

# Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

nº 7 año 2003



Información conjunta GETECCU / ACCU



## Cirugía en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

*R. Alós*



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO  
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA



**ACCU**  
ASOCIACIÓN DE ENFERMOS  
DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

# Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Información conjunta GETECCU / ACCU España

## COMITÉ EDITORIAL

Jocelyne Favorin (ACCU España)

Miguel Ángel Gassull (GETECCU)

Antoni Obrador (GETECCU)

León Pecasse (ACCU España)

## Cirugía en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

### AUTOR

Rafael Alós

Servicio de Cirugía.

Unidad de Coloproctología

Hospital de Sagunto

Sagunto (Valencia)

Ya se encuentran disponibles en las web [www.prous.com/geteccu/home/index.asp](http://www.prous.com/geteccu/home/index.asp) y [www.accuesp.com](http://www.accuesp.com) los siguientes números de este boletín:

1. [Nutrición, dieta y EII](#)
2. [Medicamentos en la EII](#)
3. [Afectación articular en la EII](#)
4. [Embarazo y EII](#)
5. [EII en la infancia](#)
6. [El cáncer colorrectal y la EII](#)

ISSN 1696-6678

Dep. legal: M-53030-2002



C/ Perú, 6. Edificio Twin Golf B

28290 Las Matas (Madrid)

© Reservados todos los derechos sobre esta publicación. Se prohíbe la reproducción por cualquier medio o soporte del contenido total o parcial de esta publicación sin la autorización expresa del editor.

## Cirugía en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Como norma general, la cirugía en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se indica cuando fracasa el tratamiento médico, ante complicaciones específicas, para evitar o tratar un cáncer y si produce retraso del crecimiento en niños. Una vez establecida la indicación, se debe informar al paciente sobre los motivos que nos llevan a la intervención, el momento más idóneo para ella y los beneficios y problemas esperados tras la cirugía. Habrá que hacer hincapié en que existen diferentes técnicas quirúrgicas (tipos de intervención), siendo obligación del médico proporcionar al paciente información exhaustiva y comprensible de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas. Con toda esa información el enfermo debe tener datos suficientes para responder satisfactoriamente a los interrogantes que pueden plantearse en relación a la cirugía: ¿por qué?, ¿cuándo?, ¿cómo? y ¿qué resultados? En última instancia, la decisión siempre deberá consensuarse entre paciente, gastroenterólogo y cirujano, pudiendo intervenir en ella otros factores como la opinión de familiares o amigos y el tipo de trabajo del paciente.

Como ya es sabido la EII incluye la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), que aunque comparten en su origen no bien conocido un trasfondo genético y una respuesta inmunitaria anómala a factores ambientales, son enfermedades distintas por: síntomas, evolución, hallazgos endoscópicos, pronóstico, etc. Además, mientras la CU se localiza en el intestino grueso (colon) y recto, la EC puede afectar cualquier tramo intestinal desde la boca al ano. Por todas estas razones, los criterios para el tratamiento quirúrgico serán distintos según sea una CU o una EC. Sin embargo, en ocasiones (10-30%) no podemos diferenciarlas de ningún modo, en cuyo caso hablamos de colitis indeterminada, que desde un punto de vista quirúrgico tiene un tratamiento similar al de la CU.

La cirugía en la CU elimina la enfermedad y en la EC, aunque inicialmente consigue eliminarla, puede reaparecer en el futuro (recurrencia). Debemos saber que las intervenciones pueden realizarse por vía abierta (con incisión quirúrgica) o laparoscópica (con mínimas incisiones). Esta última, no recomendable en situaciones urgentes, tiene ventajas cosméticas y permite una recuperación más rápida, pero requiere gran experiencia. Sea como fuere, siempre se deberán respetar las indicaciones y técnicas que mencionaremos a continuación en este documento, donde abordaremos separadamente ambas enfermedades.

### COLITIS ULCEROSA

Hasta el inicio de los años 80, la técnica de elección era la **coloproctectomía total e ileostomía**, que consiste en extirpar todo el intestino grueso (colon), el recto y el ano, dejando un estoma en abdomen (orificio por el que se exterioriza el intestino), en este caso una ileostomía (final del intestino delgado –íleon–). A pesar de ser la mejor operación, porque cura la enfermedad, no ha tenido una muy buena aceptación por parte del enfermo.

Esta operación significa que el paciente es portador de un estoma permanente con los consiguientes problemas, especialmente sociales, que conlleva. Por estas razones, se diseñaron técnicas para mantener la continuidad intestinal, preservando el ano y uniendo al mismo ese íleon formando una bolsa o reservorio ileal para que haga las funciones de recto. Esta intervención conocida como **coloproctectomía restauradora o coloproctectomía con reservorio ileoanal** ha pasado a ser actualmente la técnica de elección. Sin embargo, esta técnica no representa la panacea quirúrgica para la CU ya que tiene problemas y complicaciones no desdeñables. Así, acarrea mayor número de deposiciones y puede favorecer escapes fecales, urgencia de defecar, inflamaciones del reservorio, fistulas, etc., en porcentajes variables. Esta operación no se debe realizar en casos en los que el esfínter del ano tenga una función deficiente o en pacientes de edad muy avanzada. Se han ideado diferentes tipos de reservorio (J, S, W, H) pero ninguno ha demostrado ser superior a otro, siendo el más empleado el reservorio en “J”. Otra intervención con escasas indicaciones es la **colectomía total con anastomosis ileorrectal**, que consiste en extirpar el colon, preservar el recto y unirlo al íleon. Esta técnica requiere un recto sano que podría enfermar en el futuro con todas sus consecuencias. Su ventaja es que al no extirpar el recto evitamos dañar nervios muy próximos al mismo que controlan la micción y la función sexual, hecho que puede ocurrir en un 10% de pacientes a los que sí extirpamos el recto.

Sólo alrededor de un 30-45% de pacientes con CU precisará cirugía en algún momento de su vida y, gracias al buen manejo médico y farmacológico, más del 90% se intervendrán de modo electivo en las mejores condiciones posibles. En estas situaciones, el motivo por el cual se indica la intervención es porque el tratamiento médico fracasa, condición que es difícil de precisar. Podríamos decir que ocurre cuando la CU produce una grave y persistente afectación de la calidad de vida como consecuencia de la propia enfermedad

o de los tratamientos farmacológicos. Para establecer cuando llega ese momento se requiere un juicio clínico acertado, basado en la experiencia y en la estrecha relación entre gastroenterólogo y cirujano.

El objetivo de esta cirugía electiva (no urgente) es curar la enfermedad y se indicará en:

- Colitis que nunca remite completamente o provoca síntomas graves o impide realizar una vida laboral, familiar y social medianamente aceptable.
- Colitis que no responde a inmunosupresores y es corticodependiente (al suspender los corticoides reaparecen los síntomas).
- Colitis con brotes agudos graves o muy frecuentes.
- Alta posibilidad de cáncer o presencia del mismo.

Si la intervención se realiza con urgencia la prioridad u objetivo es resolver esa situación urgente, no siendo aconsejables las suturas intestinales puesto que hay gran riesgo de que falle la cicatrización. Por eso, las técnicas quirúrgicas serán diferentes y supondrán el paso intermedio a la cirugía electiva definitiva. En el quirófano de urgencias la operación más habitual por CU es la **colectomía subtotal con ileostomía y fístula mucosa rectosigmoide**, que consiste en extirpar casi todo el colon abocando a la pared abdominal (o sea, al exterior) el íleon (ileostomía) y a la zona inferior de la herida quirúrgica (fístula mucosa) se aboca el tramo final del colon (sigma) y recto, que no se extirpan. Afortunadamente, la urgencia quirúrgica es poco frecuente y la resumiríamos en:

- Colitis fulminante o brote grave sin respuesta al tratamiento médico intensivo. Representa la urgencia más frecuente.
- Hemorragia masiva incontrolable médicamente.
- Megacolon tóxico: es la dilatación más o menos súbita de la parte horizontal del colon (colon transverso). Si tras 24 horas de tratamiento médico no hay mejoría se impone la cirugía.
- Perforación del colon: es más frecuente si la afectación del colon es extensa y el brote es muy severo.
- Obstrucción intestinal: es rarísima y obliga a excluir un cáncer o una EC.

Todas estas situaciones son, afortunadamente, poco frecuentes.

### ENFERMEDAD DE CROHN

Durante su curso evolutivo, entre un 70-90% de pacientes con EC deberán ser intervenidos y casi la mitad de éstos acabarán interviniéndose de nuevo por recurrencia de la enfermedad. La cirugía en la EC casi siempre es electiva y rara vez constituye una urgencia inmediata. Como ya es conocido, la EC es muy variable en cuanto a localización, complicaciones, curso clínico y recurrencias; por eso, resulta difícil generalizar las indicaciones y las técnicas quirúrgicas. La variabilidad de situaciones clínicas es tal que, hablando en lenguaje coloquial, podríamos decir que hay que hacer a cada paciente con EC un traje “quirúrgico” a medida. Resumiendo, podemos afirmar que el enfermo se intervendrá porque el tratamiento médico fracasa o porque aparece una complicación específica como una estrechez (estenosis), fístulas, etc., que no tienen un claro tratamiento médico.

Si la EC asienta en el intestino delgado el paciente suele operarse porque hay estrecheces numerosas que provocan episodios repetidos de obstrucción intestinal. En este caso, no podemos extirpar todas esas estenosis, puesto que quedaría un intestino corto, y recurriremos a ensancharlas mediante **estricturoplastias**. Si no hay peligro de intestino corto se puede extirpar (resecar) el segmento o segmentos de tubo digestivo enfermo (**resección yeyunal o ileal**) uniendo después entre sí los dos extremos sanos (**anastomosis**).

La localización más frecuente de la EC es en el final del intestino delgado (íleon terminal) y comienzo del colon (ciego), siendo la indicación quirúrgica más común la estrechez de ese íleon que condiciona episodios de suboclusión. Otras indicaciones quirúrgicas para esta localización son: a) presencia de pus intraabdominal (absceso) que no mejora después de evacuarlo guiándose por ecografía y/o TAC, b) fístulas (comunicaciones anómalas) del intestino enfermo con otros órganos (vejiga urinaria, colon sigmoide, etc.) o bien con el exterior abriéndose a piel del abdomen, c) perforación, d) hemorragia masiva y e) presencia de cáncer. En todos los casos la técnica de elección es la **resección ileocecal con anastomosis** del íleon sano al colon (**ileocólica**). En raros casos (peritonitis, absceso pútrido, etc.) no es recomendable la anastomosis por lo que habrá que hacer un estoma temporal que se cerrará posteriormente.

Si la afectación es de colon y/o recto puede afectar a un segmento (segmentaria) o ser difusa (pancolitis). En el primer caso la posibilidad de cirugía es menor que en el segundo y la técnica a emplear es la **resección del segmento intestinal afecto y anastomosis**. En el segundo caso y, si el recto

está sano y no hay enfermedad perianal, se puede realizar una **colectomía (resección del colon) total con anastomosis ileorrectal** aunque las tasas de recurrencia con esta técnica son altas; pero si el recto está enfermo o hay mala función en el esfínter del ano o hay enfermedad perianal (alrededor del mismo) grave la mejor opción consiste en extirpar el colon, el recto y ano (**coloproctectomía**) dejando una **ileostomía definitiva**. Los motivos de la operación no urgente en esta localización son: falta de respuesta al tratamiento médico, estenosis (estrecheces) sintomáticas, cáncer (raro), fístulas a vejiga o a vagina y enfermedad perianal grave no controlable de ningún otro modo. Las urgencias de la EC de colon son similares a las de la CU y se aplica la misma técnica allí descrita: **colectomía subtotal con ileostomía y fístula mucosa**.

Por último, la EC perianal supone un proceso complejo que necesitaría otra publicación para comentarla con más detalle. Baste decir que la cirugía se aplicará sólo para tratar los síntomas y las complicaciones y siempre debe ser realizada por un cirujano experto en EII, siendo las indicaciones las siguientes: fístula sencilla, fístula compleja no resuelta con tratamiento médico, fisura o hemorroide sintomáticas y apéndices cutáneos perianales grandes que dificultan la higiene. En todos estos casos es necesario que no haya afectación del recto puesto que la cirugía podría conducir a graves complicaciones.

### *Recuerde*

- Como norma general, la cirugía en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se indica cuando fracasa el tratamiento médico o ante una complicación grave.
- La cirugía en la CU elimina la enfermedad y en la EC, aunque inicialmente consigue eliminarla, puede reaparecer en el futuro (recurrencia).
- Sólo alrededor de un 30-45% de pacientes con CU precisará cirugía en algún momento de su vida.
- La cirugía en la EC casi siempre es electiva y rara vez constituye una urgencia inmediata.

