

CASOS CLÍNICOS

Colectomía total e ileoproctostomía término-terminal de urgencia. A propósito de un caso

Total cholecotomy and urgent at term-terminal ileoproctostomy. Case report

Dr. Nicolás Rubio Silveira; Dr. Carlos Echevarría del Risco; Dr. Raudel Méndez León; Dr. Javier López Mayedo

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente blanca, de 31 años que fue atendida por el servicio de cirugía general del Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja de Camagüey. Se realizó tratamiento quirúrgico de urgencia para tratar el megacolon tóxico en el curso de la colitis ulcerativa idiopática, se le practicó colectomía total con ileoproctostomía término-terminal sin reservorio. La evolución posoperatoria fue satisfactoria a corto y largo plazos. Se demostró la efectividad de la técnica quirúrgica para esta complicación.

DeCS: COLECTOMÍA/métodos, MEGACOLON TÓXICO/cirugía; TRATAMIENTO DE URGENCIA; INFORME DE CASO

ABSTRACT

A thirty-one-year old, white skin, female patient is presented. She was assisted in the general surgery service at Dr. Octavio de la Concepción y de

la Pedraja Clinical Surgical Military Hospital of Camagüey. Urgent Surgical treatment was performed for treating toxic megacolon in the course of an idiopathic colitis; total colectomy with at terminal ideoproctostomy without reservoir was practiced. Postoperative evolution was successful at short and long term. It was shown the effectiveness of the surgical technique for this complication.

DeCS: COLECTOMY/methods; EMERGENCY TREATMENT; TOXIC MEGACOLON/surgery; CASE REPORT

INTRODUCCIÓN

La colitis ulcerosa ideopática (CUI) es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida, que afecta la mucosa del colon y provoca ulceraciones que pueden invadir hasta la submucosa. Tiene preferencia por el colon izquierdo, aunque puede importar a todo el órgano, e incluso al ileon terminal.^{1, 2} Afecta fundamentalmente al sexo femenino, predomina en pacientes negros de 30 a 50 años. Se ha observado en gemelos monocigotos.²⁻⁴

En más de 100 años transcurridos, desde que Samuel Wilks separó la colitis ulcerosa de las formas epidémicas de disentería, se han involucrado varios agentes causales y diversos conceptos de los cuales ninguno ha sido demostrado científicamente.^{1, 5}

En la actualidad los mecanismos inmunológicos parecen ocupar la primera línea de investigación sobre los agentes causales de la CUI. Se han demostrado cambios en la población linfocitaria T4/T8 de la mucosa colónica con predominio de los linfocitos colaboradores. Esto ha hecho posible mejorar el estudio de esta afección. Sin embargo, las respuestas sistémicas que suelen ocurrir parecen ser consecuencia de estos cambios locales y no la causa.^{3, 5, 6} El megacolon tóxico es una de las complicaciones locales de esta afección que requiere de una terapéutica agresiva y rápida. El diagnóstico no siempre es fácil, y el tratamiento quirúrgico es la única opción cierta para la solución del cuadro. La resección local y colostomía es el método operatorio más utilizado, en dependencia de la gravedad del paciente, con el objetivo de no demorar el acto quirúrgico.³ La colectomía total raras veces se realiza, pero constituye una alternativa más para el tratamiento de esta complicación y además de la CUI propiamente dicha.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanca, de 31 años de edad, con antecedentes de ingresos por CUI descompensada. Tuvo tratamiento con Azulfidina (5 g) y esteroides a amplias dosis. Acude en esta ocasión porque desde hace un mes se queja de diarreas flemosas y sanguinolentas, decaimiento y postración. Se decidió ingreso para estudio y definición del tratamiento específico.

Examen físico:

- Palidez cutáneomucosa
- Tejido celular subcutáneo (TCS) disminuido considerablemente
- Hipotrofia muscular
- Tacto rectal: Heces con sangre rutilante

Complementarios al ingreso:

- Hemograma con diferencial:
 - Hb: 84 g/l
 - Leucocitosis moderada con predominio de polimorfonucleares
- Coagulograma:
 - Dentro de los límites normales.

Tratamiento en sala de cirugía:

- Higienodietético
- Hidratación parenteral con soluciones cristaloides y electrólitos
- Analgesia parenteral a demanda
- Salazosulfapiridina (5 g) 1 tab. cada 8 h
- Metronidazol (5 %) 3 dosis diarias vía EV
- Prednisolona (60 mg) 4 dosis diarias vía EV.
- Transfusión de glóbulos y plasma.



Fig. 1. Antes de la operación

EVOLUCIÓN

La evolución en sala fue desfavorable por lo que se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos donde mantuvo evolución tórpida, presentó cuadros de sangrados intestinales y toxicidad que se agravaron a pesar del tratamiento intensivo con líquidos, plasma, sangre y antimicrobianos de amplio espectro. A los 20 d de su ingreso se mantenía en estado toxiinfeccioso, muy grave, con hemorragia intestinal profusa, por lo que se decidió la cirugía urgente. Fue intervenida mediante transversectomía por ser este el segmento más afectado, con colocolostomía término-terminal e ileostomía. Mantuvo una evolución inestable, con sangrados y estado tóxico, durante 6 d presentó hemorragia masiva por el recto y por el dren dejado en la cavidad abdominal, por lo que se reintervieno.

Acto quirúrgico:

Se encontró deshicencia de la sutura anastomótica y hemorragia de todo el colon hasta 30 cm aproximadamente de ileon terminal. Se realizó colectomía total con resección del ileon afectado e ileoproctostomía término-terminal.

Evolución posoperatoria inmediata:

Favorable.

Evolución posoperatoria mediata:

Al séptimo día de operada estaba recuperada del acto operatorio y tuvo deposiciones pastosas. Fue egresada días después. Durante su seguimiento por consulta externa se pudo evidenciar la ganancia de peso y normalización de los valores de hemoglobina sérica. No ha tenido más episodios de diarreas y mucho menos de sangrado por el recto. Está incorporada a la vida laboral y social sin limitaciones.

Resultado del estudio histológico:

Mucosa con lesiones granulomatosas diseminadas, áreas de hemorragias, ulceraciones y pseudopólipos, edema de la pared del asa. Infiltrado leucocitario. Diagnóstico histológico: colitis ulcerativa ideopática.

DISCUSIÓN

La tendencia actual en el mundo es mantener un tratamiento médico conservador en los pacientes con enfermedades inflamatorias de la mucosa del intestino grueso debido a que la cirugía necesariamente comprende algún proceder excretico lo cual conlleva a la pérdida sanguínea y de otros

elementos vitales en la persona; escisión que puede ser segmentaria y pequeña o llegar a interesar a todo el colon. En nuestro país también se prefiere esta conducta clínica y expectante.⁴

El caso que se presenta tuvo la complicación más temida de esta entidad. El megacolon tóxico conspira contra la vida del paciente a cada minuto, por las toxinas que son liberadas, así como por el sangrado masivo que puede desencadenar.⁷ En estos casos se impone el tratamiento quirúrgico urgente como único método de salvar la vida. El cirujano debe valorar cual será exactamente el tipo de operación a realizar y tomar en consideración el estado precario del paciente, su habilidad, y su experiencia personal ante estas circunstancias críticas que requieren de mesura y certeza.

En contadas ocasiones el cirujano toma la decisión de hacer una colectomía total con ileoproctostomía término-terminal de urgencia, esta operación es mal tolerada de manera electiva y su posoperatorio suele ser tórpido y de evolución lenta.⁸⁻¹¹ Al extirpar el colon se pierden aproximadamente 700 cc de sangre, proteínas, electrólitos, agua, vitaminas y otros elementos, lo que hace pensar en la poca respuesta del operado para lograr una adecuada cicatrización de las anastómosis y de las heridas quirúrgicas, así como mantener un medio interno y un control metabólico compensados.¹²⁻¹⁵

El caso fue sometido a una transversectomía de urgencia, pues en el acto quirúrgico se encontró que este segmento era el más afectado y el responsable de la hemorragia; sin embargo, pocos días después fue operada por nosotros y se encontró que todo el colon estaba comprometido e incluso hasta 30 cm del ileon terminal, macroscópicamente distendidos y llenos de sangre oscura, por lo que durante la reintervención se decidió realizar la colectomía total y restablecer en un único tiempo el tránsito intestinal mediante una ileoproctostomía término-terminal.

La enferma evolucionó favorablemente en comparación con otros casos semejantes, si se considera que la mortalidad por este tipo de intervención de urgencia es alta, incluso contando con las salas de cuidados intensivos. Asombrosamente se recuperó muy bien y al séptimo día sus deposiciones fueron pastosas, en contraste con los resultados encontrados en la literatura.

Durante el seguimiento por consulta se constataron los signos de recuperación física que experimentó la paciente, recuperó el 20 % de su peso corporal, normalizó las cifras de hemoglobina sérica, y mantuvo normales los niveles proteicos plasmáticos y los conteos leucocitarios.



Fig. 2. Después de la operación

Hoy está incorporada a la vida laboral y social. No ha tenido recidivas diarreicas ni ha sangrado nuevamente por el recto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Hernández A, Contreras Sánchez P, Herraiz García J. Inflammatory intestinal disease and its complications in primary care. *Aten Primaria* 2002;29(8):522.
2. Corbaton Anchuelo A, Mesa del Castillo Paya M, Enrique González LS, Serranos Ríos M. Multiple sclerosis and ulcerative colitis: incidental concurrence or related diseases? *Med Clin (Barc)* 2002;118(10):397-8.
3. Pérez Calle JL, Marcos IM, Cameros JA, Barrio J, Trascasa C, Muñoz E, et al. Macromolecular creatinine kinase in patients diagnosed with ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24(1):16-9.
4. Hinojosa J. Anti TNF antibodies in the treatment of intestinal inflammatory disease. *Gastroenterol hepatol* 2000(5):250-7.
5. Gil FG, Arrieta FJ, Gabarro N, Muñoz-Calero A, Hergueta L. Fistulas and ulcerative colitis: report of a case. *An Med Interna* 2000(5):277-8.
6. Panes J. Adhesión molecules: their role in physiopathology and treatment of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 1999;22(10):514-24.
7. Ward FM, Smith JH. Clinical economics review: medical management of inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:15-25.

8. Hanauer SB, Kirschner BS . Advances in the management of Crohn's disease: economic and clinical potential of infliximab. Clin Ther 1998;20:1009-28.
9. Alcalá MJ, Casellas F, Pallares J, de Torres I, Malagelada JR. Infection by cytomegalovirus in patients with ulcerative colitis requiring colonic resection. Med Clin (Barc) 2000;114(6):201-4.
10. González Lara V, Pérez Calle JL, Marín Jiménez I. Approach to toxic megacolon. Rev Esp Enferm Dig 2003(6):422-8.
11. Banos Madrid R, Salama Benarroch H, Martínez Crespo J, Morán Sánchez S, Vargas Acosta A, Mercader Martínez J. Vascular complications associated with inflammatory bowel disease. An Med Interna. 2003;20(2):81-4.
12. Kirschner BS. Differences in the management of inflammatory bowel disease in children and adolescents compared to adults. Neth J Med 1998;53:S13-S18.
13. Moum B, Alberti FD, Steve C. Clinical course during the first year after diagnosis in ulcerative colitis and Crohn's disease: results of a large, prospective population-based study in Southeastern Norway, 1990-93. Scand J Gastroenterol 1997;32:1005-12.
14. Touze I. Diffuse jejuno-ileitis of Crohn's disease: a separate form of the disease? Gastroenterol Clin Biol 1999;23:307-11.
15. Ekbohm A. Risk factors and distinguishing features of cancer in IBD. Inflamm Bowel Dis 1998;4:235-43.

Recibido: 27 de febrero de 2004

Aceptado: 13 de mayo de 2004

Dr. Nicolás Rubio Silveira. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Camagüey. Cuba. rubio@finlay.cmw.sld.cu

