

## Manejo quirúrgico en la colitis ulcerosa grave. Alternativas técnicas

Alejandro Barrera E.<sup>1</sup>, Catalina Riobó P.<sup>2</sup> y M. Belen Abara C.<sup>2</sup>

### Severe ulcerative colitis. Surgical options

Surgical options for treatment of severe ulcerative colitis are presented. The preferred treatment should consider clinical presentation (elective or emergency), age, co-morbidities, functional status, previous continence and acceptance of a temporary or permanent ostomy. In emergency condition the alternative is subtotal colectomy with end ileostomy and closure of the rectal stump. This removes the extended disease, can optimize medical therapy and leads the patient to an optimal condition for elective surgery. In the case of elective condition the patient's functional status and continence becomes more important. The most commonly used option is the proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis and loop ileostomy. Functional results are appropriate and even though morbidity is high, there is an adequate control of the disease with an overall 8% failure of the reservoir. Other alternatives include proctocolectomy with permanent ileostomy, the continent ileostomy and total colectomy with ileo rectal anastomosis.

**Key words:** Severe ulcerative colitis, surgical treatment.

La cirugía juega un rol importante en el tratamiento de la colitis ulcerosa idiopática (CUI), dado que el retiro de la mucosa enferma puede llegar a curarla. Las indicaciones para la cirugía incluyen la intratabilidad, la intolerancia al tratamiento médico, las complicaciones con compromiso vital inminente (perforación, hemorragia, dilatación tóxica aguda), aparición de cáncer o displasia, retardo del crecimiento y el intento de controlar algunas de las manifestaciones extraintestinales<sup>1,2</sup>.

Las alternativas quirúrgicas varían dependiendo de la forma de presentación clínica y de la oportunidad del tratamiento e incluyen distintas alternativas.

### Cirugía de urgencia o emergencia

Las indicaciones más frecuentes son la dilatación aguda tóxica del colon, la hemorragia y la perforación a peritoneo libre. Habitualmente corresponde a pacientes hospitalizados por una crisis grave en que ha fallado la terapia médica máxima.

El primer intento de tratamiento de estos pacientes se describe en la técnica de Turnbull, que consiste en realizar dos o tres ostomías en un paciente grave, mal nutrido y séptico<sup>3</sup>. Las ostomías corresponden a una ileostomía en asa, una colostomía transversa en asa y eventualmente una colostomía sigmoidea en asa. Hoy su indicación es anecdótica.

En la actualidad, la cirugía recomendada es la co-

lectomía total con preservación del recto sin reconstitución del tránsito intestinal<sup>4,5</sup>. Esto permite remover la mayor parte de la enfermedad y al diferir la resección rectal se evitan las complicaciones propias de la cirugía pélvica, como el sangrado, las colecciones y la lesión de las ramas autonómicas del plexo pélvico y los nervios hipogástricos. Un beneficio adicional se encuentra al tener la posibilidad de realizar un examen anátomo patológico adecuado de la pieza quirúrgica con el objetivo de excluir una enfermedad de Crohn.

El manejo del muñón rectal presenta algunos puntos controversiales, pudiendo ser cerrado con técnica quirúrgica de Hartmann o dejarlo exteriorizado como una fistula mucosa<sup>6</sup>. La segunda alternativa permite la administración anterógrada de medicamentos para controlar la enfermedad rectal, aunque se asocia a una mayor incidencia de sepsis pélvica y aumento de la actividad inflamatoria en el recto retenido al compararla con el muñón rectal largo cerrado y abandonado, así como a una mayor dificultad para la resección rectal durante el procedimiento de proctectomía para la construcción de un reservorio ileal.

### Cirugía electiva

Las alternativas de tratamiento incluyen la proctocolectomía con ileostomía definitiva, la colectomía total con anastomosis ileo rectal y la proctocolectomía con reservorio ileal.

<sup>1</sup>Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>2</sup>Internas Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Recibido: 10 de abril de 2014  
Aceptado: 23 de abril de 2014

#### Correspondencia a:

Dr. Alejandro Barrera Escobar  
Los Cactus 1898  
Dpto. 501  
Lo Barnechea.  
alejandro.barrera@  
gtdmail.com

## Artículos de Revisión

Proctocolectomía con ileostomía definitiva: con esta cirugía se logra la remoción completa de la enfermedad, con una tasa baja de complicaciones, pero el paciente debe mantener en forma permanente y definitiva una ileostomía no continente<sup>7</sup>. La indicación más frecuente para este tipo de cirugía es la colitis ulcerosa extensa con compromiso rectal y mala función esfinteriana previa. Los principios técnicos de la cirugía son los mismos de la colectomía de urgencia, en el sentido de la sección del íleon en la válvula íleo cecal y la conservación de los vasos íleo cólicos. La disección rectal se realiza cerca de la pared, evitando el daño de los plexos pélvicos y nervios hipogástricos, excepto en caso de la presencia de un cáncer de recto, situación en la que se debe realizar una resección total del meso recto formal. El tiempo perineal se realiza con una técnica inter esfintérica, de manera de minimizar la herida perineal y de esta forma evitar su morbilidad. Se conserva el esfínter externo y los músculos elevadores, de forma de disminuir la zona cruenta y favorecer la cicatrización. Si el epiplón se logra movilizar es conveniente sellar la pelvis con un colgajo para evitar la caída de asas intestinales y el riesgo de obstrucción intestinal en el post operatorio.

La ileostomía se realiza según la técnica de Brooke, es decir, protruida, evertida y madura. Las complicaciones del estoma incluyen la retracción, la dermatitis peri ostómica, estenosis, el prolapso y la hernia para ostomal. Hasta un tercio de los pacientes requiere una nueva cirugía para rehacer su ostomía y controlar las molestias derivadas de la complicación.

Se han intentado distintas variantes de ileostomía continente, la más conocida es la técnica de Kock, pero su alta morbilidad y alta tasa de reoperaciones no han popularizado ninguna de ellas, pese a que los pacientes revelan un alto grado de satisfacción a pesar de los hechos señalados<sup>8</sup>.

Colectomía total y anastomosis íleo rectal: puede ser considerada en situaciones en que la enfermedad rectal es mínima, el recto es distensible, no hay presencia de displasia y la función esfinteriana es adecuada. También puede ser una alternativa en pacientes jóvenes, en edad reproductiva con el objetivo de intentar preservar la fertilidad y disminuir el riesgo de impotencia<sup>9</sup>.

Proctocolectomía con reservorio ileal: descrita en 1978 por A. Parks y J. Nicholls es en la actualidad, el procedimiento más común para el manejo de la colitis ulcerosa grave con conservación de esfínteres y mantención de la continencia<sup>10</sup>. La configuración de reservorio puede adoptar distintas formas, pero la más utilizada es el reservorio "en J" descrito en Japón por Utsunomiya<sup>11</sup>. Es de una construcción relativamente fácil, con buenos resultados funcionales. Esto se logra habitualmente con dos disparos de sutura mecánica lineal cortante de 75 u 80 mm de longitud<sup>12,13</sup>.

La anastomosis reservorio anal puede ser realizada con sutura mecánica o en forma manual. La técnica mecánica, también llamada de doble grapado, deja un par de cm de mucosa rectal, lo que teóricamente se podría traducir en una mayor incidencia de reservoritis y displasia, pero las grandes series han demostrado mejores resultados funcionales en términos de menor número de deposiciones por día y menor incontinencia que la técnica de anastomosis manual con mucossectomía del muñón. El escurrimiento nocturno y la necesidad de uso de apósito protector están a favor de la anastomosis mecánica, pero en contra se encuentran los síntomas asociados a la inflamación y la displasia de la mucosa remanente. En la actualidad la mayoría de las series reporta mejores resultados funcionales con la técnica mecánica<sup>14,15</sup>, con una calidad de vida bastante adecuada. Los cambios displásicos o neoplásicos en la mucosa residual son bastante poco frecuentes.

Los resultados funcionales fueron evaluados según la escala de Oresland, encontrando un puntaje menor de 7 (equivalente a la población general) en 77% de los pacientes, con un promedio de evacuaciones diarias de 4,4; con extremos de 1 y 15. Con estos datos podemos concluir que, si bien los resultados no son perfectos, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes se acercan a los de la población general<sup>16,17</sup>.

Las complicaciones mayores de esta cirugía incluyen la obstrucción intestinal, la estenosis de la anastomosis íleo anal, la fístula reservorio vaginal, la reservoritis y la sepsis pelviana. Las dos últimas son probablemente las de mayor dificultad en el tratamiento. La reservoritis corresponde a una inflamación inespecífica del reservorio, cuyos síntomas incluyen el sangrado, aumento de la frecuencia evacuatoria, urgencia, tenesmo y fiebre. Debe diferenciarse de la "cuffitis" o inflamación de la mucosa rectal remanente, caracterizada por pujo, sangrado, pero sin aumento de las deposiciones ni fiebre. En algunos casos la persistencia de los síntomas y la refractariedad al tratamiento hace necesaria la desfuncionalización con una ileostomía proximal. Asimismo, la sepsis pelviana o perineal, que pueden ocurrir años después del reservorio, puede llevar a la desfuncionalización o a la pérdida del reservorio.

La falla global del reservorio alcanza hasta 8%. Ésta se entiende como aquella situación en que es imposible cerrar la ileostomía de protección o es necesario ileostomizar nuevamente un reservorio que ya funcionó o bien se requiere retirar el reservorio<sup>18-20</sup>.

En resumen, la colitis ulcerosa extensa y grave tiene múltiples alternativas de tratamiento quirúrgico. La elección de la mejor alternativa debe incluir la forma de presentación clínica, y consideraciones generales acerca del estado del paciente, su grado de continencia, edad y patologías asociadas. Actualmente, en

situaciones de emergencia o urgencia, la alternativa más utilizada es la colectomía total con ileostomía terminal y cierre del muñón rectal y en cirugía electiva la proctocolectomía con reservorio ileal y anastomosis reservorio anal e ileostomía de protección.

## Resumen

Se presentan las alternativas quirúrgicas para el tratamiento de la colitis ulcerosa grave. La elección del tratamiento debe considerar la forma de presentación clínica (electiva o urgencia), la edad del paciente, su comorbilidad y estatus funcional, la continencia previa a la cirugía y la aceptación del paciente de una ostomía transitoria o definitiva. En condición de urgencia o emergencia la alternativa recomendada es la colectomía total o subtotal con ileostomía terminal y

cierre del muñón rectal. Con esto se logra la remoción de la mayor parte de la enfermedad, permite optimizar la terapia médica y llevar al paciente a una condición óptima para la cirugía electiva. En condición electiva cobra mayor importancia el estado funcional del paciente y su continencia. La opción más utilizada es la proctocolectomía con reservorio ileal, anastomosis reservorio anal e ileostomía en asa transitoria de protección. Los resultados funcionales son adecuados y aunque la morbilidad es alta, existe un adecuado control de la enfermedad, con una falla global del reservorio de 8%. Otras alternativas incluyen la proctocolectomía con ileostomía definitiva, la ileostomía continente y la colectomía total con anastomosis íleo rectal.

**Palabras clave:** Colitis ulcerosa grave, tratamiento quirúrgico.

## Referencias

- Lakatos PL. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel diseases: up or down? *W J Gastroenterol* 2006; 12: 6012-8.
- Bernstein CN New insights into IDB epidemiology: are there any lessons for treatment? *Dig Dis* 2010; 28: 1504-17.
- Turnbull RB, Hawk WA, Weakley FL. Surgical treatment of toxic megacolon. Ileostomy and colostomy to prepare patients for colectomy. *Am J Surg* 1971; 122: 325-31.
- Andersson P, Söderholm JD. Surgery in ulcerative colitis: indication and timing. *Dig Dis* 2009; 27: 335-40.
- Nicholls RJ. Review article: ulcerative colitis-surgical indications and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16 Suppl 4: 25-8.
- Carter FM, McLeod RS, Cohen Z. Subtotal colectomy for ulcerative colitis: complications related to the rectal remnant. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 1005-9.
- Phillips RK, Ritchie JK, Hawley PR. Proctocolectomy and ileostomy for ulcerative colitis: the longer term story. *J R Soc Med* 1989; 82: 386-7.
- Nessar G, Fazio VW, Tekkis P. Long Term outcome and quality of life after continente ileostomy. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 336-44.
- Leijonmark CE, Löfberg R, Ost A. Long term results of ileorectal anastomosis in ulcerative colitis in Stockholm County. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 195-200.
- Parks AG, Nicholls RJ, Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg* 1980; 67: 533-8.
- Utsunomiya J, Iwama T, Imajo M. Total colectomy, mucosal proctectomy, and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 459-66.
- Zárate A, Zúñiga A, Pinedo G, López F, Molina ME, Viviani P. Reservorio ileal con anastomosis reservorio anal por colitis ulcerosa: complicaciones y resultados a largo plazo *Rev Med Chile* 2008; 136: 467-74.
- Jensen C, Vergara JI, Pérez G. Alternativas quirúrgicas en la colitis ulcerosa idiopática. *Rev Chil Cir* 1995; 47: 230-4.
- Kirat HT, Remzi FH, Kiran RP. Comparison of outcomes after hand-sewn versus stapled ileal pouch anal anastomosis in 3109 patients. *Surgery* 2009; 146: 723-9.
- Bernstsson I, Lindholm E, Öresland T, Börjesson L. Long term results after ileal pouch-anal anastomosis: function and health related quality of life. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 1545-52.
- Bannura G, Barrera A, Melo C, Contreras J. Resultados funcionales del reservorio ileal. *Rev Chil Cir* 2011; 63: 381-7.
- Öresland T, Fasth S, Nodgren S, Hultén L. The clinical and functional outcome after restorative proctocolectomy. A prospective study in 100 patients. *Int J Colorectal Dis* 1989; 4: 50-6.
- Selvaggi F, Sciaudone G, Limongelli P, Di Stazio C, Guadagni I, Pellino G, et al. The effect of pelvic septic complications on function and quality of life after ileal pouch-anal anastomosis: a single center experience. *Am Surg* 2010; 76: 428-35.
- Block M, Börjesson L, Lindholm E, Öresland T. Pouch design and long-term functional outcome after ileal pouch-anal anastomosis. *Br J Surg* 2009; 96: 527-32.
- Ferrante M, DeClerck S, De Hertogh G, Van Assche G, Geboes K, Rutgeerts P, et al. Outcome after proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14: 20-8.