TRATAMIENTO DE LA ENTERITIS REGIONAL*

DR. ABRAHAM AYALA GONZÁLEZ

Académico de número

DESCONOCIENDO LA CAUSA íntima de la dolencia, no tenemos un tratamiento etiológico que traiga la curación radical y ponga a cubierto de las recidivas.

En algunos enfermos operados, hemos podido comprobar recidivas a pesar de amplias resecciones que nos hicieron pensar en una cura radical. Esto significa que el tratamiento operatorio derivativo (íleo-transverso anastomosis, cortos circuitos entre asas del delgado, como el de resección no puede asegurar una curación definitiva, quedando siempre el pronóstico incierto.

Trataríamos de explicar estos fracasos, porque dejamos lesiones imperceptibles para el cirujano que más tarde sigan la evolución ordinaria; o que la causa desconocida del mal, virus por ejemplo, persista en su acción y tardíamente provoque sus efectos.

Los casos observados en la Unidad de Gastroenterología, como los de la práctica privada han sido todos de orden quirúrgico y en ninguno hemos podido considerar alguna curación por una terapéutica conservadora.

Lahey creyó que la enfermedad siempre debe tratarse por medios quirúrgicos y que una vez hecho el diagnóstico sería inútil esperar.

---

* Leído el 20 de junio de 1956.

El tratamiento conservador puede aliviar, puede dar cierta tregua, pero excepcionalmente puede esperarse una curación definitiva.

La observación de un paciente que no presente síntomas de estenosis intestinal, pues entonces la intervención debe ser inaplazable; con síntomas atenuados, con poco ataque al estado general, podría permitir cierta espera; pero es habitual que las exacerbaciones no se hagan esperar y la intervención se imponga.

Cuando aparecen fenómenos de estenosis que obligan al cirujano a operar de urgencia, generalmente se trata de un proceso crónico no diagnosticado y que ha pasado inadvertido por falta de una exploración adecuada, especialmente radiográfica.

Las formas agudas del padecimiento, particularmente la ileítis terminal, con lesiones muy cercanas al ciego, son de difícil diagnóstico y con frecuencia inducen a error, confundiéndose con apendicitis aguda. Entonces se interviene pronto, de urgencia. La conducta del Cirujano debe ser de abstención ya identificando la ileítis, y cerrar el vientre sin extirpar el apéndice; pero por desgracia esta conducta conservadora no se sigue y se considera preciso presentar por lo menos el apéndice, motivo de la intervención.

La apendicectomía en casos de ileítis terminal, frecuentemente da lugar a fistulas de la pared.

Cuando no hay fenómenos de oclusión, raros en casos agudos, debe también respetarse el intestino y no hacer ninguna maniobra quirúrgica, resección, anastomosis derivativa, etc.

Con mucha frecuencia este proceso agudo cura, o si pasa al estado crónico, se operará después.

Las sulfadrogas (sulfasuxidina, gantrisin, sulfadiazina, etc.), estreptomina y aun aneomicina (sulfato de mycifradina); chloromycetina, mistecclin; el reposo y régimen líquido y después dieta blanda, están indicados en el post-operatorio inmediato.

En las formas crónicas de enfermos que no resuelve la intervención, desde luego que se establece el diagnóstico debe indicarse un régimen antidiarético, bajo en grasas, alto en proteínas y con moderada cantidad de hidratos de carbono. Frutas y vegetales se darán cocidos de preferencia y los que tengan muchos residuos se colarán. Carnes frescas, pescado fresco, huevos, gelatinas, leche, queso fresco son aconsejables; flanes, purés, jugos de frutas en moderada cantidad son bien tolerados.

Es útil la vida al aire libre, en reposo relativo; con tranquilidad moral y mental.

La prescripción de las drogas y antibióticos ya señalados en la formas agudas, con períodos cortos alternantes, puede ayudar a mejorar la diarrea y algunos fenómenos generales como la fiebre.

La cortisona está indicada en formas múltiples, sin auxilio quirúrgico. Hemos utilizado también la terapia en diferentes zonas del abdomen en el post-operatorio de estos pacientes que no han recibido beneficio alguno de la Cirugía.

El tratamiento de la enteritis regional crónica, las formas que comúnmente hemos observado, debe ser esencialmente quirúrgico, teniendo presente que es cierto que muy pocos casos pueden curar con el tratamiento conservador,

que el proceso evolutivo habitualmente se detiene en la válvula ileocecal,

que las estenosis son muy frecuentes,

que casi todos los casos evolucionan con una virulencia y actividad intermitentes.

El Cirujano puede encontrarse antes diversas situaciones al abrir el vientre. El número de las lesiones, su topografía, y la presencia de fístulas internas.

Hemos operado enfermos con más de 10 ó 12 lesiones, unas estenosantes, otras permeables; desde las vecindades del ángulo duodeno-yeyunal hasta las porciones distales del íleon. Estos enfermos no pueden sufrir ninguna resección y solamente algunas anastomosis de corto circuito entre lesiones estenosantes pueden llevarse a efecto. No podemos extirpar ninguna lesión, quedando los focos de infección que conducen a un pronóstico oscuro.

Cuando operamos lesiones únicas o casos de dos o tres procesos, habitualmente hacemos resección, teniendo siempre presente la longitud por resecar para no exponer el paciente a una insuficiente yeyuno-ileal. En ocasiones hemos combinado resecciones de procesos muy virulentos, con anastomosis en cortos circuitos.

Las lesiones terminales del íleon, con alguna porción distal sana, requieren resección del asa y en casos de invasión de la válvula ileocecal, no vacilamos en practicar resección del asa enferma con hemicolectomía derecha y anastomosis íleo-transversa látero-lateral.

En pocos casos aconsejamos la ileo-transverso-anastomosis simple, derivativa, pues desconfiamos de la curación tardía de la lesión que se deja.

El tratamiento pre-operatorio conveniente a base de antibióticos, de régimen suave o líquido, enemas, sonda de Levine o de Miller-Abbott, etc., es indispensable para el buen resultado de la intervención.

No entraremos en detalles del cuidado post-operatorio, que es común a toda cirugía intestinal.

El pronóstico de las intervenciones ha sido bueno; de excepción hemos tenido que lamentar algún fracaso. Las recidivas, aun con resección no son raras.

R E S U M E N

No hay tratamiento etiológico de la enteritis regional.

No son raras las recidivas, aun en resecciones aparentemente radicales.

Se considera el tratamiento derivativo como menos eficaz que el de resección.

El tratamiento médico conservador generalmente no trae curación.

Se considera la enfermedad desde el punto de vista terapéutico como de orden quirúrgico.

Se señala la línea de conducta del cirujano ante errores de diagnóstico en la apendicitis aguda.

Se considera el tratamiento médico post-operatorio de la ileitis terminal y de la enteritis regional en general.

Se considera la conducta del cirujano ante diversas situaciones al abrir el vientre.

Se considera especialmente el tratamiento radical con la resección segmentaria y aun con la hemicolectomía

Se hacen algunas cortas consideraciones del pronóstico de las intervenciones.

S U M M A R Y

There is not etiologic treatment for regional enteritis.

Recurrences are not uncommon, even in resections which are apparently radical.

Derivative treatment is considered as less effective than the resection.

Conservative medical treatment, usually, do not result in cure.

The illness is considered as surgical, from the standpoint of therapy.

It is pointed out the surgeon's conduct when confronted with errors of diagnostic in acute appendicitis.

Postsurgical medical management of terminal ileitis and regional enteritis is considered in general.

It is considered the surgeon's conduct in different situations at the moment of opening the abdomen.

It is specially considered radical treatment with segmentary resection and even with hemicolectomy.

There are made some short considerations on the pronostic of the surgical procedures.