



Cesárea por colitis ulcerosa crónica inespecífica

Eduardo Unda-Franco,* Eva María Ramírez-Avilés,** Leonardo Moreno-de Gante,** Quintín Héctor-González***

Nivel de evidencia: III

RESUMEN

Paciente de 35 años de edad, con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica inespecífica, con respuesta fallida y complicaciones relacionadas con el tratamiento médico. Reporte de colonoscopia y biopsia de pancolitis con actividad grave. Se le realizó una proctocolectomía total restauradora con ileo-ano anastomosis con reservorio en "J" por vía laparoscópica. Meses después se le hizo el cierre de la ileostomía. La paciente recibió progesterona durante el tiempo de tratamiento con inmunosupresores, pero la suspendió dos meses después de la segunda operación del colon. Para lograr el embarazo no se requirió tratamiento con inductores de la ovulación. Durante el cuarto mes de gestación tuvo un absceso perianal que se desbridó exitosamente. Previa valoración multidisciplinaria en la semana 38 de la gestación se le realizó cesárea como vía de nacimiento para no afectar el reservorio y la anastomosis del tubo digestivo. A la hora de publicar este reporte la paciente no había experimentado ninguna complicación.

Palabras clave: colitis ulcerosa crónica inespecífica, proctocolectomía total restauradora con ileo-ano anastomosis con reservorio en "J", embarazo, vía de nacimiento.

ABSTRACT

We present a case of a 35 year old patient with diagnosis of ulcerative colitis that presented failure and complications associated with medical treatment; with a report of a colonoscopy and biopsy of pancolitis with severe activity. The patient was submitted to laparoscopic restorative total proctocolectomy with ileal "J" pouch anal anastomosis. Two months later the ileostomy was reversed. The patient received progesterone at the same time she was receiving immunosuppressive drugs. This was suspended two months after the second colon surgery. The patient did not require treatment with ovulation induction to achieve pregnancy. At the fourth month of gestation, the patient developed a perianal abscess, which was successfully drained. After multidisciplinary assessment in week 38 of gestation, it was decided to perform cesarean birth as a way to not affect the ileal pouch and the anastomosis of the digestive tract. At present time, the patient has had no further complications.

Key words: ulcerative colitis, restorative proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis, pregnancy, mode of delivery.

RÉSUMÉ

Patient de 35 ans, un diagnostic de colite ulcéreuse, une insuffisance de réponse et de complications associées à un traitement médical. La coloscopie et une biopsie de pancolite rapport avec l'activité sévère. Il a subi une coloproctectomie avec anastomose iléo-anale avec réservoir en «J» par laparoscopie. Quelques mois plus tard, il a été décidé de fermer l'iléostomie. Le patient a reçu la progestérone pendant le temps de traitement par des immunosuppresseurs, mais a suspendu deux mois après la deuxième opération du côlon. Pour obtenir une grossesse n'est pas besoin d'un traitement à l'induction de l'ovulation. Au cours du quatrième mois de grossesse avait un abcès péri-anal qui a été avec succès débridées. Après une évaluation multidisciplinaire à 38 semaines de gestation ont subi la naissance par césarienne comme un moyen pour ne pas affecter le réservoir et anastomose du tube digestif. A vous faire publier ce rapport, le patient n'avait pas connu de complications.

Mots-clés: maladies inflammatoires de l'intestin, coloproctectomie avec anastomose iléo-anale avec réservoir en «J», grossesse, l'accouchement.

RESUMO

Paciente de 35 anos de idade, com diagnóstico de colite ulcerativa, com insuficiência de resposta e complicações associadas ao tratamento médico. Colonoscopia e biópsia do relatório pancolite com atividade intensa. Submeteu-se à proctocolectomia restaurativa com anastomose íleo-anal com reservatório "J" por laparoscopia. Meses depois ele foi feito para fechar a ileostomia. O paciente recebeu progesterona durante o tempo de tratamento com imunossupressores, mas suspendeu dois meses após a segunda operação do cólon. Para conseguir a gravidez não é necessário o tratamento com indução da ovulação. Durante o quarto mês de gravidez tiveram um abscesso perianal, que foi sucesso debridado. Após avaliação multidisciplinar com 38 semanas de gestação, foram submetidos a cesariana como forma de não afetar o reservatório e anastomose do trato digestivo. Uma fará a publicação deste relatório o paciente não apresentou qualquer complicação.

Palavras-chave: doença inflamatória intestinal, proctocolectomia restaurativa com anastomose íleo-anal com reservatório "J", a gravidez, o parto.

Paciente femenina de 35 años de edad, abogada, con antecedentes heredofamiliares positivos para diabetes mellitus tipo 1, cáncer de pulmón, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. Alimentación normal, con ejercicio moderado tres veces por semana, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías negadas. Menarquia a los 15 años, ciclo 28/4-5 días, matrimonio a los 24 años, dos embarazos y una cesárea. Esta última se le realizó el 21 de octubre de 2003 debido a retraso en el trabajo de parto. Su hijo nació vivo y sano, de sexo masculino, con peso de 3475 g.

En noviembre de 2003 la paciente inició con dolor abdominal generalizado tipo cólico, sangre en las evacuaciones que le condicionó anemia severa, por lo que requirió transfusiones de sangre total en cuatro ocasiones, con más de dos unidades en cada una de ellas.

En enero de 2004 se le realizó una colonoscopia y una biopsia con diagnóstico de colitis ulcerosa crónica inespecífica. Recibió tratamiento con esteroides, sulfasalazina y azatriopina. En el lapso de tres años recibió diferentes esquemas de tratamiento; con el tiempo se incrementaron las dosis y los efectos colaterales de los medicamentos ocasionaron que la paciente solicitara otro tratamiento alternativo.

Durante el tiempo que tomó tratamiento con inmunosupresores, la paciente recibió progesterona 10 mg al día, por vía oral, los días 16 al 24 del ciclo, para que tuviera menstruación. En septiembre de 2007 se le realizó una proctocolectomía total restauradora, con íleo-ano anastomosis, con reservorio en "J". La cirugía la practicó un cirujano experto en colon. En enero de 2008 se le realizó el cierre de la ileostomía. Dos meses después de la segun-

da intervención quirúrgica suspendió el tratamiento con progesterona de 10 mg.

El 13 de marzo de 2009 se calculó la fecha probable de nacimiento, para el 20 de diciembre. En el cuarto mes de embarazo tuvo un absceso perianal que requirió tratamiento médico y drenaje; estuvo hospitalizada en estancia corta. Acudió a la vigilancia prenatal en siete ocasiones. Aumentó 11 kg y la presión arterial fue normal. Al llegar a la semana 37 de gestación, en la consulta y de acuerdo con el cirujano de colon y recto, el anestesiólogo y el ginecoobstetra se decidió realizarle operación cesárea en la semana 38, para no alterar el reservorio en J que funcionaba adecuadamente.

El día 4 de diciembre de 2009, con bloqueo peridural, previa asepsia y antisepsia de la región, sonda vesical de Foley número 14, con posición de decúbito dorsal y previa aplicación de campos estériles, se le realizó una laparotomía transversa suprapúbica, disección por planos hasta llegar a la cavidad abdominal, se introdujo una compresa única aislante que rodeó al útero en forma de herradura. Se realizó histerectomía tipo Kerr y se obtuvo una niña viva que lloró y respiró al nacer. El APGAR fue de 9/9, pesó 3,400 g y midió 49 cm. El alumbramiento fue dirigido, se extrajo la placenta y el cierre de la histerorrafia se realizó en un plano. La intervención se continuó con el cierre de la pared abdominal. El cirujano de colon y recto que la operó antes del embarazo revisó el reservorio y la anastomosis y encontró todo en condiciones adecuadas.

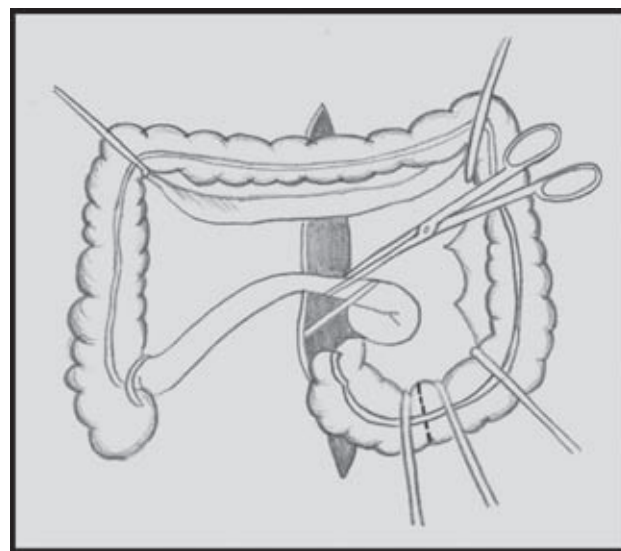


Figura 1. Colectomía total.

* Ginecólogo adscrito al servicio de Ginecología.

** Médico pasante del servicio social, servicio de Colon y Recto.

*** Jefe del servicio de Cirugía de Colon y Recto.
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, DF.

Correspondencia: Dr. Eduardo Unda Franco. Servicio de Ginecología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15, colonia Sección XVI México 14000, DF.

Recibido: septiembre, 2010. Aceptado: septiembre, 2010.

Este artículo debe citarse como: Unda-Franco E, Ramírez-Avilés EM, Moreno de Gante L, Héctor-González Q. Cesárea por colitis ulcerosa crónica inespecífica. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(2):93-96.

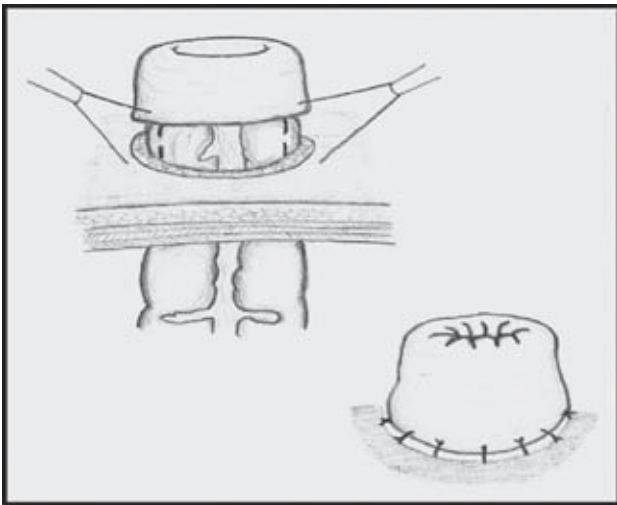


Figura 2. Ileostomía.

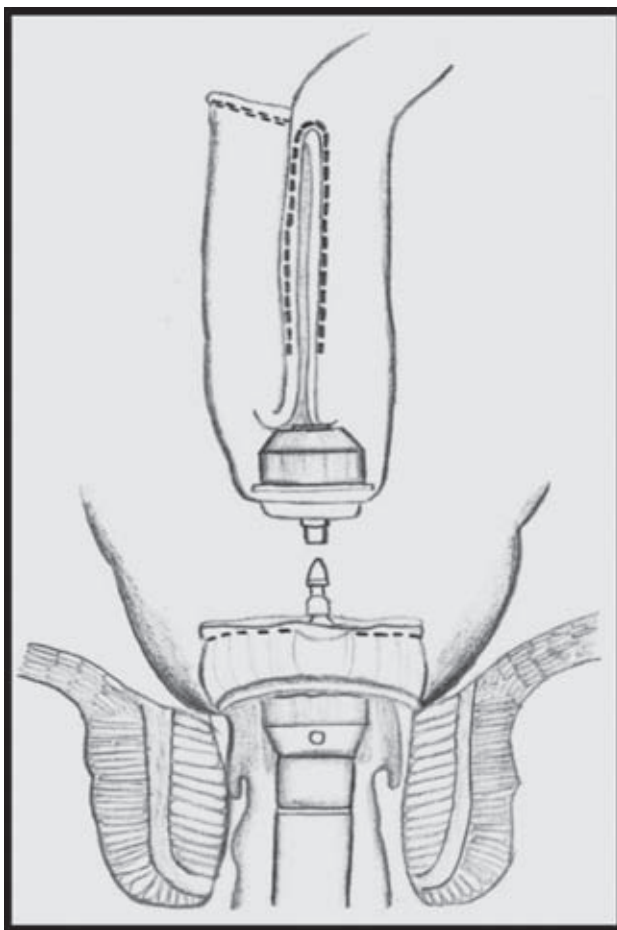


Figura 3. Ileo-ano anastomosis con reservorio en "J".

DISCUSIÓN

La colitis ulcerosa crónica inespecífica se manifiesta por inflamación crónica y recurrente de la mucosa colorrectal. No tiene predilección por algún sexo.¹ La proctocolectomía total restauradora con íleo-ano anastomosis con reservorio en "J" es el procedimiento de elección para el tratamiento de la colitis ulcerosa crónica inespecífica. El promedio de edad de las pacientes a quienes se realiza esta operación es de 32 años, por lo que la mayoría de ellas se interviene con íleo-ano anastomosis con reservorio en "J".² Las afectadas tienen embarazo de alto riesgo, requieren vigilancia prenatal especializada y debe considerarse la repercusión del reservorio en "J".

En un estudio se reportó que las pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que utilizan inmunosupresores tienen mayor riesgo de tener resultados de citología cervicovaginal anormal asociada con infección por VIH, lo que significa que los inmunosupresores pueden disminuir la fertilidad.³

Existen resultados con aumento estadísticamente significativo de infertilidad después de una íleo-ano anastomosis con reservorio en "J".⁴ La íleo-ano anastomosis con reservorio en "J" por laparoscopia ha demostrado ser un procedimiento seguro, accesible y efectivo.⁵

En otro estudio realizado a 82 mujeres embarazadas con íleo-ano anastomosis con reservorio en "J" se evaluaron las complicaciones después de un parto vaginal o cesárea, y se observó mejor calidad de vida y mayor presión de contracción del esfínter anal en el grupo de pacientes con cesárea, que en el de pacientes con parto vaginal. Hubo mayor proporción de defectos en el esfínter anal, principalmente en la región anterior. En el grupo de pacientes con cesárea se observó un pequeño porcentaje de obstrucción intestinal parcial que se resolvió mediante medidas conservadoras.⁶

Ravid y sus colaboradores, en un estudio realizado a 38 mujeres sugieren que el parto vaginal es seguro después de una íleo-ano anastomosis con reservorio en "J".⁷

La cesárea se recomienda principalmente cuando se encuentra rigidez y poca distensibilidad en un periné desgarrado o una fistula entre la vagina y el reservorio o periné y reservorio; además, disminuye potencialmente el riesgo de incontinencia y daño a los esfínteres anales o al reservorio.⁷

El parto vaginal tiene mayor riesgo de daño al nervio pudendo y de lesión al resto de la inervación del piso pél-

vico, lo que puede implicar alto riesgo de incontinencia fecal.⁸

La vía de parto elegida depende de las indicaciones obstétricas; sin embargo, algunos estudios demuestran disfunción del reservorio temporal en pacientes postoperadas de íleo-ano anastomosis con reservorio en "J". En esos estudios se muestra que más de 50% de las cesáreas se realizaron sin indicaciones obstétricas.⁹

El tratamiento con inmunosupresores en pacientes con colitis ulcerosa crónica inespecífica es un factor de riesgo para disminuir la fertilidad que se relaciona con displasia cervical.

Después de una proctocolectomía total restauradora con íleo-ano anastomosis con reservorio en "J" algunas mujeres disminuyen su índice de fertilidad, por la cirugía pélvica, que puede condicionar la formación de adherencias postoperatorias que afecten la relación anatómica normal entre las trompas de Falopio y los ovarios. Este procedimiento realizado por vía laparoscópica ofrece menor riesgo en la formación de adherencias, embarazo y vía del parto normal.

La elección de la vía de nacimiento depende de las indicaciones obstétricas. Se ha reportado disfunción temporal del reservorio en "J" en pacientes postoperadas de íleo-ano anastomosis con reservorio en "J" durante el embarazo.

Resulta juiciosa, previa valoración multidisciplinaria entre el ginecobstetra y el cirujano, la realización de cesárea cuando existe enfermedad perianal activa y un reservorio ileoanal;¹⁰ esto disminuye el riesgo de incontinencia fecal.

CONCLUSIÓN

Las mujeres con colitis ulcerosa crónica inespecífica tienen menor índice de fertilidad debido a los inmunosupresores.

Si requieren tratamiento quirúrgico la proctocolectomía total restauradora con íleo-ano anastomosis con reservorio en "J" también es un factor de riesgo que puede afectar la fertilidad. Si este procedimiento quirúrgico se realiza por vía laparoscópica disminuye la formación de adherencias. Debe considerarse la cesárea como vía de nacimiento para prevenir lesiones en el esfínter anal, así como daño en el sitio de la anastomosis íleo-anal.

REFERENCIAS

1. Vargas-de la Llata RG. Tratado de Cirugía General. México: Manual Moderno: Consejo Mexicano de Cirugía General, 2003;pp:817-820.
2. Aouthmany A, Horattas M. Ileal Pouch Perforation in Pregnancy: Report of a Case and Review of the Literature. *Dis Colon Rectum* 2004;47(2):243-245.
3. Kane S, et al. Higher incidence of abnormal Pap smears in women with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2008;103(4):1046-1057.
4. Gorgun E, Remzi FH, Goldberg JM, et al. Fertility is reduced after restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis: a study of 300 patients. *Surgery* 2004;136:795-803.
5. Lopez-Rosales F, Gonzalez-Contreras Q, Muro LJ, et al. Laparoscopic total proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: initial experience in Mexico. *Surg Endosc* 2007;21(12):2304-2307.
6. Remzi FH, Gorgun E, Bast J. Vaginal Delivery After Ileal Pouch-Anal Anastomosis: A Word of Caution. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1691-1699.
7. Ravid et. al. Pregnancy, Delivery, and Pouch Function After Ileal Pouch-Anal Anastomosis for Ulcerative Colitis *Dis Colon Rectum* 2002;45:1283-1288.
8. Snooks SJ, Setchell M, Swash M, Henry MM. Injury to innervation of pelvic floor sphincter musculature in childbirth. *Lancet* 1984;2:546-50.
9. Cima RR, et al. *ACS Surgery: Principles and Practice*;2007:33.
10. Mahadevan U. Pregnancy and inflammatory Bowel Disease. *Med Clin N Am* 2010;94:53-73.