

Alternativas Quirúrgicas para el Tratamiento de la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica

Dr. Takeshi Takahashi*, Dr. Jorge Arch*, Dr. Tito Gómez-Méndez*, Dr. Sergio Cárdenas*

* Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Takeshi Takahashi, Departamento de Cirugía. Vasco de Quiroga 15, Delegación Tlalpan, México, D.F.

RESUMEN Antecedentes: Se han desarrollado nuevas técnicas para el manejo quirúrgico de la colitis ulcerativa crónica inespecífica. **Objetivo:** En este artículo de revisión se analizan las alternativas quirúrgicas actuales para definir su papel en el manejo general de los pacientes con CUCI. **Resultados:** La proctocolectomía total no restaurativa con ileostomía permanente continúa siendo la operación estándar de oro para la CUCI. La proctocolectomía total restaurativa, con o sin excisión de la zona de transición anal, se está convirtiendo en la operación más ampliamente utilizada. Evita una ileostomía permanente, y permite buenos resultados funcionales en la mayoría de los pacientes. La proctocolectomía subtotal con una bolsa de Hartmann es un procedimiento adecuado en los pacientes operados de urgencia, para permitir la realización de un reservorio ileoanal en una operación subsecuente. La colectomía con anastomosis ileorrectal, y la creación de una ileostomía continente son procedimientos que deben limitarse a candidatos selectos. **Conclusiones:** Actualmente, la proctocolectomía total con reservorio ileoanal es la operación de elección en la mayoría de los pacientes, pero el estado general preoperatorio es importante para definir la mejor alternativa quirúrgica en cada individuo.

Palabras clave: CUCI, cirugía.

La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) tiene una menor frecuencia en nuestro país que lo observado en Estados Unidos. Aún así, el diagnóstico y manejo de los pacientes con CUCI constituye una parte importante de la práctica clínica del gastroenterólogo.

En la última década, han surgido nuevas alternativas en el tratamiento quirúrgico de la CUCI¹⁻⁵, que permiten la curación potencial sin la necesidad de una ileostomía permanente, lo que ha abierto un panorama optimista e incluso ha motivado una tendencia a una

SUMMARY Background: Newer techniques for surgical treatment of chronic ulcerative colitis have been developed. **Purpose:** This review article analyzes the current surgical alternatives, attempting to define their role in the overall management of patients with chronic ulcerative colitis. **Results:** Non-restorative total proctocolectomy with permanent ileostomy remains as the gold-standard operation for chronic ulcerative colitis. Restorative total proctocolectomy, with or without excision of the anal transitional zone, is becoming one of the most widely used procedures for this disease. It avoids a permanent ileostomy, and permits good functional results in the majority of patients. Subtotal proctocolectomy, with a Hartmann Pouch may be an adequate procedure in patients operated upon on emergency basis, to permit an ileo-anal pouch in a subsequent operation. Colectomy with ileo-rectal anastomosis, and creation of a continent ileostomy are procedures that should be limited to selected candidates. **Conclusions:** Currently, total proctocolectomy with ileo-anal pouch seems to be the operation of choice in the majority of patients, but the preoperative general status is important to define the best surgical alternative for each patient.

Key words: CUCI, surgery.

cirugía más temprana en algunas de las indicaciones quirúrgicas. Debido a que una proporción importante de los pacientes con CUCI podrán requerir cirugía en un momento de su enfermedad, es muy importante estar actualizado y familiarizado con las opciones quirúrgicas actuales.

El presente trabajo tiene los objetivos de revisar y analizar las alternativas actuales en el tratamiento quirúrgico de la CUCI, enfatizando sus ventajas, desventajas y controversias.

INDICACIONES QUIRURGICAS

Las indicaciones quirúrgicas más frecuentemente aceptadas para la CUCI son falla de respuesta al tratamiento médico, presencia de complicaciones, prevención del desarrollo de neoplasias malignas, y falta de control de algunas manifestaciones extraintestinales¹⁻².

Falla de respuesta al manejo médico

La falla de respuesta al manejo médico es una de las indicaciones para cirugía más frecuentes y mejor reconocidas. Sin embargo, su definición puede ser poco clara y variar entre diferentes gastroenterólogos. En general es necesario tomar en cuenta la persistencia y severidad de los síntomas del enfermo, pero también los efectos secundarios y riesgos de los medicamentos que toma¹⁻².

Desafortunadamente, con cierta frecuencia los pacientes son referidos tardíamente a cirugía por miedo a las complicaciones secundarias a la misma, con deterioro importante de su estado general, lo que origina en efecto una mayor morbimortalidad operatoria. Los resultados funcionales obtenidos con los procedimientos preservadores de esfínter, han motivado una tendencia a indicaciones más precoces para cirugía de lo considerado previamente⁶.

Presencia de complicaciones

Las complicaciones agudas que pueden motivar una operación de urgencia son la presencia de colitis fulminante con megacolon tóxico y/o perforación, o la presencia de hemorragia colónica difusa grave⁷⁻⁸.

Prevención de carcinoma

Se ha demostrado que los pacientes con CUCI tienen un mayor riesgo al desarrollo de carcinoma colorrectal que la población general⁸⁻¹⁰. El mayor riesgo se presenta en los pacientes con afección pancolónica (proximal al ángulo esplénico), y en aquellos con muchos años de evolución (usualmente más de 7 a 10 años)⁸⁻¹⁰.

Las dos principales opciones para prevención de carcinoma son la vigilancia colonoscópica o la proctocolectomía profiláctica.

La vigilancia colonoscópica^{9,10} tiene por objeto la búsqueda de displasia, debido a la coexistencia de displasia y carcinoma. Desafortunadamente, este método tiene algunas limitantes. La correlación entre cáncer y displasia es variable, y se ha encontrado que hasta un 30% de pacientes con carcinoma pueden no presentar displasia^{9,10}. Además, el cáncer no siempre es precedido por displasia, y existe la posibilidad de que haya displasia no detectada

por las biopsias endoscópicas. Asimismo, aunque inicialmente se enfatizó el valor del grado de la displasia, se ha visto que inclusive pacientes con displasia de bajo grado pueden desarrollar carcinoma.

Si se decide realizar la vigilancia colonoscópica, debe iniciarse cuando menos a los siete años de evolución, principalmente en aquellos pacientes con pancolitis, y debe efectuarse el estudio con intervalos de uno a dos años, con realización de múltiples biopsias en cada uno de los estudios.

Las indicaciones para proctocolectomía en los pacientes sometidos a este esquema serán la aparición de displasia de alto o bajo grado de malignidad asociado a una masa, la presencia de displasia de alto grado en más de un estudio, la existencia de displasia de bajo grado persistente en más de tres estudios, o la presencia de displasia en múltiples sitios.

Debido a las limitantes anteriormente mencionadas de la vigilancia colonoscópica, la otra opción sería la proctocolectomía profiláctica, sobre todo en pacientes jóvenes, con pancolitis y/o más de siete años de evolución. Por supuesto, si se detecta carcinoma en un momento dado, existe indicación quirúrgica.

Manifestaciones extraintestinales

Dentro de las manifestaciones extraintestinales, las que pueden responder al manejo posterior a proctocolectomía son la uveítis, artritis migratoria, pioderma gangrenoso y eritema nodoso¹¹.

ALTERNATIVAS QUIRURGICAS

Sin tratar de profundizar en anatomía quirúrgica, es necesario revisar algunos aspectos básicos para un mejor entendimiento de las alternativas quirúrgicas⁸ (Figura 1).

Por definición⁸, el recto inicia proximalmente a nivel del promontorio sacro y termina a nivel de su cruce con el músculo puborrectal, que es el más medial de los músculos elevadores del ano. Distalmente, el tubo digestivo se continúa en una longitud de 3 a 4 cm, como el canal anal, que empieza en la unión anorrectal y termina en la margen anal. Dentro del canal del ano, es muy importante identificar la línea dentada o pectínea, que se encuentra aproximadamente a 2 cm proximales a la margen del ano. Proximal a la línea dentada, se halla la zona de transición o cloacogénica, en donde pueden encontrarse células columnares, transicionales o escamosas. Los pacientes con CUCI pueden presentar actividad y desarrollo de neoplasia si se deja esta zona de transición sin reseca. Distal a la

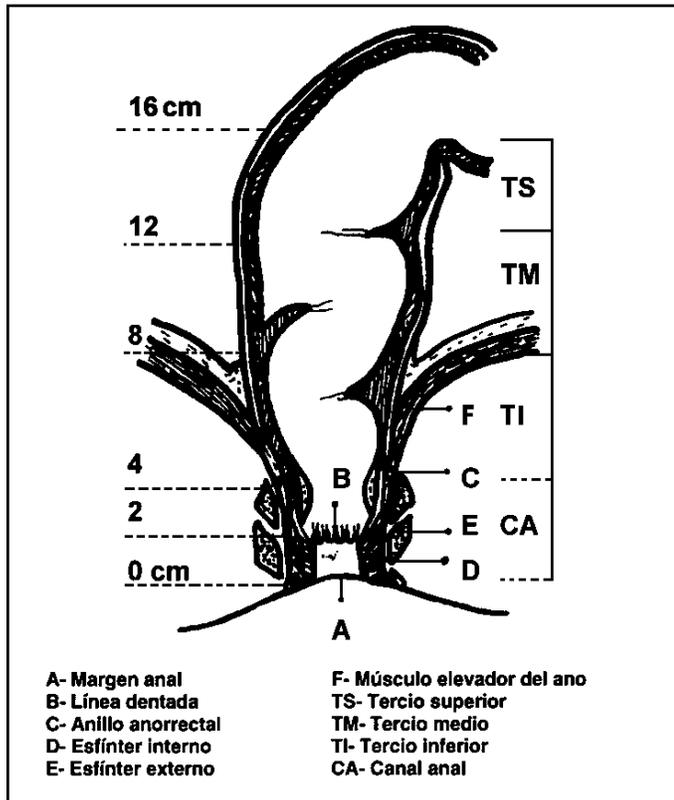


Figura 1. Divisiones anatómicas del recto y anatomía de los esfínteres.

línea dentada, se encuentra el anodermo, que es un tipo de tejido de características similares a la piel, pero sin estructuras accesorias. Se considera que el anodermo no es susceptible de actividad de CUCI ni de desarrollo de neoplasia.

A nivel de la parte más inferior del recto y del canal anal se encuentra el área de los esfínteres. El esfínter interno es la continuación de la capa muscular circular del recto, la cual se hace más gruesa en el canal del ano y forma el esfínter. Rodeando por fuera al esfínter interno, se encuentra el esfínter externo, el cual se forma de músculo estriado. Proximalmente, las fibras del esfínter externo se correlacionan con las fibras del esfínter interno y del músculo puborrectal, en un sitio denominado ángulo anorrectal, que es imprescindible para la continencia fecal. Si se cortan las fibras a nivel del ángulo anorrectal, se tendrá casi irremediablemente incontinencia. Para una mejor orientación clínica, el ángulo anorrectal se encuentra aproximadamente a 4 cm de la margen del ano.

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA DEFINITIVA

Continúa considerándose como el estándar de oro para el tratamiento quirúrgico de CUCI. La operación incluye una resección total del colon, recto y canal del ano,

incluyendo el esfínter interno, y respetando el esfínter externo, para tratar de disminuir la morbilidad de la herida perineal.

Entre las ventajas de la operación, se tiene la posibilidad de curar al paciente debido a que se reseca toda el área susceptible de inflamación y de desarrollo de neoplasia. Su principal inconveniente es la necesidad de una ileostomía permanente, lo cual continúa siendo temido tanto por los pacientes como por sus médicos. Sin embargo, de manera interesante, estudios recientes estiman que la calidad de vida en estos pacientes es satisfactoria, e inclusive similar a la lograda con procedimientos que preservan el esfínter¹². A pesar de ello, en la práctica cotidiana, la mayoría de los gastroenterólogos y cirujanos tratan de evitar recomendar esta operación como primera opción para sus pacientes, y usualmente es realizada cuando existe contraindicación para efectuar un procedimiento preservador de esfínter, como en aquellos pacientes con sospecha de enfermedad de Crohn, o con daño anatómico o funcional de los esfínteres preoperatoriamente.

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON ILEOSTOMIA CONTINENTE (ILEOSTOMIA TIPO KOCK)

Consiste en la creación de un reservorio con íleon terminal, con la construcción de una válvula que impide la salida libre del material intestinal, por lo que los pacientes no necesitan utilizar bolsa de ileostomía¹³⁻¹⁴. Requiere la cateterización repetida por parte del paciente para vaciar el reservorio.

Su ventaja es que ofrece la posibilidad de curación, permitiendo al paciente tener un control sobre el momento y condiciones en que se vacía la bolsa de ileostomía.

Desafortunadamente, hay una cantidad importante de desventajas. La ileostomía continente es una operación de elevada complejidad técnica, y frecuentemente se acompaña de complicaciones que dificultan su utilidad o que motivan reoperaciones. Otro de los inconvenientes es la posibilidad de presentación de una entidad inflamatoria del reservorio, cuya etiología aún se desconoce, aunque parece estar relacionada a la etiopatogenia de la CUCI o a eventos infecciosos. Dicha entidad se denomina "inflamación del reservorio" o "pouchitis", y puede presentarse principalmente con diarrea, hemorragia, fiebre y ataque al estado general. El tratamiento principal incluye antibióticos, aunque en casos graves puede ser necesario inclusive desmantelar el reservorio.

Desde el punto de vista de los autores, las indicaciones para la ileostomía continente son limitadas. Puede contemplarse en pacientes con CUCI en quienes no se pudo realizar un procedimiento preservador de esfínter por alguna razón, discutiendo con ellos ampliamente las ya comentadas posibilidades de malfuncionamiento.

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON MUCOSECTOMIA Y RESERVORIO ILEO-ANAL

Es quizá uno de los procedimientos más empleados en la actualidad para el tratamiento del CUCI¹⁻⁵. Incluye resección total del colon y recto en todas sus capas, y resección de la mucosa y submucosa de la parte proximal del canal del ano, desde la línea dentada, incluyendo la zona de transición (mucosectomía). Se construye un reservorio con íleon terminal, el cual se anastomosa a la línea dentada. Este tipo de anastomosis se hace manualmente, por dentro del ano. La mayoría de los cirujanos realiza una ileostomía temporal en asa para protección de la anastomosis, que usualmente se deja entre seis y ocho semanas. Es muy importante recalcar que la capa muscular desde el ángulo anorrectal y en dirección proximal no se reseca, por lo cual se deja el mecanismo de esfínteres íntegro anatómicamente.

El procedimiento tiene el potencial de ofrecer una curación, ya que quita toda el área susceptible de actividad y desarrollo de neoplasia, con la ventaja de evitar una ileostomía permanente, con resultados funcionales muy satisfactorios.

Entre sus desventajas, está la morbilidad de la operación, que varía entre 30-40%⁶, que sin embargo se acompaña de cifras muy bajas de mortalidad. Otra desventaja es la necesidad de una segunda intervención para el cierre de la ileostomía. Además, similar a lo observado en los pacientes con ileostomía continente, es posible la presentación de inflamación del reservorio.

En el Instituto Nacional de la Nutrición, entre 1987 y 1995 se ha realizado proctocolectomía total con anastomosis íleo-anal en 28 pacientes. La edad promedio fue de 31 años. La morbilidad operatoria fue del 25%, sin mortalidad. Con un seguimiento promedio de 23 meses, se han presentado tres casos de inflamación aguda del reservorio (11%). Los resultados funcionales en 20 de los pacientes que ya han sido reconectados son tres evacuaciones al día en promedio (rango: 2 a 6), con seis pacientes (30%) que presentan escurrimiento nocturno. Estos resultados son comparables a lo reportado en la literatura mundial¹⁻⁶, y ejemplifican la

posibilidad de que estos pacientes mantengan la continencia fecal posterior a la proctocolectomía total.

PROCTOCOLECTOMIA TOTAL CON METODO DE LA DOBLE ENGRAPADORA

Se realiza resección total del colon y del recto, con nivel de transección justo por arriba del músculo puborrectal (en el "techo" del canal anal). En este sitio se coloca una línea de grapas y se corta, después de lo cual se realiza la anastomosis con una engrapadora circular^{15,16}. Este procedimiento tiene la ventaja teórica de mejores resultados funcionales debido a que se evita la manipulación endoanal requerida para la mucosectomía y anastomosis. Tiene la desventaja de que no se reseca la zona de transición anal, y por lo tanto, expone a los pacientes a persistencia de actividad del CUCI, y al desarrollo de displasia y/o neoplasia. En nuestro medio, la necesidad de utilizar dos engrapadoras es otra desventaja importante por su costo, lo que posiblemente limite su popularización salvo en medios selectos.

Aunque las ventajas teóricas en mejores resultados funcionales que los obtenidos con la anastomosis endoanal y mucosectomía aún están por demostrarse, estudios preliminares parecen apoyar dicha teoría^{15,16}.

COLECTOMIA SUBTOTAL CON PROCEDIMIENTO DE HARTMANN

Incluye resección total del colon y parcial del recto, dejando un muñón rectal (bolsa de Hartmann) y una ileostomía terminal⁸. Es el procedimiento recomendable en una operación de urgencia por hemorragia masiva o colon tóxico, ya que permitirá resolver el cuadro agudo del enfermo, y la realización futura de un procedimiento preservador de esfínter, ya sea por el mismo cirujano o en un centro de referencia.

COLECTOMIA SUBTOTAL CON ANASTOMOSIS ILEO-RECTAL

Incluye la resección del colon y parte del recto, con anastomosis primaria. Este procedimiento se utilizó en un intento de preservar el esfínter previo al advenimiento de las operaciones anteriormente descritas. Aunque es un procedimiento que puede dar resultados funcionales adecuados en pacientes sin actividad rectal, su principal limitante es la elevada frecuencia de afección rectal en los pacientes operados por CUCI, por lo que ha tendido a abandonarse.

SELECCION DE LA OPERACION

En general, la proctocolectomía total con reservorio ileo-anal se ha convertido en la primera opción para el manejo quirúrgico de los enfermos con CUCI. Sin embargo, es necesario evaluar preoperatoriamente a los enfermos, y asegurarse de que existen condiciones anatómicas y funcionales adecuadas del esfínter. El procedimiento realizado con mucosectomía y anastomosis endoanal posiblemente ocupe el papel principal en nuestro medio. Una alternativa válida es la realización de la proctocolectomía total restaurativa, con el método de la doble engrapadora. Sin embargo, los enfermos deben ser sometidos a seguimiento subsecuente para prevención de carcinoma en la zona de transición. En pacientes ancianos, en aquellos con daño anatómico o funcional del esfínter previo, y en aquellos en quienes se diagnostique transoperatoriamente colitis por Crohn, debe realizarse una proctocolectomía total con ileostomía definitiva, aunque en pacientes selectos puede realizarse una ileostomía continente. En los pacientes operados de urgencia, debe llevarse a cabo una colectomía subtotal con procedimiento de Hartmann, para permitir la realización subsecuente de un procedimiento preservador de esfínter.

CONCLUSIONES

Existen diversas alternativas para el manejo quirúrgico de los pacientes con CUCI. Los procedimientos preservadores de esfínter se han convertido en la primera opción, pero existe un papel para cada una de las alternativas, dependiendo de las condiciones generales preoperatorias del enfermo.

REFERENCIAS

1. Dozois, RR. Surgical treatment of chronic ulcerative colitis. *Hepato-gastroenterol* 1989;36:227-34.
2. Beart RW. Sphincter saving operations for chronic ulcerative colitis. *Adv Surg* 1990;23:195-210.
3. Cohen Z, McLeod RS, Stephen W, Stern HS, O'Connor B, Reznick R. Continuing evolution of the pelvic pouch procedure. *Ann Surg* 1992;216:506-512.
4. Kelly KA. Anal sphincter-saving operations for chronic ulcerative colitis. *Am J Surg* 1992;163:5-11.
5. Parc R, Legrand M, Frileux P, Tiret E, Ratelle R. Comparative clinical results of ileal-pouch anal anastomosis and ileorectal anastomosis in ulcerative colitis. *Hepato-gastroenterol* 1989;36:235-9.
6. Kelly KA, Pemberton JH, Wolff BG, Dozois RR. Current problems in surgery. Ileal pouchanal anastomosis. *Curr Prob Surg* 1992;29:66-131.
7. Oakley JR, Fazio VW, Lavery IC. Toxic colitis and toxic megacolon: results of surgery. En: H. Goebell: *Inflammatory bowel disease progress-basic research and characteristic implications*. Kluwer Academic Publishers. Kingham, Massachusetts, 1991, pp 361-72.
8. Gordon PH, Nivatvongs S. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum, and anus*. Quality Medical Publishing, Inc., St Louis Missouri, 1992.
9. Felder JB, Korelitz BI. Cancer in inflammatory bowel disease. *Curr Opinion Gastroenterol* 1993;9:552-9.
10. Desaint B, Legendre CI, Florent Ch. Dysplasia and cancer in ulcerative colitis. *Hepatogastroenterol* 1989;36:219-26.
11. Becker JM. Surgical management of inflammatory bowel disease. *Curr Opinion Gastroenterol* 1993;9:600-15.
12. McLeod RS, Churchill DN, Lock AM, Vanderburgh S, Cohen Z. Quality of life of patients with ulcerative colitis preoperatively and postoperatively. *Gastroenterology* 1991;101:1307.
13. Church JM, Fazio VW. The continent ileostomy: indications, techniques for construction, and management of complications. *Seminars Colon Rectal Surg* 1991;2:102-10.
14. Fazio VW, Tjandra JJ. Technique for nipple valve fixation to prevent valve slippage in continent ileostomy. *Dis Colon Rectum* 1992;35:1177-1179.
15. Tuckson W, Lavery I, Fazio V, Oakley J, Church J, Milsom J. Manometric and functional comparison of ileal pouch anal anastomosis with and without anal manipulation. *Am J Surg* 1991;161:90-6.
16. McIntyre PB, Pemberton JH, Beart RW, Devine RM, Nivatvongs S. Double-stapled vs. Handsewn ileal pouch-anal anastomosis in patients with chronic ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1994;37:430-3.