

Cirujano General

Volumen 25
Volume 25

Número 3
Number 3

Julio-Septiembre 2003
July-September 2003

Artículo:

Proctocolectomía con mucosectomía y con reservorio en J: resultados en el manejo quirúrgico de la colitis ulcerativa

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Proctocolectomía con mucosectomía y con reservorio en J: resultados en el manejo quirúrgico de la colitis ulcerativa

*Proctocolectomy with J reservoir mucosectomy:
Results of the surgical management of ulcerative colitis*

Dr. José Fenig Rodríguez, * Dr. Germán Humberto Delgadillo Teyer, Dr. Francisco Campos Campos, *
Dr. José Arturo Velásquez García, * Dr. Hugo Arroyo Lovera, Dr. Luis Galindo Mendoza*

Resumen

Objetivo: Resultados del tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) con realización de proctocolectomía con reservorio en J.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo y abierto.

Pacientes y métodos: Se realizó el estudio de febrero de 1991 a marzo del 2001 en el servicio de cirugía general del HE CMN "La Raza". Del expediente clínico se analizó la edad, sexo, cuadro clínico, metodología de estudio, tratamiento quirúrgico y morbilidad.

Resultados: Se captaron 21 pacientes durante este periodo; 12 pertenecieron al sexo femenino y 9 al masculino; con un promedio de edad de 34.7 años. El cuadro clínico se caracterizó por diarrea en 100% de los casos, hemorragia rectal en 90.4%. El protocolo del estudio comprendió: placa simple de abdomen y tele de tórax en todos los casos, colonoscopia en 21 con toma de biopsia.

Los 21 pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica, se les realizó colectomía total con mucosectomía e ileoanoanastomosis con reservorio en J e ileostomía temporal en asa. Las complicaciones se presentaron en 7 (33.3%) casos, y la mortalidad fue del 4.7%; El seguimiento de los pacientes promedio fue de 8 años.

Conclusión: La CUCI es una enfermedad poco frecuente en nuestro medio con una frecuencia, por procedimiento quirúrgico, del 0.15% en nuestra población. Predomina en el sexo femenino con un promedio de edad de presentación de 34.7 años.

Abstract

Objective: To present our results with the surgical treatment of Nonspecific Chronic Ulcerative Colitis (NCUC) by means of a proctocolectomy with J reservoir.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Retrospective, transversal, descriptive, and open study.

Patients and methods: The study was performed from February 1991 to March 2001 at the General Surgery Service of the National Medical Center "La Raza". From the clinical records, we studied age, gender, clinical symptoms, study methodology, surgical treatment, morbidity and mortality.

Results: Twenty-one patients were studied during this period, 12 women and 9 men. Average age was 34.7 years. Clinical symptoms were diarrhea in 100% of the patients, rectal hemorrhage in 90.4%. The study protocol consisted of abdominal and chest X-rays in all patients, colonoscopy in the 21 patients with biopsy. All patients were subjected to surgery consisting of mucosectomy with ileoanastomosis with J reservoir and temporal loop ileostomy. Complications occurred in 7 (33.3%) patients, mortality was of 4.7%. Average follow-up was of 8 years.

Conclusion: NCUC is an uncommon disease in our milieu, with a 0.15% frequency of surgical treated patients. It predominates in women, with an average age of presentation of 34.7 years.

Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Recibido para publicación: 19 de marzo de 2002.

Aceptado para publicación: 6 de mayo de 2002.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.

Correspondencia: Dr. José Fenig Rodríguez, Palmas 745-607, Lomas de Chapultepec. 11000. México, D.F.

Teléfono: 55 20 32 14. E-mail: germanhdt@yahoo.com

Palabras clave: Colitis ulcerativa, proctocolectomía, cirugía.
Cir Gen: 2003;25: 219-222

Key words: Ulcerative colitis, proctocolectomy, surgery.
Cir Gen 2003;25: 219-222

Introducción

La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) es el ejemplo más demostrativo de las enfermedades inflamatorias crónicas que afectan al colon.¹ La CUCI es una enfermedad con etiología desconocida y pudiera representar una respuesta estereotipada a un conjunto de factores causales, los cuales no se conocen del todo. Fue descrita por Wilks y Moxon en el año de 1875; la catalogaron como una afección del colon. Es una entidad que afecta principalmente a adultos jóvenes entre la segunda y cuarta década de la vida, más frecuente en el sexo femenino, cosmopolita, de predominio en la raza blanca. Así mismo, se asocia a predisposición familiar en un 25 a 40% de los casos.^{1,2}

La sintomatología predominante es la hemorragia rectal, diarrea y pérdida de peso, el dolor por lo general no es un síntoma importante, las manifestaciones sistémicas como anorexia, debilidad, fiebre y manifestaciones extra-colónicas aparecen en los casos más graves. El tratamiento conservador, no quirúrgico, de esta enfermedad, al no conocerse con certeza su etiología, es inespecífico, el grado de respuesta y la evolución posterior a éste es muy variable.¹ Lee y Truelove estiman que cerca de un 25% de los pacientes con CUCI requieren de manejo quirúrgico como parte de su tratamiento.³ Hasta hace dos décadas se ofrecía la operación como el último recurso, una vez que habían fracasado las opciones de tratamiento médico. Como resultados, los pacientes a menudo se encontraban con importante desgaste y desnutrición con afección sistémica. En la actualidad, sin embargo, se ofrece la cirugía de manera más temprana en la evolución de la enfermedad, con mejores resultados.^{3,4}

Con las diversas técnicas quirúrgicas desarrolladas en la actualidad para el manejo de la CUCI, en los últimos años ha aumentado el número de pacientes con tratamiento quirúrgico de esta enfermedad. En la actualidad se recomienda como una de las técnicas quirúrgicas mayormente usada y en un principio sugerida por Nissen y popularizada por Ravich, la colectomía total con mucosectomía e ileoanoanastomosis con reservorio en J e ileostomía en asa temporal, con reconexión posterior de esta ileostomía en un tiempo mínimo de 8 semanas.^{1,5,6} Con este tipo de tratamiento se remueve la mucosa enferma y con ello se logra la curación de la enfermedad en su totalidad, lo que anula la posibilidad de presencia de displasia y neoplasias a este nivel del colon.⁶⁻⁸ Los resultados funcionales de este tipo de cirugía son excelentes en la mayoría de los pacientes, los reservorios se construyen con dos anastomosis laterolaterales en un asa de íleon terminal en forma de S, como lo describió Parks, o mediante una anastomosis latero-terminal con una asa en forma de J tal como lo cita Utsonomiya.¹

La presencia de complicaciones en este tipo de procedimiento no es común, la "pouchitis" crónica es una

de las principales complicaciones que se presentan posterior al evento quirúrgico; el tratamiento de esta complicación es a base de metronidazol con buena respuesta al mismo. Otras complicaciones son: fistulas, estenosis y abscesos, con menor frecuencia. La presentación de displasia, y principalmente de neoplasia, secundaria al proceso inflamatorio crónico cuando el tratamiento quirúrgico es tardío, eleva considerablemente la morbilidad en estos pacientes.⁸⁻¹²

La mortalidad de la intervención quirúrgica electiva es de alrededor del 2% y alcanza hasta un 5% en cirugía de urgencia, pero la de colon megatóxico se incrementa hasta un 20%.¹

El objetivo de este estudio es presentar la experiencia de nuestro grupo con el tratamiento quirúrgico en un grupo de pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica con la técnica de proctocolectomía con mucosectomía, con reservorio en J.

Pacientes y métodos

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza", del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizó un estudio para conocer la frecuencia, protocolo de estudio y tratamiento quirúrgico de la CUCI y los resultados del reservorio en J. Se trató de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal, durante el periodo comprendido entre febrero de 1991 y marzo del 2001. Se consideró un grupo integrado por todos aquellos pacientes operados en el servicio de cirugía general con el diagnóstico de CUCI confirmado por histopatología.

Se incluyeron a los pacientes que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico por CUCI y que se les realizó colectomía total con mucosectomía e ileoanoanastomosis y reservorio en J, mayores de 18 años, hombres y mujeres, que contaran con informe histopatológico de CUCI. Se excluyeron aquellos pacientes en quienes se empleó otra técnica quirúrgica para tratar su CUCI, sin confirmación histopatológica de CUCI y que fueran pacientes menores de 18 años.

Del expediente clínico se analizó: Edad, sexo, cuadro clínico, metodología de estudio, tratamiento quirúrgico, morbilidad, estudio del reservorio en J, días de estancia hospitalaria e informe histopatológico. La estadística utilizada fue de tipo descriptivo simple mediante determinación de porcentajes y medidas de tendencia central.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 21 pacientes con CUCI, 12 mujeres y 9 hombres, la edad promedio de presentación de la enfermedad fue de 34.7 años con un rango de 20 a 57, la mayor frecuencia ocurrió entre la tercera y cuarta décadas de la vida.

El cuadro clínico se caracterizó por diarrea en el 100% de los casos, hemorragia transrectal en el 90.4%, pérdi-

da de peso en 80.9%, con una media de 48 kg y rango entre 40 y 76, dolor abdominal en 80.9%, anemia en 66.6% y fiebre en el 38% de los casos. El protocolo de estudio incluyó: Placa simple de abdomen, telerradiografía de tórax, colonoscopia con toma de biopsia, e informe histopatológico positivo para CUCI. En 18 pacientes, colon por enema (85.7%) y TAC en 3 (14.2%).

Los días de estancia hospitalaria en promedio fueron de 12.7 con rango de 8 a 38 días. Los pacientes que requirieron de preparación preoperatoria con nutrición parenteral total fueron 9 (42.8%), por presentar desnutrición, el tiempo promedio de nutrición fue de 12 días, y en 8 pacientes se realizó transfusión de paquete globular por presencia de anemia, con hemoglobina menor de 9.0 g.

A los 21 pacientes se les realizó colectomía total con mucosectomía e ileoanoanastomosis con reservorio en J e ileostomía temporal en asa. La única complicación postoperatoria inmediata fue fiebre en un paciente en su segundo día de postoperatorio, secundario a atelectasia, con buena respuesta al tratamiento médico.

Las complicaciones postoperatorias tardías se presentaron en seis pacientes (28.5%), cinco con oclusión intestinal y una con fistula entero-vaginal. De los cinco pacientes con oclusión intestinal en tres se resolvió con tratamiento médico a base de ayuno, colocación de sonda nasogástrica, corrección hidroelectrolítica y los otros dos requirieron de tratamiento quirúrgico, en ambos se practicó lisis de adherencias con respuesta satisfactoria. La paciente con fistula entero-vaginal requirió el cierre quirúrgico del trayecto fistuloso, desfuncionalización e ileostomía temporal en asa, con reconexión posterior a los tres meses, sin complicaciones. Posteriormente, dos de los pacientes con oclusión intestinal y manejo médico presentaron cuadros de "pouchitis" tratados a base de metronidazol, con buena respuesta. Falleció un paciente (4.7%) por sepsis abdominal, en su séptimo día de postoperatorio. El seguimiento clínico promedio fue de 4 años con un rango mínimo de un año y máximo de 10.

Los resultados de histopatología de las piezas operatorias confirmaron la presencia de CUCI en todos los pacientes, pero en uno, el informe fue adenocarcinoma *in situ*. El seguimiento del paciente hasta la fecha de elaboración de este informe es de: sin evidencia de actividad tumoral.

Se realizó seguimiento de los reservorios en J con estudio de colonoscopia y toma de biopsia de la mucosa de íleon, con hallazgo de presencia de células inflamatorias con reacción leve, sin alguna otra alteración, en 13 pacientes del estudio, incluyendo a los pacientes con cuadros previos de "pouchitis".

Discusión

La CUCI representa un alto porcentaje de las patologías inflamatorias que afectan al colon en el ser humano, tiene una frecuencia mayor en regiones occidentales; en EUA ocurre en 5 por cada 100,000 habitantes; en Europa en 12 por cada 100,000 habitantes; en Japón en 0.3 por 100,000.^{3,10} En nuestro medio es una enfermedad

poco frecuente, en nuestros centros hospitalarios siempre son enviados a unidades de tercer nivel para su atención.¹³ En nuestro estudio, al igual que en lo informado en la literatura, fue más frecuente en el sexo femenino, con un 57% de los casos.^{1,3,4}

Con respecto a la edad de presentación, ésta fue semejante a lo publicado en la literatura, en la que se refieren dos grandes etapas de presentación, la de mayor porcentaje entre la segunda y cuarta décadas de la vida, y otra más con menor frecuencia, entre la sexta y séptima décadas de la vida, siendo conocida esta enfermedad como de adultos jóvenes. En nuestro estudio, la edad promedio fue de 34.7 años, con rango de 20 a 57 años, lo cual es similar a lo publicado.^{1,3}

Clínicamente, la sintomatología obtenida en nuestra casuística coincide con lo informado, los síntomas más frecuentes fueron: diarrea, hemorragia rectal y pérdida de peso, aunque se refiere en la literatura que el dolor abdominal tiene un porcentaje bajo, en nuestro estudio se encontró en el 80.9%.¹

Durante el periodo del estudio se realizaron aproximadamente 14,000 cirugías en nuestro centro hospitalario, de ellas 21 correspondieron a cirugía de CUCI con la técnica de colectomía total con mucosectomía e ileoanoanastomosis con reservorio en J, lo que nos da una frecuencia del 0.15%.

La presencia de complicaciones fue más alta a lo informado en series más grandes y que en nuestra casuística fue del 28.5%.¹² La mortalidad es aproximadamente del 2 al 6%, similar a lo obtenido en nuestro estudio, donde fue del 4.7%.^{1,9,12}

Conclusión

La colitis ulcerativa crónica inespecífica es una patología poco frecuente en nuestro medio con una frecuencia por evento quirúrgico del 0.15%.

La proctocolectomía con mucosectomía con reservorio en J, es una buena opción de tratamiento quirúrgico para esta enfermedad.

Referencias

1. Fenig RJ. Enfermedades inflamatorias crónicas del colon. En: Gutiérrez SC, Arrubarrena AVM. *Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo*. 2^a edición; México D.F. Ed. El Manual Moderno: 1996: 291-303.
2. Woolrich AJ, DaSilva MD, Korelitz BI. Surveillance in the routine management of ulcerative colitis: the predictive value of low-grade dysplasia. *Gastroenterology* 1992; 103: 431-8.
3. Lee EC, Truelove SC. Proctocolectomy for ulcerative colitis. *World J Surg* 1980; 4: 195-201.
4. Dozois RR. Surgical treatment of chronic ulcerative colitis. *Hepatogastroenterology* 1989; 36: 235-9.
5. Frizelle FA, Burt MJ. Review: the surgical management of ulcerative colitis. *J Gastroenterol Hepatol* 1997; 12: 670-7.
6. Weiss EG, Wexner SD. Surgical therapy for ulcerative colitis. *Gastroenterol Clin North Am* 1995; 24: 559-75.
7. Takahashi T, Arch J, Gómez-Méndez T, Cárdenas S. Alternativas quirúrgicas para el tratamiento de la colitis ulcerativa crónica inespecífica. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 134-8.

8. Farouk R, Pemberton JH. Surgical options in ulcerative colitis. *Surg Clin North Am* 1997; 77: 85-94.
9. Goldstein NS, Sanford WW, Bodzin JH. Crohn's-like complications in patients with ulcerative colitis after total proctocolectomy and ileal pouch-anal anastomosis. *Am J Surg Pathol* 1997; 21: 1343-53.
10. Tsunoda A, Talbot IC, Nocholls RJ. Incidence of dysplasia in the anorectal mucosa in patients having restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1984; 200: 506-8.
11. Tuckson W, Lavery I, Fazio V, Oakley J, Church J, Milsom J. Manometric and functional comparison of ileal pouchanal anastomosis with and without anal manipulation. *Am J Surg* 1991; 161: 90-5; discussion 95-6.
12. Fazio VW, Tjandra JJ. Pouch advancement and neoileoanal anastomosis for anastomotic stricture and anovaginal fistula complicating restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1992; 79: 694-6.
13. García-Osogobio S, Takahashi Monroy T, Mass W, Arch-Ferrer J, Remes-Troche JM, Cárdenas S. Cirugía preservadora de esfínteres en pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica. *Cir Gen* 2000; 22: 134-7.

