

CORRELATO

## *La cirugía de urgencia en las colitis ulcerosas crónicas*

Dr. HORACIO GUTIERREZ BLANCO \*

La colitis ulcerosa crónica (C.U.C.) es una afección inflamatoria, crónica y difusa, genuina del colon, aunque excepcionalmente se extiende a los últimos centímetros del ileon; de etiopatogenia todavía desconocida; de evolución cíclica; complicaciones cólicas y extracólicas múltiples y graves, y terapéutica incierta ya médica o quirúrgica, siendo su pronóstico siempre grave.

Si bien no es frecuente, su incidencia está aumentando en el Uruguay, así como en todo el mundo.

En 22 años (desde 1944 hasta 1966) hemos comprobado 217 casos (10). En los últimos 4 años esta cifra aumentó considerablemente, pero no las mencionamos por no haberlas tabulado correctamente.

En el Hospital de Clínicas, desde su fundación en julio de 1953 hasta diciembre de 1970, se han registrado 313.000 pacientes, diagnosticándose 69 C.U.C. (1), lo que representa algo más de 23 casos por 100.000 registros.

Es interesante informar que en el Laboratorio de Patología Quirúrgica del Prof. P. Larghero, en 25 años de actividad hasta 1957 habían 13.015 piezas de resección quirúrgica incluidas 16 de colectomía por C.U.C., lo que da un porcentaje de 13 por mil piezas de resección.

Si bien puede presentarse en cualquier edad, predomina en la juventud; de 217 casos (10), 58,5 % fueron de los 20 a 40 años.

La referida definición nos demuestra la cronicidad y gravedad de esta afección que afecta fundamentalmente a los adultos jóvenes y que ha motivado, desde que Wilks y Moxon (30) la describieron por primera vez en 1875, la gran preocupación de los

investigadores y de los clínicos en poner en evidencia los múltiples aspectos de esta enfermedad, en un intento de mejorar la alta incidencia de morbimortalidad.

Desde que en 1943 empezamos a preocuparnos por esta afección, publicamos en 1947 (3) la Tesis de Doctorado basada en 57 casos y luego en 1955 la Tesis de Profesor Adjunto sobre 112 casos; posteriormente, 187 casos (7) presentados en el Primer Congreso Latinoamericano de Proctología de São Paulo en 1960, cifra que se eleva a 200 (9) en el 5º Congreso Médico del Uruguay en 1962 y a 217 (10) en el 3º Congreso Latinoamericano de Proctología en Chile en 1966.

Es evidente que en esta larga revisión de nuestra experiencia comprobamos que se ha progresado mucho, muy especialmente en la terapéutica médica y quirúrgica.

La moderna terapéutica médica basada en los corticoides (5), en los antibióticos de amplio espectro, en las transfusiones y mejor ajuste del balance hidroelectrolítico, en la vitaminoterapia y dietética, así como el positivo gran aporte de la terapéutica psicológica, han permitido mejorar a estos enfermos, lo que hace que muchos de ellos sean controlados ambulatoriamente, disminuyendo francamente los enfermos internados, como lo demuestra la estadística del Hospital de Clínicas, que en 17 años en un registro de 313.000 pacientes solamente hay 69 C.U.C. (1), de los cuales se operan 22 o sea 31,8 %. En nuestra serie de 217 C.U.C. (desde 1944) se operaron 72 o sea 33 %.

La similitud de ambas estadísticas (31,8 y 33 % operados) muestra una incidencia quirúrgica bastante elevada con resultados nada halagadores como veremos luego.

No haremos la historia natural de la cirugía en la C.U.C. por estar fuera del plan

\* Profesor Adjunto de Gastroenterología (Facultad de Medicina de Montevideo) y Gastroenterólogo del Ministerio de Salud Pública. Domicilio: 21 de Setiembre 2329, Montevideo.



que nos corresponde, pero digamos que en el largo proceso de estos pacientes hemos pasado por muchas variantes, desde resecciones parciales con anastomosis, derivaciones tipo colostomía, apendicectomías, cecostomías hasta llegar a la ileostomía en asa, luego terminal, especialmente a la Brooke (25), o extraperitoneal tipo Goliher (28) o bien, como últimamente ha insistido Palma (19), en la ileostomía transeccal. Al mencionar las ileostomías deseamos rendir homenaje al maestro Julio Nin y Silva que fue el primero en realizar una ileostomía en asa terminal en el Uruguay, el 24 de mayo de 1943 (C. A., mujer de 27 años), cuyo diapositivo realizado 10 años después tendremos el honor de proyectar.

Es evidente que la ileostomía terminal en el lugar de elección de F.I.D. fue una gran contribución al progreso quirúrgico, pero muy pronto se comprobó que por sí sola era insuficiente, ya que permanecía "in situ" el rectocolon transformado en un tubo rígido, madriguera de pus y sangre, que continuaba en forma dinámica en actividad, con secreciones piosanguinolentas y determinando complicaciones cólicas y extracólicas propias de una C.U.C. en evolución.

Se considera que el colon debe ser resecado, apareciendo los trabajos de Strauss y Strauss (32) que realizan la resección en tres tiempos: 1º) ileostomía terminal en F.I.D.; 2º) (6-8 meses después) resección del íleon terminal y el colon hasta el sigmoide, implantando éste en hipogastrio; 3º) meses después, resección abdominoperineal del recto y del sigmoides.

Cada vez se pone más en evidencia que el intervalo entre la ileostomía por sí sola y la resección, provoca complicaciones, y es entonces cuando en 1949 Miller, Gardner y Ripstein (30) proponen la ileostomía y colectomía subtotal hasta el sigmoides en un tiempo.

Posteriormente, Ravitch y Hendelman (31) en 1951 realizan la ileostomía con coloproctectomía en un tiempo, criterio que rápidamente se va difundiendo a través de importantes trabajos.

En el Uruguay, el pionero de la resección del colon en la C.U.C. es Larghero, quien en 1946 (14), en un caso nuestro, mujer de 25 años (Z. B. de R.) por

fracaso del tratamiento médico, le hace ileostomía en asa. En mayo de 1950 le practica colectomía subtotal con abocamiento del sigmoides en F.I.I. En agosto de 1951 hace la resección rectosigmoidea con descenso del íleon al canal anal por la técnica de Devine (26). Durante 5 años padeció de diarrea ileal continua con lesiones severas del perineo, a tal punto que la enferma pedía en forma vehemente volver a su antigua ileostomía. Posteriormente fue mejorando y actualmente (diciembre de 1970), a 19 años del descenso del íleon al canal anal, la enferma se encuentra bastante bien. Zubiaurre le hizo estudio del íleon por enema opaco con cineradiología, observándose muy bien como el íleon forma un verdadero neorrecto continente y en los esfuerzos de defecación hay evacuación disquinética y explosiva.

Destacamos esta observación por ser la primera y la única que se realizó en el Uruguay con descenso del íleon al canal anal.

En lo que respecta a la conservación de la integridad del tránsito intestinal, los médicos están siempre pendientes de aquellos procedimientos que puedan curar con terapéuticas médicas o quirúrgicas, que no dejen una invalidez funcional.

El temor al ano contranatura permanente, ha hecho que muchos enfermos y médicos decidan la operación en etapas de irreversibilidad o en presencia de complicaciones muy graves que ponen en serio riesgo la vida.

Ya hemos dicho que la ileostomía con proctocolectomía en un tiempo es el mejor procedimiento quirúrgico que se dispone en la actualidad, pues las ileostomías con las técnicas actuales, junto con el mejor manejo de ellas, hace que estos pacientes se adapten muy bien a la nueva situación.

La creación y difusión de los clubes de ileostomizados, son de gran importancia en la ayuda de estos pacientes, que logran así una readaptación física y psicológica total. Nosotros, en 1955, nos hemos hecho socios del Club de Ileostomizados creado en Boston, en 1952, y recibimos permanente información como para poder aquilatar muy bien la magnífica obra que realizan en beneficio de los ileostomizados.

A pesar de esto, en la mente de los médicos y cirujanos está siempre la idea



obsesiva de llegar a poder hacer la resección del colon con el restablecimiento del tránsito.

En todas las épocas se han practicado estos intentos, que en general han fracasado.

Las resecciones colónicas segmentarias con anastomosis cabo a cabo, o bien las resecciones con ileosigmoidostomía o ileorrectostomía, provocan gran número de fracasos por la recidiva de la enfermedad o por la producción de estrecheces, abscesos, fístulas, peritonitis, etc. No hay que olvidar que en la C.U.C. el comienzo de la lesión y el máximo de ellas, están siempre en el recto y en el sigmoides; de ahí que todo procedimiento de resección que respete parte o todo el rectosigmoides está patológicamente contraindicado.

Son muchos los autores que presentan casos con este tipo de anastomosis que han evolucionado bien. Nosotros (2) tenemos dos pacientes que accedieron a operarse si se les reintegraba el tránsito con ileosigmoidostomía; evolucionaron bien, pero estas excepciones no justifican el procedimiento, pues como hemos mencionado, lo habitual es que tengan recidivas o complicaciones.

Aylett (21) es partidario de la intervención que conserva el recto, alegando de que si la operación fracasa, se puede hacer una resección abdominoperineal con ileostomía definitiva. Presenta este autor una estadística interesante con buen porcentaje de curaciones.

Bacon (22), en el Congreso de Proctología de Montevideo de 1963, relató 41 enfermos que fueron tratados con colectomía e ileosigmoidostomía en un tiempo sin ninguna mortalidad; insiste que es un procedimiento fácil de hacer y es el que el enfermo prefiere; pero de esos 41 enfermos, 10 debieron ser reoperados más tarde y efectuar una ileostomía definitiva, es decir 22 % de malos resultados.

El descenso del ileon al canal anal, se ha abandonado porque por lo común provoca incontinencias esfinterianas y lesiones perianales del tipo eczematoso que hacen la vida imposible. Otros procedimientos, como el de Bergeret y Champeau (23) de crear una cámara ileal, realizando una anastomosis lateroterminal del intestino delgado al canal anal, han fracasado.

Llegamos a la conclusión, que la conducta ideal es la anteriormente referida de *ileostomía terminal con proctocolectomía en un tiempo*.

Los resultados de este tipo de operación dependen del momento clínico de su indicación, pudiendo ser *electiva*, de *emergencia* o de *urgencia*.

La *electiva* es la ideal, porque se realiza fuera de la crisis, con estado general y psicológico relativamente bueno, permitiendo la cirugía de elección en un tiempo o a lo sumo en dos tiempos.

En nuestra serie, de 217 (10) (desde 1944) se operaron 72 (33 %). De los 72 operados hay que separar 5 que se intervinieron con diagnóstico de transformación cancerosa. De los 67 restantes, fallecieron 25 (37 %); 40 se operaron en forma electiva, es decir fuera de la crisis, con distintos procedimientos, falleciendo 8 (20 %).

La operación le *emergencia* es cuando la evolución fatal es inminente, como en las peritonitis por perforación, haciéndose la operación sin preparación previa y con resultados frecuentemente funestos.

La de *urgencia* se hace cuando no puede controlarse con tratamiento médico, temiéndose los riesgos de la espera. Puede ser propiamente *urgente*, o de *urgencia relativa*, como en las *proctorragias masivas* que no ceden con tratamiento médico, o en la *dilatación aguda tóxica del colon*.

En nuestra estadística de 67 operados, 27 se operaron de emergencia o urgencia, falleciendo 17 (65,5 %).

En el Hospital de Clínicas, desde su inauguración (julio de 1953) hasta la fecha actual (diciembre de 1970) (17 años) se han registrado 69 C.U.C. (1) y se operaron 22 (31,8 %). De los 22 operados, fallecieron 10, o sea 45,5 %. Fue difícil dictaminar cuales fueron a la cirugía en forma electiva o en forma aguda. Hay un grupo de operados que llamamos de *urgencia relativa* y que hace variar las estadísticas, pues a este grupo algunos lo clasifican como de urgencia y otros como formas electivas. El hecho es que 14 fueron considerados como agudos, falleciendo 9, o sea (64,5 %).

Llama la atención la similitud de las dos estadísticas (la nuestra y la del Hospital de Clínicas); en ambas los fallecidos por cirugía de urgencia fueron el 65 %.



Las indicaciones quirúrgicas de *urgencia* de los 14 casos del Hospital de Clínicas fueron: 5 por dilatación aguda tóxica del colon, 4 por peritonitis, 2 por proctorragias masivas, 3 por cuadros toxiinfecciosos y desequilibrios irreversibles.

De los 14 casos, fallecieron 5 en el postoperatorio inmediato y 4 en el alejado, de 3 a 11 meses.

De esos 14 operados, en 6 se hizo solamente ileostomía (42,8 %) y en 8 se complementó con colectomía parcial, subtotal o total, es decir coloproctectomía.

En lo referente a las *proctorragias masivas* (P.M.) en nuestro trabajo (8), llegamos a las siguientes conclusiones:

1º) Se describen 12 P.M. en 187 casos de C.U.C. (6,5 %).

2º) Se establece que el criterio de P.M. está determinado clínicamente por las hemorragias fulminantes con shock hemorrágico agudo, con caída de la presión venosa.

3º) Se considera que es una complicación muy grave que ocurre en las C.U.C. más jóvenes. Todas fueron por debajo de los 40 años de edad, predominando en la mujer (83 %).

4º) Predominan en el primer año de la evolución de la C.U.C. (63,6 %) y aparecen prácticamente siempre en el curso de una C.U.C. ya conocida en la forma clínica crónica a recaída de gravedad progresiva, variedad toxiinfecciosa.

5º) La mayoría de las hemorragias (63,6 %) son a punto de partida del colon izquierdo, sangrando fundamentalmente por las microulceraciones superficiales, aunque también pueden sangrar por las grandes úlceras profundas o por el granuloma inflamatorio pseudopoliposo.

6º) El tratamiento es médico quirúrgico por equipo altamente especializado. Lo primero es reponer urgentemente la sangre fresca; luego plasma, sueros salinos, vitamina K y C, coagulantes y otras medidas de apoyo.

7º) El tratamiento quirúrgico se plantea frecuentemente; lo difícil es determinar *cuándo se debe operar y qué se debe hacer*. Lo ideal es operar con el enfermo compensado del punto de vista hemodinámico y metabólico, realizando ileostomía con colectomía o proctocolectomía en un tiempo. Si el enfermo está

descompensado y el medio quirúrgico no es ideal, la desfuncionalización del colon tipo cecostomía nos ha dado excelentes resultados. Se aprovecha la cecostomía para realizar medicación retrógrada.

Bacon (22) tiene en cuenta la resección en dos tiempos: primero proctohemicolectomía izquierda con colostomía del transverso; si la hemorragia es de este sector, no se hace cirugía adicional; si no es del colon izquierdo, se hace además colectomía derecha con ileostomía. Se puede actuar a la inversa según el origen de la hemorragia masiva.

8º) *Resultados*. De 12 casos, se consideran 11 (el N° 12 no se computa por ser neoplasma injertado en C.U.C.). De los 11, en 6 se hizo tratamiento médico, evolucionando bien 5 y falleciendo 1. Cinco fueron operados: 3 desfuncionalización cecal que evolucionaron muy bien; 2 ileostomías que fallecieron.

Fuera de esta serie, por lo interesante relatamos la historia de H. O. (R. 130.228, Hospital de Clínicas). Hombre de 25 años, con 5 años de crisis mucopiosanguinolentas y gran participación de componente psiquiátrico. Es internado de urgencia por proctorragias masivas con intenso shock que motiva múltiples transfusiones que no lo mejoran. lo que decide a los Dres. *Aguar y Pertusso* a realizar de urgencia *colectomía total con ileostomía a la Brooke* y abocamiento del cabo sigmoideo a la piel del extremo inferior de la incisión mediana infraumbilical. Postoperatorio muy bueno y se le da de alta. A los 6 meses se realiza la *proctectomía* (junio de 1966) por vía abdominoperineal con muy buena evolución. Actualmente (a 5 años de la operación) sigue muy bien.

#### DILATACION AGUDA TOXICA DEL COLON

Es una complicación muy grave, afortunadamente poco frecuente. En 217 casos hubo 5 (2,3 %); últimamente conocemos otros dos casos. Es recién en 1950 que Marshak (29) publica las primeras observaciones y desde entonces toda la bibliografía internacional destaca este síndrome.

Cuando en 1951 publicamos 112 C.U.C., no identificamos ninguno como tal; sin



embargo, habíamos comprobado enfermos similares que los interpretamos como crisis de aerocolia por asistolia cólica, de pronóstico muy sombrío por el mal estado general.

Quizá este síndrome de dilatación aguda tóxica fue más frecuente en épocas pasadas que actualmente, siendo interpretados como formas toxiinfecciosas agudas o perforaciones, pues en los últimos años han disminuido las formas agudas graves o fulminantes, por el advenimiento de los corticoides, antibióticos y otros medicamentos de apoyo.

Marshak (29) la designó *megacolon tóxico*. Bockus y col. hablan de *megacolon aganglionar tóxico*, basándose en su teoría de alteraciones destructivas del plexo nientérico de Auerbach; teoría que posteriormente es desechada. Etala (27), en 5 casos resecaados, comprobó que el plexo de Auerbach estaba constituido por células vivas en concentración normal, tanto en los segmentos dilatados como en los no dilatados. No hay evidencias que el síndrome sea provocado por el abuso de corticoides o ACTH; hay casos bien demostrados que han hecho la dilatación sin haber recibido nunca corticosteroides.

De la misma manera, ya no se comparte el criterio de aquellos que lo atribuían al uso prolongado de *anticolinérgicos*.

El antecedente de *hipopotasemia* en la génesis de la dilatación aguda tampoco lo aceptamos. En 4 la potasemia fue normal y los 4 recibieron grandes dosis de cloruro de potasio y sueros fosfopotásicos, sin mejoría.

La dilatación aguda significa que las lesiones inflamatorias han invadido toda la pared hasta la serosa, llegando a la perforación o aun a pequeñas perforaciones tapadas o perforación con neumoperitoneo, como en la observación N° 5.

Esta dilatación aguda se traduce por la intensa aerocolia condicionada por la disminución o mejor aun la desaparición de la peristalsis, lo que trae como consecuencia trastornos de la absorción e hiperproducción de gases por putrefacciones intracólicas, lo que acentúa la aerocolia.

En los 5 casos controlados clínica y radiológicamente, 2 (N°s. 4 y 5) tuvieron un *comienzo agudo* y los otros 3 fueron

*formas crónicas con remisiones*, de la variedad *gravedad progresiva*; los 3 llevaban pocos años de comienzo de la C.U.C.; 2 años y 1 año.

La *sintomatología clínica* fue similar en todos ellos: forma *toxiinfecciosa aguda grave* caracterizada por acentuado síndrome pseudodiarreico a franco predominio hemorrágico, con severo estado general toxiinfeccioso; fiebre elevada, gran taquicardia, facies de intoxicación, palidez, deshidratación, acentuada desnutrición, obnubilación o indiferencia, anemia y fundamentalmente gran distensión abdominal con discretos o aun sin dolores y con falta o moderada reacción peritoneal.

La *sintomatología radiológica* se comprueba en la *placa simple de abdomen*, en cualquier posición, pero siempre mejor en la de pie, pudiéndose localizar la aerocolia en todos los sectores, aunque predominando francamente en el colon transversal que puede llegar a más de 15 cm. de diámetro transversal, como pudimos observar dos veces. La aerocolia del transversal se ve mejor en la posición acostada por la tendencia del aire a ocupar el sector más alto.

El colon descendente y el sigmoides por lo general están poco distendidos y menos aun el recto, aunque en la observación N° 3 se pudo comprobar muy bien la gran distensión del recto con formación de dos niveles.

La importancia de la radiografía de pie y decúbito lateral es para comprobar el neumoperitoneo, como vimos muy bien en 2 casos que se habían perforado.

Hay que tener mucho cuidado de no confundir esta dilatación del colon con la consecutiva a la estenosis del sigmoides o del descendente, como en un caso que se había injertado un neoplasma en sigmoides. También a veces se acompañan de aerocolia e incluso puede ocurrir dilatación gástrica.

#### Casuística.

OBS. N° 1.— A. H. M., mujer de 21 años con C.U.C. *intermitente crónica con gravedad progresiva a predominio hemorrágico* con alteración total del colon. Crisis toxiinfecciosa aguda con gran distensión, predominando en transversal. Fracaso del tratamiento médico.



*Ileostomía tipo Lahey.* No se comprueba perforación; pequeña cantidad de líquido citrino, 4 días después gran enterorragia que se controla. Alta al mes en buenas condiciones. Un año y medio después, *colectomía hasta el recto*. Dos meses después, oclusión del delgado con reintervención de buena evolución. Varios meses después, nueva oclusión que se reinterviene y fallece.

Obs. Nº 2.—E. R. S., mujer de 25 años con C.U.C. forma crónica sin remisiones, con dos crisis en un año. Perturbaciones psicológicas desencadenan crisis toxiinfecciosa aguda. No mejora con el tratamiento médico y al mes, en grave estado se hace *ileostomía con colectomía subtotal en un tiempo*. Fallece 4 días después por atrofia aguda amarilla del hígado.

Obs. Nº 3.—L. B. de N., mujer de 38 años con C.U.C. forma crónica con remisiones, que en el segundo mes de embarazo (que oculta) hace crisis toxiinfecciosa aguda con gran distensión abdominal y en la radiografía simple de abdomen se comprobó gran dilatación del colon, especialmente del recto, con dos niveles. Se opera, comprobándose líquido citrino sin perforación. *Ileostomía tipo Lahey*. Fallece al 5º día.

Obs. Nº 4.—L. A. S., hombre de 28 años con C.U.C. forma aguda sin remisiones; crisis toxiinfecciosa aguda con gran dilatación cólica. Fracaso del tratamiento médico. *Ileostomía a la Brooke* (Prof. J. C. del Campo). Se comprueba sigmoides adherido al peritoneo parietal; se hace diagnóstico de perforación tapada. Postoperatorio muy accidentado con sucesivas proctorragias graves; mejora con transfusiones. Meses después, hepatitis con ictericia posttransfusional que evoluciona bien. Once meses después, *coloproctectomía* (Dr. Barreneche). Seis años después, reiteradas oclusiones que motiva reintervenciones por la Dra. D. Castiglioni. Luego fístula del intestino delgado con gran necrosis de la pared y el Prof. H. Ardao realiza injertos. El enfermo está bien, controlado por el Dr. Pertusso.

Obs. Nº 5.—S. M. S., mujer de 17 años con C.U.C. forma aguda (leve crisis anterior). Intenso cuadro toxiinfeccioso con gran distensión abdominal y en la radiografía simple dilatación cólica a predominio del transverso y descendente. Se contraindica la operación por el pésimo estado general. La enferma hace dolor abdominal intenso y brusco con gran distensión y en la radiografía simple de abdomen de pie se visualiza franco neumoperitoneo con líquido entre las asas. Se contraindica la operación por el pésimo estado general y fallece al día siguiente.

#### Tratamiento.

En 5 casos fallecen 4, lo que demuestra categóricamente la gravedad de esta complicación y la falla del criterio terapéu-

tico. Es una complicación que pone a prueba la capacidad y la sincronización del equipo médico-quirúrgico. No es cuestión de ser partidario del tratamiento médico o partidario del tratamiento quirúrgico. El problema está en determinar hasta cuándo se debe continuar con el tratamiento médico y cuándo debe actuar el cirujano. Cuando ingresa un enfermo en crisis toxiinfecciosa aguda hay que tratar de evitar que evolucione a la dilatación aguda del colon, porque cuando ésta se produce puede ser ya un cuadro preperforativo o perforativo. Si la radiografía simple de abdomen, que hay que hacer siempre de rutina en las formas toxiinfecciosas, no muestra dilatación del colon, se debe insistir con el tratamiento médico intensivo con el siguiente esquema: 1) Transfusiones de sangre fresca, alternando con sangre estabilizada y plasma. 2) Mantener el balance hidroelectrolítico, siendo pródigo en los sueros balanceados, especialmente hiperpotásico. 3) Antibióticos de amplio espectro parenterales. 4) Vitaminoterapia parenteral, especialmente grandes dosis de vitamina C. 5) Anabolizantes. 6) Corticoides y ACTH, según el estado clínico. Si no hay radiográficamente dilatación ni neumoperitoneo, somos partidarios de esta medicación por vía parenteral y a grandes dosis, pero a la mínima sospecha de que se está distendiendo hay que suspenderla para evitar la perforación.

Si el enfermo presenta dilatación aguda hay que ajustar el tratamiento médico con criterio preoperatorio y hacer además la intubación nasogástrica con aspiración permanente y *esperar como máximo 3 a 5 días para operar*. Demorar la operación, es poner a cuenta del cirujano los malos resultados quirúrgicos. Hoy en día todos están de acuerdo que lo que se debe hacer es la *proctocolectomía con ileostomía definitiva en un tiempo o bien en dos tiempos, dejando para la segunda operación la proctectomía*.

Con este criterio, Etala (27) operó 5 casos con 2 fallecidos; ambos fueron operados tardíamente; uno a los 35 días y otro a los 22 días del comienzo de la complicación. Los 3 enfermos que curaron fueron operados antes de los 5 días.



En nuestro país destacamos el caso operado por Luis A. Praderi: N. S. de P., mujer de 41 años con C.U.C. desde hacía 3 años. En plena crisis se interna y bruscamente tiene dolor en hipocondrio izquierdo, con fiebre y mal estado general. Abdomen discretamente distendido, doloroso con reacción peritoneal. No hay neumoperitoneo. En la radiografía de colon por enema opaco, enorme dilatación del colon izquierdo y transversal, con fuga de bario en sigmoides. En la operación, colon totalmente distendido con paredes muy adelgazadas, constituyendo un balón de muy difícil manejo. Escaso líquido citrino. No hay perforación. Se realiza *coloproctectomía con ileostomía definitiva*. Buena evolución que continúa un año después.

Para terminar este capítulo, debemos referir la estadística de Thomford, Rybak y Pace (33), que presentan 23 casos en 623 C.U.S. con un porcentaje de 3,7%. Operaron 19 casos, falleciendo 5, o sea 26,3%. Cuatro continuaron con tratamiento médico.

Realizaron proctocolectomía en un tiempo, aunque en algunos casos muy graves no hicieron la resección del recto.

## PERFORACION

En 217 C.U.C., la comprobamos en 13 (6,5%). En el Hospital de Clínicas, en 69 se observó en 4 (5,8%). Es una complicación gravísima, tanto más fuerte cuanto más antigua es la enfermedad. Obliga siempre a la cirugía de emergencia con pronóstico muy sombrío.

Hay tres variantes: *inminencia de perforación*, *perforación aguda* y *perforación crónica*.

*Inminencia de perforación.* Se observa en las formas toxiinfecciosas y en la dilatación aguda tóxica. El problema es el diagnóstico, para lo cual la radiografía simple de abdomen, el examen clínico y la leucocitosis, son valiosísimos. El tratamiento médico debe ser tipo preoperatorio, tratando de disminuir la presión intracólica con la sonda nasal y aspiración continua; la observación de más de 24 horas es riesgosa y la operación ideal es la colectomía con ileostomía.

*Perforación aguda.* Debe ser operado de emergencia, si el estado del paciente lo permite. Si bien las operaciones son desde simples cierres hasta exteriorizaciones, creemos que lo único positivo es la colectomía en un intento de salvar al paciente. Es lo que sucedió en la observación (Registro 129.228 de los Dres. Palma y Oronoz) en que la *colectomía subtotal con ileostomía* curó a la paciente después de muchas vicisitudes; perdido por perdido, si se decide la operación es para realizar la colectomía subtotal con ileostomía, ya que las otras operaciones paliativas fracasan siempre.

*Perforación crónica.* En que casi siempre hay que tratar un absceso que puede ser retrorectal (como en un caso nuestro) o bloqueado por el mesosigmoides. Pronóstico muy grave. Drenaje o resección, según el caso en particular.

## RESUMEN

En la colitis ulcerosa crónica (C.U.C.) la cirugía puede ser *electiva*, de *emergencia* y de *urgencia*.

La *electiva* es la ideal, porque se realiza fuera de la crisis con estado general y psicológico relativamente bueno, permitiendo la cirugía de elección: *ileostomía definitiva con proctocolectomía total en un tiempo*. La variante es en dos tiempos: 1º) ileostomía con colectomía subtotal y abocamiento del sigmoides en región suprapúbica; 2º) (varios meses después) resección rectosigmoidea por vía abdominoperineal.

La de *emergencia*, es cuando la evolución fatal es inminente como en las peritonitis por perforación, haciéndose la operación sin preparación previa y con resultados frecuentemente funestos.

La de *urgencia*, se hace cuando no puede controlarse con tratamiento médico, temiéndose los riesgos de la espera.

Es de urgencia y de urgencia relativa, como en las *proctorragias masivas* que no ceden con tratamiento médico, o en la *dilatación aguda tóxica del colon*.

En nuestra serie, de 217 C.U.C. (desde 1944) se operaron 72 (33%). De los 72 operados hay que separar 5 que se intervinieron con diagnóstico de transformación cancerosa.



De los 67 restantes, fallecieron 25 (37 %); 40 se operaron en la forma ideal electiva, falleciendo 8 (20 %); 27 se operaron de emergencia o urgencia, falleciendo 17 (65,5 %).

En el Hospital de Clínicas desde su inauguración hasta la fecha, ingresaron 69 C.U.C. y se operaron 22 (31,8 %). De los 22 operados, fueron de emergencia o urgencia 14, de los que fallecieron 9 (64,5 %).

Llama la atención la similitud de las dos estadísticas (la nuestra y la del Hospital de Clínicas); en ambas *los fallecidos por cirugía de urgencia fueron el 65 %*.

Las indicaciones quirúrgicas de urgencia de los 14 casos del Hospital de Clínicas fueron: 5 por dilatación aguda tóxica de colon; 4 por peritonitis; 2 por proctorragias masivas; 3 por cuadros toxiinfecciosos y desequilibrios electrolíticos irreversibles.

De los 14 casos, 5 fallecieron en el postoperatorio inmediato y 4 en el alejado de 3 a 11 meses. De esos 14 operados, en 6 se hizo solamente ileostomía (42,8 %) y en 8 se complementó con colectomía parcial o total.

**Conclusión:** El elevadísimo porcentaje de mortalidad de 65 % hace casi prohibitiva la cirugía de urgencia en la C.U.C.

Dos son los factores que influyen en este aterrador porcentaje: 1º) los enfermos suelen llegar al cirujano casi "in extremis" y se exige de la cirugía una función "salvavidas"; 2º) actuaron en casi todos los casos cirujanos diferentes, excelentemente capacitados en la cirugía general, pero sin gran experiencia en colitis ulcerosa crónica, utilizando a veces tácticas y técnicas muy variables, a veces inapropiadas. El manejo posterior del C.U.C. operado en agudo exige especialización médica y de enfermería.

La única solución para mejorar esta situación es la creación del *Departamento de Colitis Ulcerosa Crónica* (con personal médico, quirúrgico y de enfermería especializado), donde se centralicen todos los portadores de esta ingratísima enfermedad.

El diagnóstico y el tratamiento precoz bien orientados han de disminuir los porcentajes quirúrgicos y fundamentalmente número de C.U.C. complicadas, cuya cirugía es muy riesgosa.

## RÉSUMÉ

Dans la colites ulcéreuses chroniques C.U.C.) la chirurgie peut être *élective*, *d'urgence* et *d'urgence*.

*L'élective* c'est idéale, parce qu'elle se réalise en dehors de la crise, avec un état général et psychologique relativement bon, permettant la chirurgie d'élection: *iléostomie définitive avec rectocolectomie totale en un temps*. La variante est en 2 temps: 1º) iléostomie avec colectomie sub-totale et colostomie distale suprapubienne; 2º) (plusieurs mois après) rectosigmoïdectomie par voie abdomino-périnéale.

Celle *d'urgence* quand l'évolution fatale est imminente comme dans les péritonites par perforation, en faisant l'opération sans qui précède une préparation et avec des résultats funestes.

La *d'urgence*, se fait quand la maladie ne peut pas se contrôler avec traitement médical en craignant les risques de l'attente.

C'est d'urgence et d'urgence relative, comme dans *l'hémorragie massive* que ne céde avec traitement médical, ou en la *dilatation aigue toxique du colon*.

Dans notre série de 217 C.U.C. (des 1944) se sont opérés 72 (33 %). Des 72 opérés il faut séparés 5 qui se sont intervenus avec un diagnostic de transformation cancéreuse.

Des 67 restants, 25 ont morts (37 %); 40 se sont opérés en la forme élective, mourant 8 (20 %); 27 se son opérés d'urgence et d'urgence, 17 ont morts (65,5 %).

Dans l'Hôpital de Cliniques (Facultad de Medicina de Montevideo) dès sa inauguration jusqu'aujourd'hui, ils ont entrés 69 C.U.C. et opérés 22 (31,8 %). Des 22 opérés, 14 ont été d'urgence ou d'urgence, il y a eu 9 décès (64,5 %).

On remarque la ressemblance des deux estadísticas (la notre et celle de l'Hôpital de Cliniques); dans les deux, *les décès par chirurgie d'urgence a été 65 %*.

Les indications chirurgiques d'urgence des 14 cas de l'Hôpital de Cliniques furent: 5 par dilatation aigue toxique de colon; 4 par péritonites; 2 par rectorragie masives; 3 par cadres toxi-infectieux et déséquilibres electolitiques irréversibles.



Des 14 cas, 5 ont décès dans le post-opératoire immédiat et 4, 3 a 11 mois après. De ces 14 opérés, en 6 on a fait seulement ileostomie (42,8 %) et en 8 on a complété avec coléctomie parçiale ou totale.

*Conclusion:* Le haut pourcentage de mortalité de 65 % fait presque prohibitive la chirurgie d'urgence dans la C.U.C.

Deux sont les facteurs qui influent dans ce terrifiant pourcentage: 1<sup>o</sup>) les malades arrivent au chirurgien presque et on exige de la chirurgie une fonction de sauvetage; 2<sup>o</sup>) des chirurgiens différents ont procédés dans presque tous les cas, avec capacité excellente dans la chirurgie générale, mais sans expérience en C.U.C., utilisant quelques fois tactiques et techniques très différentes, quelques fois inconvenables. Le mainiement ponstérieur du C.U.C. opérer en aigu exige spécialisation médicale et d'infirmierie.

L'unique solution pour améliorer cette situation c'est la création du *Département de Colite Ulcéreuse Cronique* (avec personnel médical chirurgieque et d'infirmierie spécialisé), où se centralisent tous les malades de C.U.C.

Le dianostie et le traitement précoce bien orientés ont de disminuer le pourcentage chirurgieque et fondamentalement le nombre de C.U.C. compliquées.

## SUMMARY

In cases of chronic ulcerous colitis (C.U.C.) surgery can be divided into *elective*, *emergency* and *urgency*.

The ideal surgery is the *elective*, since it is performed when no crisis exists and with relatively good general and psychological condition of the patient; It consists of a *definitive ileostomy with total proctocolectomy in one stage*. The variation consists of performing surgery in two stages: 1<sup>o</sup>) ileostomy with subtotal colectomy and sigmoidal colostomy in the supra-public region; 2<sup>o</sup>) (several month later) rectosigmoid resection by abdominoperineal approach.

*Emergency* surgery is performed when death is imminent, such as in cases of peritonitis due to perforation; the operation includes no previous preparation and the results are often unfortunate.

*Urgency* surgery, is performed when medical treatment cannot control the disease, and waiting is risky.

Cases such as *massive proctorrhages* which do not heal with medical treatment or *acute toxic distention of the colon* are of relative urgency.

In our series of 217 C.U.C. (since 1944) we operated 72 patients (33 %). These 72 cases include five patients with diagnosis of cancerous transformation.

Out of the remaining 67, 25 died (20 %); 27 were emergency or urgency operations, out of which 17 died (65,5 %).

In the Hospital de Clínicas (University Hospital) there have been 69 cases of C.U.C. since it was inaugurated, out of which 22 were operated upon (31,8 %); 14 of these were emergency or urgency cases and 9 died (64,5 %).

There is a striking similitude between our wha statistics and that of the Hospital de Clínicas: in both *deaths in urgency surgery* accounted for 65 %.

Urgency surgery was performed in the 14 cases at the Hospital de Clínicas for the following reasons: 5 acute toxic distention of the colon; 4 due to peritonitis; 2 due to massive proctorrhages; 3 due to toxic-infectious symptoms and irreversible electrolitic unbalance.

Out of these 14 cases, 5 died in the immediate post-operative period and 4 others, 3 to 11 months later. Of the 14 patients operated, 6 only underwent ileostomy (42,8 %) and in 8 cases it was complemented by partial or total colectomy.

*Conclusion:* The very high 65 % death-rate makes surgery in cases of C.U.C. almost prohibitive.

Two factors incide in this terrifying percentage: 1<sup>o</sup>) patients come to the surgeon practically "in extremis" and the surgeon has to fight to save the patients lives; 2<sup>o</sup>) in practically all cases surgeons were different; they all were highly skilled in general surgery but did not have much experience in chronic ulcerous colitis and employed varying, and sometimes, inappropriate, tactics and techniques. Post-management of operated C.U.C. patients demands medical and nursing specialization.



The only solution for improving this situation is the creation of a *Chronic Ulcerous Colitis Department* (with specialized medical, surgical and nursing staff), where all patients with this most unfortunate disease can be centralized.

Well orientated and early diagnosis and treatment should reduce surgery rates, especially those with complicated C.U.C., when surgery is highly risky.

## BIBLIOGRAFIA

### Nacional.

1. CASANOVA, M. A. *Evolución inmediata y alejada de la colitis ulcerosa crónica operada*. Monografía. Fac. Med. Montevideo, 1969.
2. GUTIERREZ BLANCO, H. *Colitis ulcerosa crónica*. *Patología digestiva*. T. 2, Varela Fuentes, B. Muñilla, A., 1947.
3. GUTIERREZ BLANCO, H. *Colitis ulcerosa crónica*. *An. Fac. Med. Montevideo*, 34: 471, 1949.
4. GUTIERREZ BLANCO, H. *Primeras Jornadas Argentinas de Proctología*. *Colitis ulcerosa crónica*. Tratamiento quirúrgico, págs. 110-112. Ed. Vergara.
5. GUTIERREZ BLANCO, H. Consideraciones sobre la patogenia de la C.U.C. Su tratamiento con las corticotropinas y los glucocorticoides. A propósito de 9 casos. *Rev. Clínica* (Montevideo), 3: 15, 1953.
6. GUTIERREZ BLANCO, H. Características de las colitis ulcerosas crónicas en el Uruguay (137 casos). *Día Médico Uruguayo*, 331: 3290, 1960.
7. GUTIERREZ BLANCO, H. y LORENZO Y LOSADA, H. Características de la colitis ulcerosa grave en el Uruguay. *Anales del 1er. Congreso Latinoamericano y X Brasileiro de Proctología* (S. Paulo, Brasil), 2: 689, 1960.
8. GUTIERREZ BLANCO, H. Proctorragias masivas en las colitis ulcerosas crónicas. *Día Médico Uruguayo*, 344: 3345, 1961.
9. GUTIERREZ BLANCO, H. Características de las colitis ulcerosas crónicas en el Uruguay (a propósito de 200 casos). *V Congreso Médico del Uruguay*, 2: 789, 1962.
10. GUTIERREZ BLANCO, H. *Colitis ulcerosa crónica en el Uruguay (217 casos)*. *III Congreso Latinoamericano de Proctología* (Santiago, Chile), 1966.
11. GUTIERREZ BLANCO, H. Radiología en la colitis ulcerosas crónicas. *Reunión Extraord. Asoc. Interameric. de Gastroenterología* (Madrid), 3: 1, 1966.
12. GUTIERREZ BLANCO, H. y MONTERO, J. *Colitis ulcerosa crónica y embarazo*. *Reunión Extraord. Asoc. Interameric. de Gastroenterología* (Madrid), 3: 14, 1966.
13. GUTIERREZ BLANCO, H. y MONTERO, J. Dilatación aguda tóxica del colon en las colitis ulcerosas crónicas. *III Congreso Latinoamericano de Proctología* (Santiago, Chile), 427, 1966.
14. GUTIERREZ BLANCO, H. *Proctocolectomía en las colitis ulcerosas crónicas con descenso del ileon al canal anal (un caso con buena evolución)*. *Reunión Extraord. Asoc. Interameric. de Gastroenterología* (Madrid), 3: 33, 1966.
15. GUTIERREZ BLANCO, H. *Colitis ulcerosa crónica y cáncer*. *Reunión Extraord. Asoc. Interameric. de Gastroenterología* (Madrid), 3: 40, 1966.
16. LORENZO Y LOSADA, H. *Tratamiento médico e indicación quirúrgica en las colitis ulcerosas crónicas*. *Anales del 1er. Congreso Latinoamericano y X Brasileiro de Proctología* (S. Paulo, Brasil), 1: 184, 1960.
17. LORENZO Y LOSADA, H. *Complicaciones de las colitis ulcerosas crónicas*. *V Congreso Médico del Uruguay*, 2: 835, 1962.
18. OROÑOZ LUCHO, L. A. *Las colitis ulcerosas crónicas en el Hospital de Clínicas desde su fundación*. *II Congreso Médico del Uruguay*, 2: 835, 1962.
19. PALMA, E. y GUTIERREZ BLANCO, H. *Ileos-tomía transcecal*. *III Congreso Latinoamericano de Proctología* (Santiago, Chile), 261, 1966.
20. TAJES, V. *La proctocolectomía total en un tiempo*. *Indicaciones y técnicas*. *Rev. Síntesis Médica* (Montevideo), 2: 17, 1958.

### Extranjera.

21. AYLETT, J. O. *Conservative surgery in treatment of ulcerative colitis*. *Brit. M. J.*, 2: 2348, 1953.
22. BACON, H. E. *10 Cong. Latinoamer. Proctología* (Montevideo), 2: 834, 1963.
23. BERGERET et CHAMPEAU, M. M. *Arch. Mal. App. Digestif.*, 41: 504, 1952.
24. BOCKUS, H. L. and col. *Ulcerative colitis gastroenterology*. Second Series. Avery Jones. New York, 1958.
25. BROOKE, B. N. *In defense of ileotomy*. *Lancet*, 2: 532, 1956.
26. DEVINE, *Jour. Gynec. Obst.*, 91: 310, 1951.
27. ETALA, E. y LOPEZ, P. A. *La dilatación aguda del colon en la colitis ulcerosa*. *La Prensa Médica*, 56: 465, 1969.
28. GOLIGHER, J. C. *Extraperitoneal colestomy or ileostomy*. *Brit. J. Surg.*, 46: 97, 1958.
29. MARSHAK, R. H., LESTER, L. J. and FRIEDMAN, A. L. *Megacolon complication of ulcerative colitis*. *Gastroenterology*, 16: 768, 1950.
30. MILLER, G. G., GARDNER, C. M. and RIPS-TEIN, C. B. *Primary resection of the colon in ulcer. colitis*. *M. A. J.*, 60: 584, 1949.
31. RAVITCH, M. M. and HANDELMAN, C. *One stage resection of entire colon and rectum for ulc. colitis and polypoid adenomatosis*. *Bull. John Hopkins Hosp.*, 88: 59, 1951.
32. STRAUSS, A. A. and STRAUSS, S. V. *Clin. North. Am.*, 24: 211, 1944.
33. THOMFORD, N. R., RYBAK, J. J. and PACE, W. G. *Toxic megacolon*. *Surg. Gynec. Obst.*, 128: 1, 1969.
34. WILKS, S. and MOXON, W. *Lectures en pathological anatomy*. 2ª ed., p. 672. London, 1875. (Citado por Bargen, A.: *The Modern Management of colitis*, Baltimore, 1943.