

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA COLITIS ULCEROSA

Dres. LAURENCE S. FALLIS
y EMILIO MORFIN *

INTRODUCCION

Poco más del 90,0 por ciento de los pacientes con colitis ulcerosa, responden a tratamiento médico, en el sentido de que el padecimiento se puede mantener controlado. Sin embargo, el término "curación" sólo se puede aplicar en muy raras ocasiones, ya que exacerbaciones y recaídas son más bien la regla.

INDICACIONES OPERATORIAS

A) CASOS AGUDOS

Aproximadamente en 5,0 por ciento del total de casos hospitalizados por colitis ulcerosa, el enfermo se agrava progresivamente hasta caer en un estado tóxico, característico del tipo fulminante del padecimiento. El proceso de deterioro es gradual en la mayoría de los casos, pero algunas veces este deterioro tiene carácter explosivo, el enfermo pasa a un estado de suma gravedad en pocos días y ocasionalmente en unas cuantas horas.

El uso de corticosteroides sin duda ha sido de gran valor en el tratamiento de algunos casos fulminantes; sin embargo, parece que los resultados son menos satisfactorios cuando hay una recaída después del uso de estas drogas..

El problema del manejo de estos pacientes es sumamente complejo y requiere una absoluta cooperación entre el internista y el cirujano. El cirujano siempre tiene que ser parte activa en el tratamiento y así se evitan decisiones precipitadas en situaciones de emergencia creadas por perforación intestinal, hemorragia severa o el tremendo desequilibrio electrolítico que

* Del Departamento de Cirugía del Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan.

ocurre, por ejemplo, en el llamado megacolon tóxico. En estas circunstancias es importante para el cirujano haber estado en contacto directo con el paciente antes de la iniciación de la emergencia, así como también en caso de que el problema se vaya a resolver quirúrgicamente.

Una vez que se ha decidido la intervención quirúrgica, todavía queda el problema de decidir el tipo de operación. El dilema se acrecienta al considerar que este padecimiento puede tener remisiones espontáneas, aun en casos aparentemente perdidos. Probablemente no hay otro padecimiento en que el enfermo, en ocasiones, parece irremisiblemente perdido y sin embargo se recupera. Todos los médicos con experiencia en este padecimiento han visto casos de pacientes que rehusan la intervención quirúrgica y sin embargo mejoran. Por otro lado, no hay duda de que se han salvado innumerables vidas debido a una intervención quirúrgica a tiempo.

Todavía existe controversia hacia cuál es la mejor intervención quirúrgica en emergencias. Hay quienes (1) mantienen que el procedimiento de elección es ileostomía y colectomía subtotal; su raciocinio es que el paciente está moribundo debido a la absorción de material tóxico a través del colon ulcerado, e insisten en que la resección del colon es mandatoria. Los argumentos de este grupo son lógicos y los resultados publicados son satisfactorios. Nosotros, sin embargo, creemos que el objetivo inmediato de la intervención de emergencia es salvar la vida del paciente y no necesariamente el tratamiento definitivo. Por lo tanto, nosotros seguimos la práctica de efectuar la ileostomía de urgencia bajo anestesia local; siempre teniendo presente que éste es sólo el primer tiempo operatorio y que en un segundo tiempo completaremos la operación resecaando el colon y recto. Las complicaciones, tales como perforación intestinal, o hemorragia severa, se tratan con las medidas usuales, incluyendo colectomía. Hay que mencionar que no todos los pacientes responden igual a la ileostomía. En algunos casos el curso del padecimiento se aborta en forma dramática; en otros, por el contrario, la enfermedad progresa fatalmente.

B) CASOS CRONICOS

En los casos crónicos, la indicación quirúrgica es más clara y consideraremos dos grupos. El primer grupo es el de aquellos pacientes que sufren constantes recaídas, a tal grado que no pueden vivir una vida normal. El segundo grupo está formado por aquellos pacientes que padecen complicaciones, locales o sistémicas (cuadro I), entre las cuales las más comunes son: pseudo-

poliposis, fístulas internas, obstrucción del colon, carcinoma e infección persistente en la región perianal. La complicación más seria es carcinoma, que se presenta en 5,0 por ciento de los casos aproximadamente. Sólo un porcentaje mínimo de los enfermos que desarrollan cáncer se pueden salvar, aun con operaciones radicales; la razón es que, debido al padecimiento original, los dos síntomas clásicos de cáncer del colon (sangrado y diarrea) se atribuyen a la colitis ulcerosa, y cuando el cáncer se descubre ya está demasiado avanzado. Ulceras anales resistentes al tratamiento usual, abscesos isquiorrectales y fistulas anales, son la única indicación de que el colon está afectado por el padecimiento en casos por demás asintomáticos o en casos segmentarios.

Cuadro I

COMPLICACIONES EN CASOS CRONICOS

A) Locales:

- 1) Pseudopoliposis.
- 2) Fístula interna.
- 3) Obstrucción del colon.
- 4) Infección perianal persistente.
- 5) Carcinoma.

B) Sistémicas:

- 1) Infantilismo.
- 2) Dedos en palillo de tambor.
- 3) Trastornos articulares.
- 4) Dermatitis.
- 5) Iritis.
- 6) Hepatitis.
- 7) Cirrosis del hígado.
- 8) Absceso hepático.
- 9) Degeneración grasosa del hígado.
- 10) Decalcificación de los huesos.
- 11) Cálculo renal.
- 12) Avitaminosis.

Las complicaciones sistémicas se deben a la absorción de materiales tóxicos a través del colon ulcerado y puede producir un grupo bizarro de síntomas que varían de infantilismo hasta avitaminosis, tal como se menciona en el cuadro I. En este grupo se pueden encontrar complicaciones tan poco relacionadas unas con otras como dedos en palillo de tambor, artropatías, dermatitis e iritis. Cuando el hígado está afectado, esto manifiesta

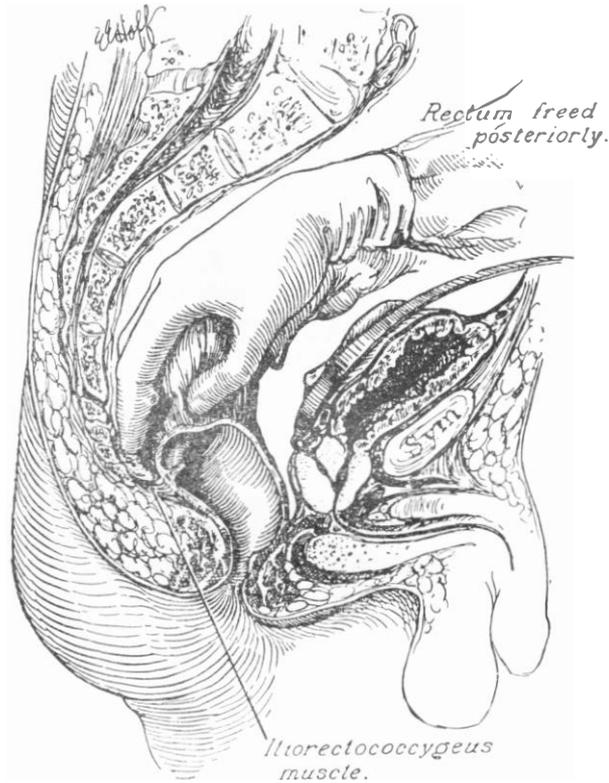


Foto I.— La movilización posterior va más allá del cóccix. Se tiene que seccionar el músculo ileorrectococígeo para liberar la curvatura posterior del recto

como hepatitis, cirrosis, abscesos hepáticos o degeneración grasa. Algunas veces hay cálculos renales, debido a la movilización del calcio. La aparición de complicaciones es una llamada de atención hacia la gravedad del padecimiento y la necesidad de extirpar todo el colon enfermo.

En los casos crónicos también hay controversia en relación con el procedimiento quirúrgico de elección. La tendencia actual es practicar proctocolectomía total e ileostomía en un solo tiempo; sin embargo, en pacientes muy debilitados o considerados grandes riesgos quirúrgicos, se recomienda dividir la operación en dos tiempos. El primer tiempo consiste en ileostomía y colectomía subtotal, y en el segundo tiempo se contempla la intervención resecaando lo que resta del colon y el recto. Recientemente, varios enfermos que habían venido recibiendo fuertes

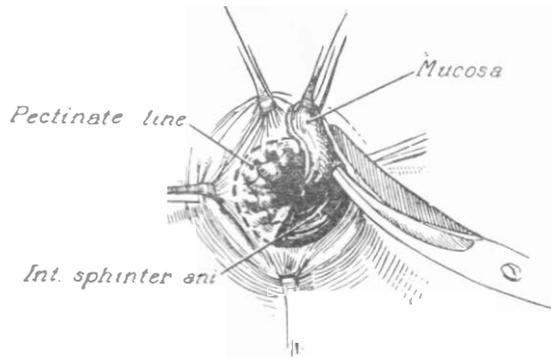
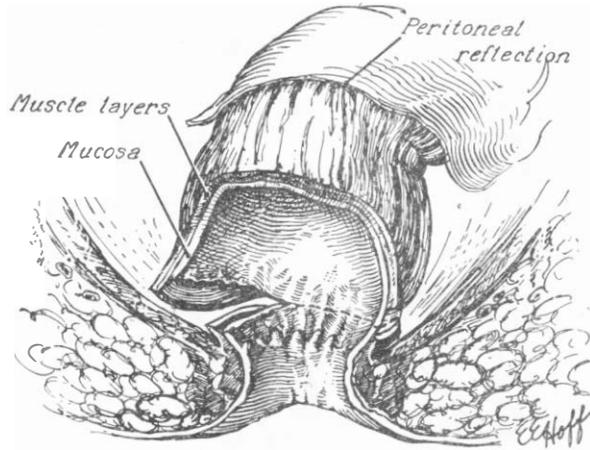


Foto II.— Con unas tijeras largas y curvas se secciona la capa muscular y submucosa cerca de los elevadores del ano. Aumentando un poco la tracción el recto se moviliza y la mucosa se secciona por arriba de la línea dentada.

dosis de corticosteroides, se han complicado en el postoperatorio con ulceración y perforación del intestino. Hemos llegado a la conclusión de que en pacientes que han recibido esteroides por largo tiempo, es mejor practicar la intervención quirúrgica en dos tiempos. Cuando la proctocolectomía en un solo tiempo está indicada, nosotros (2) preferimos practicarla a través del abdomen, eliminando el tiempo perineal (fotos I y II). En esta forma se elimina la caída de presión arterial y shock, que algunas veces se observa con el cambio de posición del enfermo. Esta complicación, aunque no tan frecuente como en el pasado, hay que tomarla en cuenta, si consideramos la magnitud de la operación

y el tipo de enfermo que estamos tratando. Por supuesto que no todos los pacientes son candidatos para la operación en un solo tiempo, y se debe poner excesivo cuidado en la selección de pacientes para esta operación. Una ileostomía funcionando en forma adecuada, es una de las partes más importantes de la operación. En pacientes muy depletados se recomienda la ileostomía como primer tiempo operatorio; en esta forma, los cambios químicos y metabólicos que ocurren como consecuencia de la ileostomía, se resuelven antes de proceder con el segundo tiempo que es el mayor.

El uso de aparatos para la ileostomía ha aumentado el entusiasmo por la operación radical y ha simplificado el problema. En esta forma se ha hecho tolerable la existencia de estos pacientes, ya que con mínimos inconvenientes pueden participar en la vida económica, familiar y social. Sin embargo, a pesar de estos avances, todavía existe una tremenda resistencia del paciente a aceptar un ano contra natura. Esta resistencia, en ocasiones hace al paciente posponer la operación hasta que ésta es asunto de vida o muerte. Tanto cirujanos como pacientes, nunca han abandonado la idea de una operación que, al mismo tiempo que quitara el órgano enfermo, pudiera preservar el mecanismo esfintérico. Los resultados obtenidos con colectomía subtotal e ileosigmoidostomía han sido en general poco satisfactorios, debido a exacerbación del padecimiento en la porción remanente de colon y al desarrollo de carcinoma. La proctocolectomía total con ileostomía anal fue un fracaso.

La reconsideración del problema de operaciones para reconstruir la continuidad intestinal en la colitis ulcerosa ha recibido ímpetu con los trabajos de Abel (3) y Ayplett (4), y el reporte de Turnbull (5), y nuestra limitada pero prometedora experiencia (6, 7), nos ha permitido continuar usando la ileorrectoanastomosis en casos seleccionados.

El requisito más importante y primario, es contar con un mecanismo esfinteriano eficiente e intacto. En general, pacientes que han sufrido infecciones perianales repetidas que requieren intervención quirúrgica, no son candidatos para esta operación, ya que, como mencionamos, es fundamental contar con control esfintérico adecuado, pues el recto tiene poca capacidad de almacenamiento. Considerando que prácticamente en todos los casos el recto está invadido por el padecimiento, un aspecto importante de tomarse en cuenta es el grado de invasión. En todos nuestros casos hemos observado edema moderado y ulceraciones superficiales que le dan al recto ese aspecto granuloso tan característico. Pacientes con ulceraciones profundas, pseudopoliposis y fibrosis, son descartados para esta operación. En algunos pacientes en los que se había planeado la intervención en dos

tiempos, en el intervalo entre la ileostomía y la ileorrectoanastomosis, el muñón rectal se contrajo y perdió su elasticidad. Esto se corrigió insuflando el muñón rectal con aire, semanalmente; en todos los casos la elasticidad volvió y los resultados fueron satisfactorios. Después de la operación con el funcionamiento activo, el recto se distiende y adquiere una buena capacidad de almacenamiento. Otro requisito que deben tener los candidatos para esta operación, es estabilidad emocional. El paciente tiene que comprender que, si la ileorrectostomía fracasa, la ileostomía permanente es inevitable.

ANASTOMOSIS

La anastomosis términoterminal, con intestinos de diferente calibre, con una de las asas enferma y desprovista de peritoneo en su porción posterior, está muy lejos de lo ideal. Por lo tanto, nosotros empleamos una anastomosis término lateral que es más

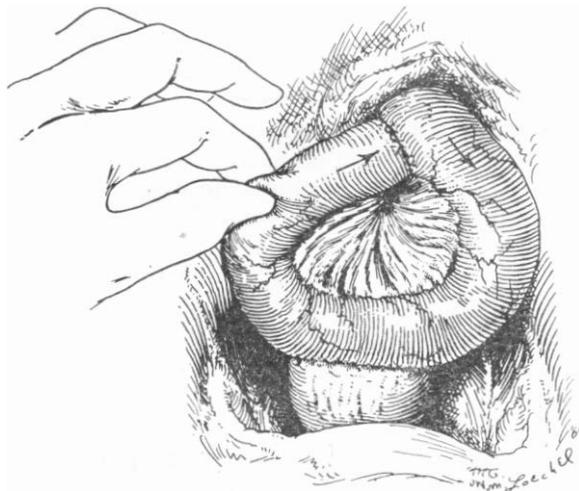


Foto III.—Anastomosis términoterminal, látero terminal y anastomosis en círculo.

segura. La anastomosis en forma de círculo (foto III) se ha proyectado tratando de evitar la dilatación terminal que complica una asa ciega. Procedemos en la forma siguiente: hacemos la colectomía total y el recto se secciona entre la válvula media y superior, un poco arriba de la reflexión peritoneal. Una anas-

tomosis término-lateral, entre la luz del recto y la porción lateral del íleon, aproximadamente a 10 pulgadas de su terminación. El círculo se completa por medio de una anastomosis término-lateral, entre la porción terminal del íleon y la parte lateral del mismo, a 8 ó 10 pulgadas arriba de la anastomosis íleorrectal (foto IV). Visto de arriba, tal como lo ve el cirujano, estas anastomosis forman un 9 invertido. Por medio de este procedimiento, se aprovechan las ventajas de la anastomosis lateral sin los in-

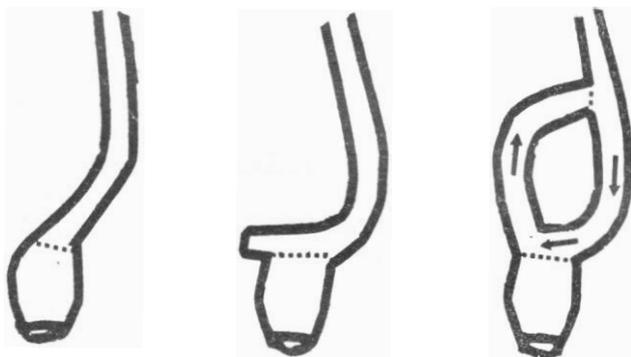


Foto IV.— Anastomosis término-lateral, látero-terminal y anastomosis en círculo

convenientes de un asa ciega. Además, nuestros estudios radiológicos han demostrado que la columna de bario baja hasta el íleon y una cierta cantidad no pasa al recto, sino que prosigue hacia arriba, empujada por la acción peristáltica y vuelve al íleon. Por lo tanto, con este tipo de anastomosis no sólo se aumenta la capacidad de almacenamiento, sino también la absorción de líquido.

PREPARACION DEL PACIENTE PARA LA OPERACION

Cuando la decisión de proceder a la colectomía total ha sido tomada, en general se cuenta con tiempo suficiente para preparar al paciente, excepto en casos de emergencia, tales como perforación o hemorragia, o en los casos fulminantes en que una ileostomía de emergencia puede salvar la vida del enfermo. Todos los pacientes presentan un serio problema nutricional. Nuestra experiencia nos ha enseñado que, mejorando el estado nutricional del paciente, los cambios metabólicos y químicos se ajustan

automáticamente. Hemos logrado este objetivo, por medio del uso de una bomba de alimentación y el uso de alimentos naturales licuados (8). En esta forma, nos es posible dar al paciente entre 5.000 y 8.000 calorías en 24 horas. La condición general del paciente se mejora rápidamente, la diarrea disminuye, el enfermo se siente mejor y con deseos de vivir. En algunos pacientes, la situación de deficiencia se puede corregir en un período tan corto como de diez días, o bien puede tomar hasta un mes. Si la hemoglobina está baja, se corrige por las medidas usuales. La preparación del intestino es con sulfas no absorbibles. Antes de la operación, pasamos un tubo de Miller-Abbott con un doble propósito: tratar el íleo postoperatorio y mantener el intestino en cierta posición, mientras se forman las inevitables adherencias.

RESULTADOS

La colectomía total es factible, con una mortalidad operatoria de menos del 5 por ciento, y ofrece completa rehabilitación en la mayoría de los enfermos. Muchos inválidos crónicos han sido devueltos a la sociedad como miembros útiles. Algunos casos, desgraciadamente, nunca se llegan a adaptar emocionalmente a la ileostomía permanente. Este es el grupo que seriamente debemos considerar para ileorrectostomía; los resultados, aunque difíciles de predecir, frecuentemente son mejores de lo que se esperaba.

Durante el período de 1957 a 1964, en 36 enfermos se practicó anastomosis íleorrectal y se obtuvieron los siguientes resultados. La mortalidad fue 0 en el período postoperatorio inmediato, pero 5 enfermos murieron debido a causas relacionadas con la intervención quirúrgica. Dos enfermos murieron a consecuencia de perforación de íleon y hemorragia, a los treinta y dos y cuarenta y dos días de la operación, respectivamente. Un paciente de edad avanzada, con complicaciones múltiples, sobrevivió setenta y dos días, y finalmente murió de una complicación pulmonar. Infección abdominal generalizada con múltiples abscesos, ocasionó la muerte en dos pacientes, siete meses después de la operación. Todos los sobrevivientes, con la excepción de uno, han vuelto a sus actividades normales. En 19 pacientes los resultados han sido excelentes; todos han ganado peso y llevan vidas normales, con menos de 5 evacuaciones diarias. En los restantes 9 enfermos, los resultados van de satisfactorio a bueno; todos han ganado y el número de evacuaciones mayor (5 a 8); sin embargo, ninguno de ellos quiere volver a tener una ileostomía. Dos pacientes que habían tenido dificultad debido al número frecuente de evacuaciones, han tenido que ser sometidos a

ileostomía y los resultados se consideran como no satisfactorios. Una paciente no ha ganado peso y tiene aproximadamente 7 evacuaciones al día: el resultado es poco satisfactorio; sin embargo, esta enferma definitivamente rehusa tener una ileostomía.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

1) Una ileostomía practicada bajo anestesia local, puede salvar la vida del enfermo en casos agudos y fulminantes de colitis ulcerosa.

2) La colectomía total, con resección del recto e ileostomía permanente, es mandatoria cuando aparecen complicaciones locales o sistémicas.

3) Se recomienda el uso de la intervención en dos tiempos, cuando no se opera en condiciones ideales, o en pacientes que por largo tiempo han recibido corticosteroides.

4) En casos seleccionados, la colectomía total con preservación del recto e ileorrectoanastomosis, puede dar buenos resultados si el recto está afectado sólo en forma mínima. De nuestros 36 casos, en 19 se obtuvo excelente resultado.

BIBLIOGRAFIA

1. MILLER, G. G.; GARDNER, C. M. and RIPSTEIN, C. B.—Primary resection of the colon in ulcerative colitis. "Canad. M. A. J.", 60: 584; 1949.
2. FALLIS, L. S.—One-stage total colectomy for ulcerative colitis. "Am. J. Surg.", 92: 696; 1956.
3. ABEL, A. L.—Ulcerative colitis. "Brit. M. J.", 2: 52; July 2, 1955.
4. AYPLETT, S.—Ulcerative colitis treated by total colectomy ileorectal anastomosis. 10 yr. review. "Proc. Roy. Soc. Med.", 56: 183; March 1963.
5. TURNBULL, R. B. (Jr.).—Surgical management of ulcerative colitis. "J. A. M. A.", 162: 1025; March 7, 1959.
6. FALLIS, L. S. and BARRON, J.—Loop ileorectostomy. "Proc. Roy. Soc. Med.", 52: 28; 1959.
7. FALLIS, L. S. and BARRON, J.—Ileorectal anastomosis in ulcerative colitis. "A. M. A. Arch. Surg.", 81: 444; Semtember 1960.
8. BARRON, J. and FALLIS, L. S.—Tube feeding with liquefied whole food. "S. Forum Am. Coll. Surg.", 4: 519; 1953.