

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Colectomía total de urgencia por colitis ulcerosa grave

Drs. ALVARO ZÚÑIGA D., MARÍA ELENA MOLINA P., IGNACIO GARCÍA HUIDOBRO H., FRANCISCO LÓPEZ K., ALEJANDRO RAHMER O., IGNACIO DUARTE G., CARLOS QUINTANA V.

Departamentos de Cirugía Digestiva, Gastroenterología y Anatomía Patológica. División de Cirugía.
Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile

RESUMEN

A pesar de los progresos en el tratamiento médico de la crisis grave (CG) de colitis ulcerosa (CU), aproximadamente un tercio de los pacientes necesitarán de resolución quirúrgica. Dado las malas condiciones generales de estos pacientes, el tratamiento quirúrgico se ha asociado a una elevada morbilidad y mortalidad operatoria. La oportunidad de la indicación quirúrgica sería uno de los factores más importantes en el logro de resultados satisfactorios. A partir de 1978 el equipo de Enfermedades Inflamatorias Intestinales estableció un protocolo prospectivo para tratamiento médico de la CG de CU. Los pacientes con CG recibieron tratamiento médico intensivo de la crisis. Se indicó la colectomía en aquellos pacientes que no respondieron al tratamiento médico al cabo de 7 días y a los que sufrieron agravamiento en este período o que presentaron alguna complicación como: hemorragia digestiva baja masiva, megacolon tóxico o perforación. Entre enero de 1978 y mayo 2000, 119 pacientes fueron operados por CU. De estos 73 (61,3%) por CG que no respondió al tratamiento médico. Edad promedio 35 años, 41 mujeres (56%). A todos los pacientes se les practicó una colectomía total con ileostomía terminal y cierre del muñón rectal. La morbilidad global fue de 45%. En el subgrupo de pacientes con complicaciones (megacolon tóxico, perforación y hemorragia digestiva baja masiva) ésta alcanzó el 70% ($p=0,01$). Se observa una significativa menor frecuencia de complicaciones en los pacientes operados antes de 10 días de tratamiento médico intensivo de la crisis (11% vs 47% respectivamente) ($p=0,01$). Sólo un paciente falleció (mortalidad 1,3%). El estudio histopatológico demostró CU extensa en el 44% y una pancolitis en el 53% de los enfermos. Se concluye que la indicación quirúrgica antes de 10 días de tratamiento médico de la CG de CU disminuiría la morbilidad operatoria.

PALABRAS CLAVES: **Colitis ulcerosa, crisis grave de colitis ulcerosa, colectomía total de urgencia**

SUMMARY

Severe acute attack of ulcerative colitis (AAUC) is a devastating disease. Approximately one third of the patients will need surgical treatment during the attack. Early total abdominal colectomy with preservation of the rectal stump (TAC) is at present accepted as the operation of choice. High morbidity characterizes this policy which seems to be related to the length of time of medical treatment before the operation is performed. In our institution, since 1978 a prospective protocol for the medical treatment of AAUC was established. Patients with AAUC were started on intensive medical treatment (ITM). TAC was indicated in those patients who did not respond to IMT after 7 days or developed toxic dilatation, perforation or massive hemorrhage

at any time within this period. Between January 1978 and May 2003, 73 patients were operated for failure IMT in AAUC. Age: 35, 41 women (56%). TAC was performed in all patients. Postoperative complications were observed in 45% of them. In the sub group of patients who were operated for toxic megacolon, perforation or massive hemorrhage this figure was 70% ($p=0.01$). There was a significant less postoperative morbidity in those patients operated before 10 days of IMT (11% vs 47%) ($p=0.01$). One patient died in this series (mortality 1,3%). The pathology report confirmed ulcerative colitis in all cases: 53% pancolitis, 44% extensive colitis and left sided colitis in 3%. It is concluded that TAC before 10 days of IMT in AAUC lowers postoperative morbidity.

KEY WORDS: ***Ulcerative colitis, severe acute attack of ulcerative colitis, total colectomy***

INTRODUCCIÓN

A pesar de los progresos en el tratamiento médico de la colitis ulcerosa (CU), aproximadamente el 25%-45% de los pacientes necesitará tratamiento quirúrgico en algún momento de la evolución de su enfermedad.^{1,2} Durante la crisis de la enfermedad, la indicación de cirugía, depende fundamentalmente, de la intensidad de la crisis y de la extensión del compromiso en el colon. Así, hasta el 40% de los pacientes con crisis grave (CG) necesitan de tratamiento quirúrgico.^{3,4} La experiencia acumulada en nuestro Departamento demuestra que esta cifra es de 61%.⁵ De manera, que el tratamiento quirúrgico tiene un rol importante en el manejo de la crisis grave y ha permitido bajar su mortalidad a cifras menores al 3%, siempre que éste sea indicado oportunamente.

La operación de elección en los pacientes con una CG de CU, es la colectomía total con ileostomía terminal y conservación del recto, porque permite extirpar el gran foco inflamatorio y evitar las complicaciones de la crisis grave, como el megacolon tóxico, la hemorragia o la perforación, que habitualmente ocurren en el colon. El recto que permanece *in situ*, raramente es causa de complicaciones. Además, el conservar el recto permitirá posteriormente considerar el restablecimiento de la continuidad del tubo digestivo en forma de una anastomosis ileorrectal o más frecuentemente con un reservorio ileal.⁶

El objetivo de esta comunicación es analizar los resultados de la colectomía total de urgencia en CU grave y reconocer factores de riesgo de morbilidad y mortalidad operatoria.

MATERIAL Y MÉTODO

En enero de 1978 se estableció un protocolo prospectivo para el tratamiento médico de la CG de CU,⁷ definida según los criterios de Truelove y Witts⁸ (Tabla 1). De acuerdo con este protocolo, los pacientes con CG de CU atendidos entre enero de

1978 y mayo de 2000 fueron sometidos a un esquema de tratamiento médico intensivo que incluye: Reposo intestinal (régimen cero), corrección de la anemia y desequilibrio hidroelectrolítico, nutrición parenteral total central, administración de corticoides por vía EV (hidrocortisona 300 mg/día o metilprednisolona 60 mg/día), administración de antibióticos orientados hacia gérmenes Gram Negativos y Anaerobios. El protocolo establece un control diario por el equipo médico y quirúrgico.

Dado el tiempo transcurrido desde el inicio de este protocolo, ha habido cambios en el uso de antibióticos anti Gram negativos de acuerdo a su eficiencia. Actualmente el esquema contempla la administración EV de cefotaxima 1 g c/8 h y metronidazol 500 mg c/8 h. Cabe destacar que el uso de metronidazol en estas dosis se ha mantenido constante desde el comienzo de este estudio. También ha habido cambios en el uso de esteroides pero manteniendo dosis equivalentes. Actualmente se indica metilprednisolona 60 mg/día en reemplazo de la hidrocortisona 300 mg/día.

Este protocolo también establece que la falta de respuesta al tratamiento médico intensivo al cabo de una semana o la recaída luego de suspendido el tratamiento constituye una indicación operatoria de urgencia y los pacientes deben ser intervenidos dentro de las 24 horas siguientes. Se consideró indicación operatoria de emergencia la presencia de megacolon tóxico, perforación o hemorragia masiva. En estos casos la operación se

Tabla 1
CRITERIOS DE GRAVEDAD EN LA CRISIS DE COLITIS ULCEROSA (TRUELOVE & WITTS)

	Leve	Moderada	Grave
Nº evac/24 h	<4	4-6/d	>6/d
Temperatura	<37°	37-38°	>38°
Pulso	<90	90-100	>100
Hematocrito (%)	>35	30-35	<30
Albúmina (mg%)	>3,5	3,0-3,5	<3,0
VHS	<10	10-30	>6/d

realizó dentro de las próximas 6 horas. La técnica quirúrgica utilizada en todos los pacientes fue una colectomía total con conservación del recto y construcción de una ileostomía terminal.

Se consignaron los siguientes datos: sexo, edad en el momento del diagnóstico de CU y de la CG, tiempo de evolución de la enfermedad, número de crisis, tiempo de evolución de la CG antes de la cirugía y número de días de tratamiento médico intensivo, indicación quirúrgica, días de hospitalización posterior a la cirugía, complicaciones postoperatorias y mortalidad.

En todos los pacientes el diagnóstico de CU fue confirmado por el estudio histopatológico de la pieza operatoria y se consignó también la extensión del compromiso de colon.

En el análisis estadístico de los datos se utilizó Chi Cuadrado y Test Exacto de Fisher.

RESULTADOS

En el período comprendido entre Enero de 1978 y Mayo de 2000 se han operado un total de 119 enfermos por CU. De éstos, 73 pacientes (61%) fueron intervenidos de urgencia o emergencia por una CG de la enfermedad y constituyen la serie que será analizada.

La serie está compuesta por 41 mujeres (56%) y 32 hombres (44%), con edad promedio de 36 años. La edad promedio de inicio de la enfermedad fue de 32. En cuanto al momento de la indicación quirúrgica en la evolución de la CU, 42 pacientes (66%) se operaron en su primera crisis, 13 (17%) en la segunda y 13 (17%) en la tercera ($p < 0.004$).

En relación a la evolución de la CG, 35 pacientes (48%) se operaron antes del 8º día de tratamiento médico intensivo de la crisis, 23 entre el 8º y 15º día y 2 después de los 15 días.

En la evaluación preoperatoria de los pacientes operados destacó: IMC: 19 (14-27), hematócrito: 27,5% (10-40); albúmina 2,7 mg/dl (1,8-4,3); colesterol 99 mg/dl (40-193); recuento de linfocitos: 1511 (462-5790).

Es interesante destacar que 46 pacientes (63%) habían completado más de 10 días de evolución de la crisis antes de la hospitalización en nuestra institución y 22 pacientes (30%) había recibido inicialmente, tratamiento médico por la CG en otro hospital.

En cuanto a la indicación operatoria, 53 pacientes (73%) fueron intervenidos de urgencia por fracaso del tratamiento médico intensivo en la CG. Veinte pacientes (27%), fueron operados de emergencia: 8 por un megacolon tóxico sin perforación, 2 por un megacolon tóxico con perforación y 10

Tabla 2

INDICACIONES QUIRÚRGICAS POR CRISIS GRAVE DE COLITIS ULCEROSA

Indicación Operatoria	Nº de pacientes	%
Urgencia: (fracaso tratamiento médico crisis grave)	53	73
Emergencia:	20	27
Megacolon tóxico sin perforación	8	11
Megacolon tóxico con perforación	2	3
Hemorragia Digestiva Baja Masiva	10	13
Total	73	100

pacientes por una hemorragia digestiva baja masiva (Tabla 2). De los 20 pacientes que se intervinieron de emergencia, 14 de ellos presentaron la complicación que motivó la cirugía durante el tratamiento médico intensivo de la CG y en 6 de ellos no medió tratamiento médico.

En 40 pacientes (55%), no hubo complicaciones postoperatorias. Una o más complicaciones postoperatorias se presentaron en 33 pacientes (45%). Las complicaciones más frecuentes fueron la infección de la herida operatoria (12%), atelectasias (8%), sepsis por catéter venoso central (5%), sangrado del muñón rectal (4%). Otras como hemorragia digestiva alta, flebotrombosis, absceso subfrénico fueron observadas con menos frecuencia (Tabla 3). Sólo un paciente de esta serie fue reintervenido: presentaba una hemorragia digestiva alta masiva por úlcera duodenal.

Al analizar las complicaciones postoperatorias según el momento de la cirugía se observó que 14 (70%) de los 20 pacientes operados de emergencia, presentaron complicaciones postoperatorias,

Tabla 3
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS (N= 73)

Complicación	n	%
Infección herida operatoria	9	12,3
Atelectasias	6	8,2
Sepsis por catéter venoso central	4	5,4
Rectorragia	3	4,1
Neumonía	2	2,7
Flebitis	2	2,7
Fiebre sin foco	2	2,7
Shock séptico	2	2,7
Hemorragia digestiva alta	2	2,7
Trombosis venosa profunda	1	1,3
Absceso subfrénico	1	1,3

en tanto que aquellos operados de urgencia presentaron complicaciones en el 36% ($p= 0.01$). Al analizar las complicaciones postoperatorias, en el grupo de pacientes operados de urgencia, según los días de evolución con tratamiento médico intensivo de la crisis antes de la indicación quirúrgica, se observó que el 11% de los pacientes (2/17) desarrollaron complicaciones cuando el tiempo de evolución de la crisis fue inferior a 10 días, en tanto que desarrollaron complicaciones postoperatorias el 47% de los pacientes (17/36) intervenidos con más de 10 días de evolución de la crisis ($p=0.01$) (Tabla 4).

Un paciente de esta serie falleció (1,3%). Presentaba a su ingreso un megacolon tóxico sin perforación. Fue operado de emergencia y se practicó una colectomía total con ileostomía y conservación del muñón rectal. En el postoperatorio, no presentó complicaciones derivadas de la cirugía, pero evolucionó con sepsis y falla multiorgánica y falleció.

El estudio histopatológico de las piezas operatorias demostró que 38 pacientes (52%) tenían una pancolitis, 33 (45%) una colitis extensa y solo 2 pacientes (3%) tenían una colitis izquierda.

Al finalizar este estudio, en 70 pacientes (96%) se había re-establecido la continuidad del tubo digestivo, en 56 de ellos con un reservorio ileal y en 14 con una anastomosis ileo-rectal.

DISCUSIÓN

A pesar de los progresos en el tratamiento de la CU, aproximadamente el 25-45% de los pacientes necesitará tratamiento quirúrgico en algún momento de la evolución de su enfermedad.^{1,2} Un tercio de los pacientes que presenta una CG de CU, definida por los criterios de Truelove y Witts,⁸ necesitarán tratamiento quirúrgico de urgencia durante su hospitalización, a pesar del tratamiento médico intensivo.^{3,4,8,9} Esto hace que el tratamiento quirúrgico de urgencia en la CU cobre particular importancia, porque permite mantener baja la mortalidad de la CG.

En la década del 70, la introducción del concepto de colectomía total precoz para los pacientes que no responden al tratamiento médico de la CG en un plazo menor a los 10 días, significó bajar la mortalidad de la CG de CU y de la colectomía total de 31-61% a cifras menores al 3%.¹⁰ Actualmente, se utiliza el esquema elaborado por el grupo de Oxford para el tratamiento médico intensivo de la CG,¹¹ que apoyado por la colectomía total precoz permitió bajar a 0% la mortalidad de la CG de CU. Sin duda, que el concepto de tratamiento médico intensivo de la crisis y colectomía precoz han sido

Tabla 4
MORBILIDAD

	n de pacientes	Complicados	
		n	%
Morbilidad Global	73	33	45
Tipo de cirugía:			
– Cirugía de Urgencia	53	19	36
– Cirugía de Emergencia	20	14	70
Tipo de tto médico intensivo previo a la cirugía:			
– < de 10 días de tratamiento	17	2	11
– > de 10 días de tratamiento	36	17	47

fundamentales en el progreso del manejo de la CU y hoy día son aceptados universalmente. Lo que corresponde actualmente es mantener bajas las cifras de mortalidad logradas y tratar de reconocer factores predictores que permitan reconocer precozmente que pacientes responderán al tratamiento médico y cuáles necesitarán de cirugía.

Travis *et al*,¹⁰ define como respuesta completa al tratamiento médico una frecuencia de deposiciones igual o menor de 3 veces al día y la ausencia de sangre visible en las heces al 7 día de manejo médico intensivo. En su experiencia, el 42% de los pacientes logra una remisión completa. Este mismo autor demuestra que aquellos pacientes que al tercer día de tratamiento médico intensivo se mantienen con más de 8 deposiciones diarias o con PCR mayor de 45 mg/l, tienen una altísima posibilidad (85%) de ser sometidos a una colectomía de urgencia en la evolución de su crisis grave. Se sabe además, que la prolongación del tratamiento médico por más de 10 días no logra aumentar el número de remisiones. Al respecto, es importante destacar que en nuestra serie el 52% de los pacientes fueron sometidos a cirugía después del 8º día de tratamiento médico. La demora en el tratamiento quirúrgico con frecuencia se debe a que el paciente, su familia y en ocasiones el equipo médico tratante, prolongan el manejo médico con la esperanza de obtener una respuesta favorable y evitar así la necesidad de una cirugía de urgencia, la cual invariabilmente incluye una ostomía, aunque sea transitoria.

En la serie publicada por St Mark's Hospital sobre el tratamiento quirúrgico de la CU, el 75% de los pacientes son operados electivamente y sólo el 25% se intervienen con carácter de urgencia.¹⁵ Esto se contrapone con los resultados de nuestro hospital, en que el 61% de los pacientes operados por CU lo hacen de urgencia o emergencia durante una CG.

En todas las series, la principal indicación de cirugía de urgencia es el fracaso del tratamiento médico en la CG de CU. La cirugía de emergencia por perforación, megacolon tóxico o hemorragia digestiva baja masiva, es hoy cada vez menos frecuente, porque estas complicaciones ocurren especialmente en pacientes en quienes se insiste en el tratamiento médico por períodos superiores a una semana, sin que haya habido respuesta clínica.

En los pacientes con una CG de CU que no responden al tratamiento médico o aquellos que presentan un megacolon tóxico, perforación de colon o hemorragia digestiva baja masiva, la colectomía total con ileostomía terminal y conservación del recto se ha impuesto definitivamente como la operación de elección, superando a la proctocolectomía con ileostomía por varias razones: evita una ostomía, permite la restauración posterior de la continuidad del tubo digestivo y evita la disección perineal en pacientes graves, con la potencial infección secundaria perineal y de la cavidad pelviana.¹² Además, en la CG de CU las complicaciones se originan en el colon. El recto no sufre perforación ni dilatación, por lo tanto puede ser dejado *in situ* con la seguridad que no dará origen a morbilidad postoperatoria importante. Aun en los casos de hemorragia masiva, la colectomía total es suficiente para controlar la hemorragia y en aquellos casos con sangrado rectal postoperatorio, que puede en ocasiones ser alarmante, los enemas de ácido 5 amino salicílico y/o corticoides son suficientes para controlar el problema.⁵ Por último la mortalidad operatoria de una proctocolectomía de urgencia es superior a la de la colectomía total (11-16% vs 0-4% respectivamente).^{13,14}

En cuanto a la morbilidad postoperatoria en diferentes series, se encuentra en rangos de 20-70%.¹⁶⁻¹⁸ En nuestra experiencia la morbilidad es de un 45%. Es importante destacar que los pacientes operados de emergencia concentran el mayor número de complicaciones y doblan el porcentaje en relación a los pacientes operados de urgencia (70% vs 36% respectivamente). Esto es esperable si se tiene en cuenta que los pacientes intervenidos de emergencia, tienen una grave complicación de su enfermedad. Por otro lado, aquellos pacientes operados con más de 10 días de tratamiento médico presentan más complicaciones que aquellos operados con menos de 10 días de manejo médico (47% vs 11%). Esto probablemente tiene su explicación en que el paciente se encuentra en peores condiciones generales y nutricionales para afrontar la cirugía y ya se ha perdido un tiempo valioso, al mantener la ilusión de lograr la remisión de la crisis de la enfermedad sólo con manejo médico. Ade-

más, al diferir el tratamiento quirúrgico se está prolongando también el uso de corticoides en altas dosis, sometiendo al paciente a un mayor grado de inmunosupresión, lo que sin duda, es un factor negativo para cualquier paciente que va a ser sometido a una cirugía de urgencia. Todos estos hechos avalan y apoyan la colectomía total precoz en el manejo de la CG de CU.

El tratamiento médico enérgico, precoz y adecuado controla la mayoría de las crisis y selecciona precozmente los pacientes que requerirán tratamiento quirúrgico. El arte para el tratamiento de estos pacientes radica en reconocer oportunamente el fracaso del tratamiento médico, ya que insistir en él por más de 10 días y retrasar la indicación quirúrgica, exponen al enfermo a una mayor morbilidad y mortalidad operatoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Truelove SC: Medical management of ulcerative colitis and indications for colectomy. *World J Surg* 1988; 12: 142-7.
2. Michelassi F, Stella M, Block GE: Prospective assessment of functional results after ileal J Pouch-anal restorative proctocolectomy. *Arch Surg* 1993; 128: 889-95.
3. Jarnerot G, Ronly P, Sandberg-Gertzen H: Intensive intravenous treatment of ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1985; 89: 1005-13.
4. Meyers S, Sachar DB, Goldberg JD *et al*: Corticotropin versus hydrocortisone in the intravenous treatment of ulcerative colitis: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. *Gastroenterology* 1983; 85: 351-7.
5. Zúñiga A, López F: Colitis ulcerosa: experiencia de 18 años en el tratamiento quirúrgico. *Rev Chil Cir* 1996; 4: 364-71.
6. Zúñiga A: Abdomen agudo secundario a enfermedades inflamatorias del colon. En: Jensen y Azolas. *Abdomen Agudo* 1999; 243-55.
7. Zúñiga A, Rahmer A *et al*: Colitis ulcerosa: indicaciones y resultado del tratamiento quirúrgico. *Rev Med Chile* 115: 1155-60.
8. Truelove SC, Witts LJ: Cortisone in ulcerative colitis: final report on a therapeutic trial. *Br Med J* 1955; 2: 1041-8.
9. Truelove SC: Intensive intravenous regimen for severe attacks of ulcerative colitis. *Lancet* 1974; I: 1067-70.
10. Travis SPL, Farrant JM, Ricketts C: Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Gut* 1996; 38: 905-10.
11. Jewell DP: Medical management of severe ulcerative colitis. *Int J Colorectal Dis* 1988; 3: 186-9.
12. Block GE, Moose AR *et al*: Emergency colectomy for inflammatory bowel disease. *Surgery* 1977; 82: 531-6.

13. Hawley PR: Emergency surgery for ulcerative colitis. *World J Surg* 1988; 12: 169-73.
14. Flatmark A, Fretheim B: Early colectomy in severe ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol* 1975; 10: 427-31.
15. Melville DM, Nicholls RJ, Hawley PR: Surgery for ulcerative colitis in the era of pouch: The St Mark's Hospital experience. *Gut* 1994; 35: 1076-80.
16. Fleshner PR, Michelassi F: Morbidity of subtotal colectomy in patients with severe ulcerative colitis unresponsive to cyclosporin. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 1241-5.
17. Ritchie JK. Ulcerative colitis treated by ileostomy and excisional surgery. *Br J Surg* 1972; 59: 345-51.
18. Penna C, Daude F. Previous subtotal colectomy with ileostomy and sigmoidostomy improves the morbidity and early functional results after ileal pouch-anal anastomosis in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 343-8.