

Cirugía preservadora de esfínteres en pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica

Sphincter preserving surgery in patients with unspecific chronic ulcerative colitis

Dra. Sandra García-Osogobio,

Dr. Takeshi Takahashi Monroy,

Dr. Gilbert Mass,

Dr. Jorge Arch-Ferrér,

Dr. José María Remes-Troche,

Dr. Sergio Cárdenas

Resumen

Antecedentes: La proctocolectomía total y anastomosis ileoanal (PCTAIA) es el procedimiento de elección para los pacientes con Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI) que requieren cirugía. La frecuencia de presentación de esta enfermedad es baja en México, por lo que la experiencia con este procedimiento es escasa.

Objetivo: Analizar la morbimortalidad operatoria y resultados funcionales a largo plazo en una serie de pacientes sometidos a esta operación en un hospital de referencia en México.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Estudio clínico retrospectivo y observacional.

Pacientes y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes operados de colitis ulcerativa crónica inespecífica, en el INNSZ, en el lapso comprendido entre enero de 1987 y junio de 1997. Se revisaron los datos demográficos, indicación quirúrgica, morbilidad y mortalidad operatoria, morbilidad y mortalidad a largo plazo, así como su estado funcional en la fecha de la última consulta. Todos fueron operados directamente, o bajo la vigilancia, de dos cirujanos. La técnica empleada fue uniforme en

Abstract

Antecedents: Total proctocolectomy and ileo-anal anastomosis (PCTAIA) is the procedure of choice for patients with Unspecific Chronic Ulcerative Colitis (UCUC) requiring surgery. Frequency of this disease is low in Mexico; hence, the experience with this procedure is scarce.

Objective: To analyze the surgical morbidity and mortality and the long-term functional results in a series of patients subjected to this type of surgery in a reference hospital of Mexico City.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Clinical retrospective and observational study.

Patients and methods: We reviewed the clinical records of patients subjected to surgery due to inespecific chronic ulcerative colitis, at the National Institute of Nutrition (from the Ministry of Health) from January 1987 to June 1997. We analyzed demographic data, surgical indication, surgical morbidity and mortality, long term morbidity and mortality, as well as the functional state on their last medical examination. All were operated directly by, or under the supervision of two surgeons. The technique used

todos los pacientes y consistió en resección total del colon y recto, resección de la mucosa y submucosa de la zona de transición anal, creación del reservorio ileal en forma de "J" y anastomosis endoanal manual.

Resultados: La edad promedio fue de 37 ± 14 años. Hubo 13 mujeres (50%) y 13 hombres (50%). La morbilidad global fue de 46% sin mortalidad operatoria. Con un seguimiento promedio de 24 meses, el promedio de evacuaciones diurnas que presentaron los pacientes fue de 4,8%, 20% escurrimiento nocturno, y ninguno presentó incontinencia. Tres pacientes han presentado inflamación de reservorio, con respuesta adecuada a antibióticos. Dos pacientes han presentado fistulas del reservorio ileal a largo plazo, pero ninguno requirió de su resección, no existió mortalidad.

Conclusión: La PCTAIA es una operación factible en nuestro medio que se acompaña de cifras aceptables de morbimortalidad y resultados funcionales satisfactorios.

Palabras clave: Enfermedad rectal, colitis ulcerativa crónica inespecífica, morbilidad, recurrencia, mortalidad, proctocolectomía.

Cir Gen 2000;22:134-137

Introducción

El tratamiento quirúrgico de la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica (CUCI) requiere en general de una resección total del colon y recto (proctocolectomía total).^{1,2} El tratamiento clásico incluye resección del ano y la creación de una ileostomía definitiva. Dicho procedimiento tiene el inconveniente de las molestias relacionadas al estoma, entre las cuales se incluye un deterioro en la autoestima y la posibilidad de disminución en la calidad de vida si la rehabilitación no es adecuada.^{3,4} Para tratar de disminuir estas molestias, se diseñó una operación para lograr un mejor control del drenaje intestinal por medio de una ileostomía "continente" (Tipo Kock).⁵ Desafortunadamente, el procedimiento se acompaña de importante morbilidad, disfunción frecuente del reservorio continente y necesidad de reoperaciones.⁵ Por ello, la ileostomía continente está limitada a un pequeño grupo de enfermos.⁵

Después se describió la proctocolectomía total con anastomosis ileoanal (PCTAIA), procedimiento que implica resección total del colon y recto, respetando el mecanismo de esfínteres, creación de un reservorio ileal para hacer las funciones de un "neorrecto", y anastomosar dicho reservorio al ano.^{6,7} Esta operación se denomina frecuentemente "anastomosis ileoanal", permite evitar la necesidad de una ileostomía definitiva y se ha convertido en el procedimiento de elección para los pacientes con CUCI que requieren tratamiento quirúrgico.⁶⁻⁸ Sin embargo, el procedimiento es complejo y requiere habilidad y experiencia quirúrgica. Además, puede acompañarse de complica-

was the same in all patients and consisted of total resection of the colon and rectum, resection of the mucous and submucous layers of the anal transition zone, creation of a J-shaped ileal reservoir and manual endo-anal anastomosis.

Results: Average age was of 37 ± 14 years. There were 13 (50%) women and 13 (50%) of men. Total morbidity was of 46% without mortality. Average follow-up was of 24 months, average diurnal evacuations were 4.8%, nocturnal discharge was 20%, none presented incontinence. Three patients presented inflammation of the reservoir that responded favorably to antibiotics. Two patients presented long-term fistulas of the ileal reservoir, but none needed resection. No deaths occurred.

Conclusion: PCTAIA is a feasible surgery in our conditions, accompanied by acceptable rates of morbidity and mortality, and satisfactory functional results.

Key words: Rectal disease, ulcerative colitis, morbidity, recurrence, mortality.

Cir Gen 2000;22:134-137

ciones importantes tanto a corto como a largo plazo, principalmente relacionadas al reservorio ileal (fistulas, abscesos, inflamación).⁷ En México, la frecuencia de presentación de la CUCI es baja, por lo que la experiencia quirúrgica es escasa.^{9,10} El conocer los resultados logrados con el procedimiento, a corto y largo plazo, es importante para determinar el tratamiento quirúrgico de elección para este tipo de pacientes en nuestro medio.

El Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán es un centro de referencia de enfermos con problemas gastrointestinales complejos incluyendo la CUCI. El 30 de junio de 1987 se realizó la primera PCTAIA en nuestro hospital por uno de los autores (Dr. Sergio Cárdenas). Después de ello, el número de pacientes ha aumentado progresivamente, y en el presente estudio se analizan 26.

Este trabajo tiene el objetivo de analizar la morbilidad y mortalidad operatoria y resultados funcionales a largo plazo de los pacientes sometidos a PCTAIA en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio retrolectivo de los pacientes que fueron operados con PCTAIA por CUCI en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán entre enero de 1987 y junio de 1997. Se revisaron sus datos demográficos, indicación quirúrgica, morbilidad y mortalidad operatorias, morbilidad y mortalidad a largo plazo, así como estado funcional en la fecha de la última

consulta. Todos los pacientes fueron operados directamente o bajo la supervisión de dos cirujanos (TT;SC), con una técnica uniforme que consistió en la resección total de colon y recto, resección de la mucosa y submucosa de la zona de transición anal (mucosectomía), creación del reservorio ileal en forma de "J", y anastomosis endoanal manual. Además, en todos los enfermos se dejó una ileostomía en asa proximal al reservorio para protección de la anastomosis ileoanal, con cierre de la ileostomía aproximadamente a las ocho semanas de postoperatorio dependiendo de la evolución clínica. En los últimos pacientes se realizó rutinariamente un estudio contrastado del reservorio a las ocho semanas, y al descartar fistulización del reservorio o la anastomosis, con base en dicho estudio, se procedió a la programación del cierre de la ileostomía. En los pacientes reconectados, se interrogó sistemáticamente en las consultas postoperatorias el número total de evacuaciones diurnas y nocturnas, la presencia de escurrimiento fecal diurno y/o nocturno, el uso de pañal diurno y/o nocturno, y la presencia de episodios de incontinencia.

Se definió como morbilidad o mortalidad operatorias a las ocurridas dentro de los 30 días siguientes a la operación o en el periodo intrahospitalario. Se describe la morbilidad y mortalidad operatoria de cada uno de los procedimientos de manera independiente (PCTAIA y cierre de ileostomía), pero se describe también la morbilidad y mortalidad global posterior a cualquiera de los procedimientos. Se describe también la frecuencia y tipos de morbilidad y mortalidad a largo plazo presentada por este grupo de enfermos.

El análisis estadístico se llevó a cabo por medio de estadística descriptiva (media y desviación estándar, proporciones).

Resultados

En el periodo señalado se operaron 26 pacientes. La edad promedio correspondió a 37 ± 14 años (desviación estándar), con extremos de 17 a 68. Hubo 13 mujeres (50%) y 13 hombres (50%). Todos los pacientes fueron evaluados preoperatoriamente en bases clínicas para continencia fecal. Las indicaciones quirúrgicas para CUCI fueron: falla al manejo médico en catorce pacientes (54%), prevención de carcinoma en cuatro pacientes (15%), carcinoma en tres pacientes (11%), megacolon tóxico en dos (8%), sospecha de carcinoma en un paciente (4%), hemorragia en un paciente (4%) y perforación colónica en un paciente (4%).

Cinco de los pacientes (19%) tenían antecedente de una resección colónica previa antes de realizarse la anastomosis ileoanal. Dos pacientes habían sido sometidos a colectomía subtotal con anastomosis colorrectal baja, uno de los cuales presentó un carcinoma rectal y el otro actividad del muñón rectal de difícil control. Tres pacientes presentaron colitis tóxica que requirió manejo urgente, con una colectomía abdominal, bolsa de Hartmann e ileostomía terminal.

La morbilidad operatoria secundaria a la PCTAIA fue de 10 pacientes (38%) y no se presentó mortalidad. Las causas se desglosan en el cuadro I.

Cuadro I.

Morbilidad posterior a la PCTAIA.

– Infección de la herida quirúrgica	4
– Tromboflebitis profunda	2
– Tromboembolia pulmonar	1
– Neuropatía perineal	1
– Absceso presacro	1
– Evisceración	1
Total	10 (38%)

Hasta el momento, 25 pacientes han sido sometidos al cierre de ileostomía. La morbilidad secundaria al cierre de ileostomía fue de siete pacientes (28%), sin mortalidad. Las causas se desglosan en el cuadro II.

Globalmente, 12 de los 26 pacientes (46%) presentaron complicaciones en alguna de las operaciones, sin mortalidad operatoria.

Resultados funcionales. En los 25 pacientes reconectados los resultados funcionales con un promedio de seguimiento de 2 años son los siguientes: el promedio de evacuaciones durante el día es de 4 (de 2 a 6), nocturnas de 1 (de 0-3), dos (8%) de los pacientes tienen escurrimiento diurno, cinco (20%) escurrimiento nocturno, y dos (8%) usan pañal. Ninguno de los pacientes presenta incontinencia. Ninguno de los hombres operados presentó impotencia.

Complicaciones a largo plazo. Tres pacientes han presentado episodios de inflamación del reservorio ("pouchitis"), caracterizados por diarrea con sangre y moco, malestar general y fiebre. Todos ellos respondieron adecuada y rápidamente a un curso de antibióticos (metronidazol o ciprofloxacina). Una paciente presentó una fistula reservorio-vaginal baja que ameritó nueva desfuncionalización temporal por una ileostomía, con buena respuesta que permitió la reconexión subsecuente con preservación de la continencia. Un paciente presentó una fistula reservorio perianal transesfintérica secundaria a falla de cicatrización de la anastomosis que fue manejada con setones con buena evolución de la fistula y preservación de la continencia. Dos pacientes presentaron abscesos presacros que fueron drenados por vía postanal. Dos pacientes han presentado estenosis de la anastomosis que han requerido dilataciones anales en

Cuadro II.

Morbilidad posterior al cierre de ileostomía.

– Obstrucción intestinal	2
– Fistula del reservorio	1
– Inflamación del reservorio	1
– Diarrea grave	1
– Fistula vaginal	1
– Absceso abdominal	1
Total	7 (28%)

el quirófano. Cuatro pacientes han presentado episodios de obstrucción intestinal secundarios posiblemente a adherencias, sin requerir de manejo quirúrgico.

Discusión

Existen informes previos de PCTAIA en hospitales mexicanos^{9,10} que demuestran buenos resultados funcionales, tomando en cuenta que son estudios pequeños debido a la baja frecuencia de presentación de la CUCI en nuestro medio. Al igual que en lo informado en la literatura, en el presente estudio la principal indicación quirúrgica para la CUCI fue falla al manejo médico; siendo indicaciones con menor porcentaje prevención de carcinoma, megacolon tóxico, hemorragia y perforación. Ningún paciente se operó para control de manifestaciones extraintestinales. Existen diversas alternativas quirúrgicas dependiendo de las condiciones generales preoperatorias del paciente.⁸ El procedimiento recomendado en una operación de urgencia, ya sea por hemorragia o colon tóxico, es la colectomía subtotal abdominal, dejando un muñón rectal (bolsa de Hartmann) y una ileostomía terminal. Esta operación permitirá resolver el cuadro agudo del enfermo, y la realización futura de un procedimiento preservador de esfínter.

Cuando la operación es electiva, se recomienda la PCTAIA. Esta operación tiene el potencial de ofrecer una curación, ya que quita toda el área susceptible de actividad y desarrollo de neoplasia, displasia o actividad de CUCI, con la ventaja de evitar una ileostomía permanente, con resultados funcionales muy satisfactorios. Aunque la mayoría de los cirujanos prefieren esta alternativa como la de primera opción, debe reconocerse que estudios recientes no han logrado demostrar diferencias en calidad de vida entre pacientes sometidos a proctocolectomía con o sin preservación de esfínter.

En nuestro estudio, la mortalidad operatoria fue nula, aunque la cifra de complicaciones postoperatorias fue alta (46%). Esta tasa de complicaciones se encuentra dentro de lo informado por otros autores.^{2,7,9-11} De hecho, la Clínica Mayo, que tiene una experiencia acumulada de más de 1,500 casos, refería una morbilidad de un 50% en sus primeros pacientes, la que disminuyó hasta un 30% en casos subsecuentes.⁷

Los resultados funcionales en los pacientes ya reconnectados son satisfactorios y comparables a lo publicado en la literatura,^{7,11} y permiten a los pacientes conservar su continencia.

En la actualidad existen algunas controversias respecto al manejo de los pacientes con PCTAIA.

Se han realizado anastomosis con la técnica de doble enrapadora en lugar de realizar resección de la mucosa de la zona de transición y anastomosis endoanal manual.¹¹⁻¹⁴ Esto se debe a la evidencia teórica de mejores resultados funcionales ya que se evita la manipulación en el área del conducto anal (esfínteres). Sin embargo, tiene la desventaja de que no se reseca la zona de transición anal, y por lo tanto,

expone a los pacientes a persistencia de actividad y al desarrollo de displasia y/o neoplasia. Además, la necesidad de utilizar dos enrapadoras es una desventaja importante en nuestro medio debido a su costo. Por estas razones (evitar persistencia de enfermedad, disminuir riesgo de complicaciones displásicas y el bajo nivel socioeconómico de los pacientes que no les permite solventar el gasto de las enrapadoras) es que se realizó en todos los casos la anastomosis manual.

Conclusión

La PCTAIA se ha convertido en el manejo quirúrgico de elección para pacientes con CUCI en nuestro medio. Esto es debido a que se acompaña de cifras aceptables de morbilidad y mortalidad a corto y largo plazo, así como de resultados funcionales satisfactorios.

Referencias

1. Dozois RR. Surgical treatment of chronic ulcerative colitis. *Hepatogastroenterology* 1989; 36: 227-34.
2. Tjandra JJ, Fazio VW, Church JM, Oakley JR, Milsom JM, Lavery IC. Similar functional results after restorative proctocolectomy in patients with familial adenomatous polyposis and mucosal ulcerative colitis. *Am J Surg* 1993; 165: 322-5.
3. Klopp AL. Body image and self-concept among individuals with stomas. *J Enterostomal Ther* 1990; 17: 98-105.
4. Kelman G, Minkler P. An investigation of quality of life and self-esteem among individuals with ostomies. *J Enterostomal Ther* 1989; 16: 4-11.
5. Church J, Fazio VW. The continent ileostomy: indications, techniques for construction, and management of complications. *Sem Colon Rectal Surg* 1991; 2: 102-10.
6. Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *Br Med J* 1978; 2: 85-8.
7. Kelly KA, Pemberton JH, Wolff BG, Dozois RR. Ileal pouch-anal anastomosis. *Curr Prob Surg* 1992; 29: 59-131.
8. Takahashi T, Arch J, Gómez-Méndez T, Cardenas S. Alternativas quirúrgicas para el tratamiento de la colitis ulcerativa crónica inespecífica. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 134-8.
9. Decanini-Teran C, Cardona Pérez MA, Moreno-Guzmán A, Salazar-Bañuelos A, Mendoza-Hernandez S. Colectomía abdominal y proctectomía mucosa con anastomosis ileo-anal y reservorio ileal en pacientes con poliposis familiar y colitis ulcerativa crónica inespecífica. *Rev Sanid Milit Mex* 1988; 42: 167-70.
10. Luna-Pérez P, Rodríguez-Coria DF, Sánchez-Maldonado W, González-Macouzet J. Proctocolectomía con ileoanastomosis: morbilidad y resultados funcionales en pacientes con y sin cáncer colorectal. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 184-92.
11. Cohen Z, McLeod RS, Stephen W, Stern HS, O'Connor B, Reznick R. Continuing evolution of the pelvic pouch procedure. *Ann Surg* 1992; 216: 506-11; discussion 511-2.
12. Moreno EF, Domínguez JM, Sagar PM, Pemberton JH. Update on ileal pouch-anal anastomosis. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 387-93.
13. McIntyre PB, Pemberton JH, Beart RW Jr, Devine RM, Nivatvongs S. Double-stapled vs. handsewn ileal pouch-anal anastomosis in patients with chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 430-3.
14. Farouk R, Dozois R, Pemberton J, Larson D. Incidence and subsequent impact of pelvic abscess after ileal pouch-anal anastomosis for chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1239-43.