

COLITIS ULCEROSA CRÓNICA INESPECÍFICA.
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO*

DR. MANUEL QUIJANO NAREZO.

A PESAR del variado y racional programa de medidas terapéuticas conservadoras que ha mencionado el doctor Landa, hay un importante número de enfermos de colitis ulcerosa, del 20 al 30%, en quienes es necesario recurrir a procedimientos más radicales.

Al esfacelarse la capa superficial de la mucosa se forman pequeños abscesos en la base de las glándulas que rompen la muscularis-mucosa y la inflamación llega a la muscular. Esta capa se transforma entonces en tejido fibroso que impide definitivamente la regeneración completa, anatómica y funcional del intestino.

Universalmente se reconoce un adelanto notable en el tratamiento quirúrgico de este padecimiento en los últimos 10 años, manifestado por un descenso en la mortalidad y en el número de ileostomías de urgencia, y por un aumento en el número de pacientes en quienes se planea una intervención, se realiza ésta y se obtiene una mejoría notable o inclusive la curación y la rehabilitación a la vida normal. Es probable que este adelanto se deba principalmente a que los internistas han mejorado sus procedimientos terapéuticos —que constituyen el mejor tratamiento preoperatorio— y han reconocido las posibilidades de la cirugía, permitiendo que llegue un número mayor de enfermos a la sala de operaciones oportunamente.

Las indicaciones del tratamiento quirúrgico pueden clasificarse en la forma siguiente:

- I. Formas sobreagudas.
hipertóxicas
 - II. Formas crónicas
- | | |
|---|---|
| { | <ul style="list-style-type: none">a) Falta de respuesta al tratamiento médico.b) Alteraciones viscerales irreversibles.c) Pólipos o pseudopólipos.d) Sospecha de carcinoma.e) Complicaciones orgánicas generales (artritis, piodermitis, iritis). |
|---|---|

* Trabajo de Sección (Cirugía General), leído por su autor en la sesión del 25 de abril de 1962.

III. Complicaciones

- | | | |
|---|----|-------------------------------------|
| { | a) | Perforación libre. |
| | b) | Abscesos pericólicos. |
| | c) | Fístulas perirectales o perianales. |
| | d) | Hemorragia copiosa. |
| | e) | Obstrucción intestinal. |
| | f) | Incontinencia anal. |

I. Las formas sobreagudas, llamadas también fulminantes se refieren a los casos de iniciación aguda y grave o a las exacerbaciones de gran intensidad, con fiebre elevada, deterioro rápido del estado general, taquicardia y toxemia franca. Si el tratamiento médico no parece lograr detener el cuadro en pocos días debe recurrirse a la cirugía, antes de que el caso sea desesperado. La indicación es la más difícil de establecer así como la elección del procedimiento: la ileostomía sola se acompaña de alta mortalidad, y siempre que el estado general del enfermo lo permita, debe intentarse la colectomía sub-total. Felizmente esta forma es rara, no pasa del 5% del total de casos.

II. A propósito de las formas crónicas, el primer problema es definir qué constituye la "falta de respuesta al tratamiento médico". Puede aceptarse que cuando, por un período de meses o años un paciente tiene más de cinco evacuaciones diarias, no puede desempeñar satisfactoriamente su trabajo, sufre más de dos exacerbaciones al año, necesita transfusiones frecuentes y pierde continuamente de peso al grado de tender a convertirse en un inválido, el caso debe ser considerado como refractario al tratamiento conservador.

Las alteraciones viscerales consistentes en fibrosis, tendencia a la estrechez y al acortamiento del colon son irreversibles y empeñarse en el tratamiento conservador lleva seguramente al fracaso; por otra parte, estos casos responden en general muy bien a la colectomía.

Retardar la operación en presencia de artritis, iridociclitis, amiloidosis y otras complicaciones generales es de gran responsabilidad, ya que esas lesiones son permanentes y pueden dejar serias deformidades.

La pseudopoliposis bien establecida es una indicación franca, debido a su frecuente asociación con el carcinoma. Más de la mitad de los casos de colitis ulcerosa con cáncer tienen también pseudopólipos y, aunque la patogenia de estas lesiones no sea perfectamente conocida, es preferible recurrir de inmediato a la colectomía. El carcinoma que se desarrolla en un intestino grueso con colitis ulcerosa es siempre de elevada malignidad, metastatiza pronto y con frecuencia es multicéntrico; además, sus síntomas previos pasan inadvertidos y sólo permite sospecharlo la demostración radiológica de una estrechez circunscrita. El carcinoma es más frecuente en el segmento terminal del intestino pero la palpación digital y la sigmoidoscopia son, a veces, de difícil interpretación y ante la menor sospecha debe practicarse una biopsia.

III. La perforación libre es una complicación muy rara, ya que la enfermedad es un proceso más de infiltración difusa que de progreso en profundidad; pero debido a la virulencia de los gérmenes del colon, a la vasculitis y al mal

estado de la pared, puede existir contaminación peritoneal antes de la ruptura de la serosa, ocasionando un cuadro de dolor intenso y localizado, defensa, fiebre, leucocitosis, etc., que puede evolucionar a la peritonitis generalizada o a la formación de abscesos pericólicos, los que finalmente pueden producir fístulas al intestino delgado o al recto y periné. La perforación libre o inminente es una complicación tan grave que es tal vez la única indicación de la ileostomía de urgencia, ya que la manipulación del colon en esas condiciones puede llevar fácilmente a la ruptura.

Los abscesos peri-rectales o peri-anales son menos raros, se observan más a menudo en casos en que el padecimiento se localiza sobre todo en la parte final del intestino, no ceden a los antibióticos y tienen que ser drenados, inclusive cuando aparecen durante una exacerbación aguda. La secuela obligada, las fístulas peri-anales, por lo contrario, no deben intervenir quirúrgicamente antes de realizar la colectomía subtotal, a menos que haya una remisión muy importante. La incontinencia anal es casi siempre consecutiva a una fistulectomía y, en general, es también por sí una indicación definida de colectomía e ileostomía.

La presencia de sangre en las evacuaciones es uno de los datos constantes, tanto en las formas agudas como en las crónicas de la enfermedad y del tratamiento conservador hasta, en general, para mantener al enfermo en condiciones satisfactorias. En ocasiones, no obstante, la hemorragia es profusa y de presentación brusca, constituyendo una complicación que pone en peligro inmediato la vida del paciente y tiene que ser tratada por métodos quirúrgicos. La ileostomía sólo ha sido recomendada con la intención de disminuir la tensión intracólica, pero desgraciadamente no siempre es suficiente y la hemorragia continúa. Como el sangrado proviene de todo el colon es preferible recurrir, desde un principio, a la colectomía y, en ocasiones a la amputación del recto pocos días más tarde. La decisión, qué hacer y cuándo hacerlo, es de las más difíciles de tomar. Felizmente la hemorragia profusa no es de ocurrencia frecuente.

La obstrucción aguda es excepcional, pero la subaguda puede ocurrir como resultado de la fibrosis que disminuye gradualmente el calibre del colon en una zona extensa del mismo.

La estenosis es más frecuente en el recto y tratándose de una lesión irreversible amerita el tratamiento quirúrgico consistente en colectomía subtotal, ya que todo intento de dilatación digital o instrumental está contraindicado.

PROCEDIMIENTOS

En un principio se intentó tan sólo la realización de una colostomía con la mira de introducir soluciones antisépticas directamente en la porción distante del intestino. Ante el fracaso de ese método se recurrió a la ileostomía, intentando colocar en reposo al colon, al evitarle la estimulación peristáltica y la

posible acción digestiva del contenido ileal. El siguiente paso tuvo que ser la resección del colon al constatar que la sola ileostomía no evitaba la persistencia del proceso inflamatorio, la intoxicación y el deterioro del estado general.

Durante algún tiempo se recomendó la práctica rutinaria de la colectomía total con resección del recto, pero en los últimos años se ha vuelto a intentar, en algunos casos, la conservación del recto, la vigilancia endoscópica periódica y la anastomosis íleo-rectal ulterior siempre que la mucosa se regenere totalmente, no haya estenosis y el mecanismo esfinteriano no esté dañado.

De cualquier manera estos enfermos pueden llegar tarde o temprano a la ileostomía permanente, por lo que es preferible advertirlo de antemano y prepararlos psicológicamente para ello. La ileostomía ubicada adecuadamente, es decir, equidistante de las prominencias óseas, la depresión, umbilical y otras cicatrices de la pared abdominal, y ejecutada con una técnica cuidadosa que evite complicaciones, tales como fístulas, estenosis, retracción del intestino exteriorizado o hernias, la ileostomía, repetimos, no es, como pudiera pensarse, una carga tan pesada o más que la misma colitis; después de un período árduo de noviciado, los enfermos se convierten en expertos en el manejo de su propio problema y, con la ayuda de bolsas especiales, pueden llevar una vida normal desde todos los puntos de vista.