica superior cuando se hace la colectomía, y también con la técnica usada en la anastomosis.

Nuestras complicaciones se han observado tanto en pacientes con anastomosis manual (4 casos: 2 de fístula al periné y 2 desprendimientos reservorio-anales de un total de 9 anastomosis con esa técnica) y también con anastomosis mecánica (una fístula al periné y una fístula ciega media posterior de trayecto ascendente filiforme, de 23 pacientes con anastomosis grapada).

Al paciente que falleció se le había hecho el reservorio manual y la anastomosis mecánica y durante la operación parte del reservorio hubo de ser resecado por isquemia. Finalmente pareció que la irrigación era satisfactoria. La evolución demostró que la isquemia se reprodujo necrosando parcialmente la bolsa ileal. Este paciente era uno de los mayores de la serie, contando con 72 años al momento de la cirugía y había tenido un preoperatorio prolongado. Pensamos que la técnica elegida no fue la adecuada en este caso.

La mortalidad global de la serie es de un paciente en 42 (2,3%) y la mortalidad específica de los reservorios es de 3,1%; ambas cifras comparables con las publicadas en el extranjero, considerando que existe una curva de aprendizaje de los grupos quirúrgicos.

Se ha perdido la función del reservorio en forma definitiva en 3 pacientes, lo que significa el 9,4%, cifra también acorde con lo publicado que fluctúa entre 6 a 20%.^{8,9}

La fistulización del reservorio fue descrita por Wong,¹⁰ y su incidencia varía entre el 5 y el 17% en distintas series publicadas.¹¹⁻¹³ siendo nuestra experiencia consistente con lo reportado por otros autores.

Dentro de los factores involucrados en la producción de las complicaciones anastomóticas, se ha involucrado a la técnica manual comparándola

con la mecánica. Nuestra experiencia dice que si bien en ambas técnicas existen las complicaciones, en la manual las hay con mayor frecuencia, ya que se presentó en 4 de 9 (44%) casos con mucosectomía y anastomosis manual. La técnica mecánica (grapada) en cambio se usó en la anastomosis en 23 pacientes con 3 complicaciones (incluyendo al paciente que falleció) lo que corresponde al 13%

Estas diferencias a favor de la técnica mecánica para la anastomosis reservorio anal han sido comunicadas en la literatura.^{14,15}

BIBLIOGRAFÍA

1. Parks AG., Nicholls RJ: Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978; 2: 85-8.
2. Utsunomiya J, Iwana T, Imajo M *et al*: Total colectomy, mucosal proctectomy, and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 459-66.
3. Knight CD, Griffen FD: An improved technique for low anterior resection of the rectum using the EEA stapler. *Surgery* 1980 88: 710-4.
4. Zúñiga A, Rahmer A *et al*: Col:itis ulcerosa: indicaciones y resultados del tratamiento quirúrgico. *Rev Méd Chile* 1987; 115: 1155-60.
5. Jensen C, Vergara J, Pérez G, Cárdenas R, Azolas C: Alternativas quirúrgicas en la colitis ulcerosa idiopática: análisis de 19 casos. *Rev Chil Cir* 1995; 47: 230-4.
6. Truelove SC, Witts LJ: Cortisone in ulcerative colitis. *Br Med J* 1955; 2: 1041-8.
7. Nicholls RJ, Pezim ME: Restorative proctocolectomy with ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: A comparison of three reservoir designs. *Br J Surg* 1985; 72: 470-4.
8. Wexner SD, Wong WD, Rothenberger DA, Goldberg SM: The ileoanal reservoir. *Am J Surg* 1990; 159: 178-85.
9. Nicholls RJ, Moskowitz RL, Sheperd NA: Restorative proctocolectomy with ileal reservoir *Br J Surg* 1985; 72(Suppl): S76-9.
10. Wong WD, Rothenberger DA, Goldberg SM: Ileoanal pouch procedures. *Curr Probl Surg* 1985; 22:1-78.
11. Wexner SD, Rothenberger DA, Jensen L *et al*: Ileal pouch vaginal fistulas: incidence, etiology, and management. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 460-5.
12. Keighley MR, Grobler SP: Fistula complicating restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1993; 80: 1065-7.
13. Ozuner G, Hull T, Lee P, Fazio V: What happens to a pelvic pouch when a fistula develops? *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 543-47.
14. Sun WM, Read NW, Katsinelos P, Donnelly TC, Shorthouse AJ: Anorectal function after restorative proctocolectomy and low anterior resection with coloanal anastomosis. *Br J Surg* 1994; 81: 280-4.
15. Keighley MR, Winslet MC, Flinn R, Kmiot W: Multivariate analysis of factors influencing the result of restorative proctocolectomy *Br J Surg* 1989; 76: 740-4.