

# ¿EN QUÉ CONSISTEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA?

## 7

**José María Paredes**

(Especialista de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia)

**Joaquín Hinojosa**

(Jefe de Servicio de Medicina Digestiva del Hospital de Manises. Valencia)

**Rafael Alós**

(Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital de Manises. Valencia)

## 1- ¿Por qué me tengo que operar?

A pesar de los medicamentos disponibles para el tratamiento de la colitis ulcerosa hasta un tercio de las personas que padecen esta enfermedad precisarán operarse en algún momento de su vida. Por lo general, los motivos que pueden hacer que una persona con colitis ulcerosa tenga que realizarse una intervención quirúrgica como tratamiento de esta enfermedad son: el fracaso del tratamiento médico, es decir cuando los medicamentos empleados para tratar la enfermedad no hacen todo el efecto que se espera de ellos; para evitar o tratar un cáncer de colon; y, en el caso de los niños, para evitar un retraso del crecimiento debido al mal control de la enfermedad.

La primera situación, el fracaso del tratamiento médico, es la condición más frecuente. Aunque es difícil definir, en términos generales se considera que ha fracasado el tratamiento médico cuando la colitis ulcerosa provoca un importante deterioro de la calidad de vida de forma persistente y a pesar de haber empleado los fármacos disponibles. El fracaso del tratamiento puede manifestarse de las siguientes formas: a) los síntomas de la enfermedad (la diarrea, el dolor abdominal, etc.) no desaparecen completamente con el tratamiento o son excesivamente intensos (graves) por lo que impiden realizar una vida familiar, laboral o social aceptable; b) la imposibilidad de suspender completamente determinados medicamentos, como los corticoides, debido a que su suspensión conlleva la reaparición de los síntomas y su empleo prolongado supone la aparición de efectos secundarios inaceptables; c) la presencia de brotes o crisis de la colitis ulcerosa muy frecuentes o graves a pesar del tratamiento aplicado; d) la falta de desarrollo asociada a la enfermedad en la infancia.

La segunda situación que puede motivar la necesidad del tratamiento quirúrgico es evitar o tratar un cáncer de colon. Las personas con colitis ulcerosa que se extiende más allá de sigma (segmento del colon siguiente al recto), presentan un riesgo discretamente superior que la población general de desarrollar un cáncer de colon. Aunque este riesgo es pequeño y aparece al cabo de varios años del diagnóstico, se recomienda realizar colonoscopias de vigilancia a partir de los 10 años desde el diagnóstico, en función de la extensión de la enfermedad. Si en la colonoscopia se detectan lesiones relacionadas con el desarrollo o la presencia del cáncer de colon se planteará el tratamiento quirúrgico.

Cuando se presentan estas condiciones la intervención quirúrgica es la opción terapéutica de elección.

## 2- ¿Cuál es el mejor momento para operarme?

Por lo general, cuando una persona que padece colitis ulcerosa presenta alguna de las condiciones comentadas anteriormente tiene indicación de realizarse un tratamiento quirúrgico. Obviamente, la decisión deberá consensuarse entre el paciente, el médico de digestivo y el cirujano. Será necesario mantener una entrevista en la que el paciente pueda resolver todas las dudas sobre la intervención: sus resultados, riesgos y el momento ideal para realizarla.

Se prefiere que la operación sea programada, es decir, planificada, con todo organizado para que la persona que va a operarse lo haga en las mejores condiciones posibles: respecto a la actividad de la enfermedad, la disponibilidad del equipo de cirugía que habitualmente realiza las intervenciones en los pacientes con colitis ulcerosa, la situación socio-laboral, estado general, nutrición etc. Sin embargo, la programación del momento de la operación no siempre es posible; en ocasiones, la gravedad de la

enfermedad obliga al médico y al cirujano a indicar una operación urgente. La colitis grave que no responde al tratamiento médico es una situación en la que por lo general la cirugía se realiza de forma planificada pero en un breve periodo de tiempo. Sin embargo, la hemorragia por las lesiones del colon que no se puede controlar con el tratamiento médico, la dilatación del colon debido a la colitis (megacolon) que no mejora con el tratamiento médico, la perforación del colon y la obstrucción intestinal son situaciones en las que la cirugía debe realizarse de forma urgente. Afortunadamente, estas situaciones son poco frecuentes.

### 3- ¿Qué tipo de intervención quirúrgica me van a realizar? ¿Me van a quitar todo el colon?

Aunque los tipos de operación que se realizan en pacientes con colitis ulcerosa han ido evolucionando durante los últimos 20 años, en general consisten en la extirpación de todo el colon.

Hasta 1980, la técnica que más se realizaba para operar a las personas con colitis ulcerosa era la **coloproctectomía total e ileostomía definitiva**. Es decir, extirpar todo el colon (intestino grueso), el recto y el ano; se dejaba un orificio en el abdomen (estoma) por el que se exterioriza el final intestino delgado conocido como íleon (ileostomía). Esta opción consigue curar la enfermedad pero su aceptación por parte de los pacientes con colitis ulcerosa, sobre todo los jóvenes, no era muy buena. En la actualidad, este tipo de operación ha quedado reservada para personas de edad muy avanzada o en personas en los que el músculo del ano que ayuda a contener las heces en el recto (esfínter) tenga una función deficiente (no tenga bastante fuerza).

En la actualidad, la intervención que más se realiza entre personas con colitis ulcerosa es la **coloproctectomía restauradora o coloproctectomía con reservorio ileoanal**. En este caso, también se extirpa todo el colon, pero se conservan algunos centímetros de la parte final de recto y el ano. A estos centímetros de recto se une (anastomosa) la parte final del intestino delgado (íleon) formando con esta parte del intestino una bolsa (reservorio) que puede tener diversas formas (la más empleada es en forma de J). La utilidad de este reservorio es que haga las funciones de recto para poder contener las heces. La ventaja de este tipo de intervención es que se mantiene la continuidad del intestino. Sin embargo, esta operación es técnicamente más compleja por lo que no se puede realizar siempre en una única operación y requiere varias intervenciones, habitualmente tres, para llevar a cabo todo el proceso y conseguir la continuidad de intestino. El principal inconveniente es que el reservorio puede dar complicaciones como más tarde veremos. En las imágenes 1, 2 y 3 se muestran los detalles de la realización de un reservorio en J y su resultado.

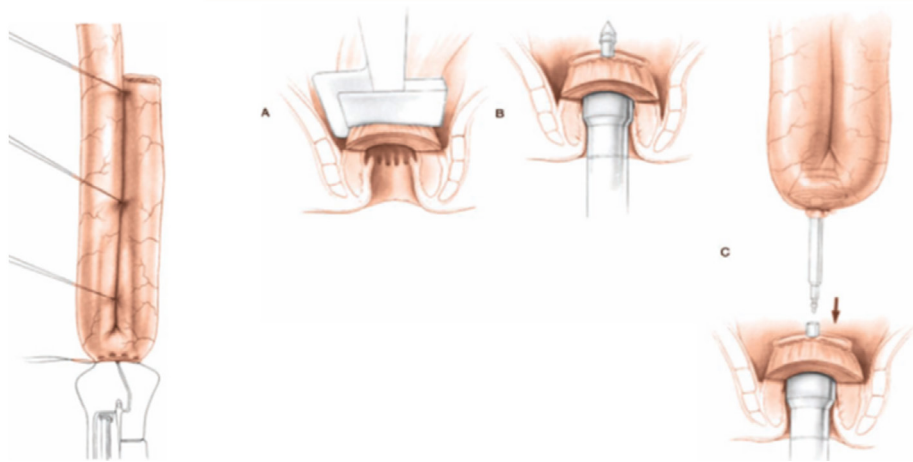


Imagen 1: Dibujo del la sutura de un reservorio ileoanal en "J".

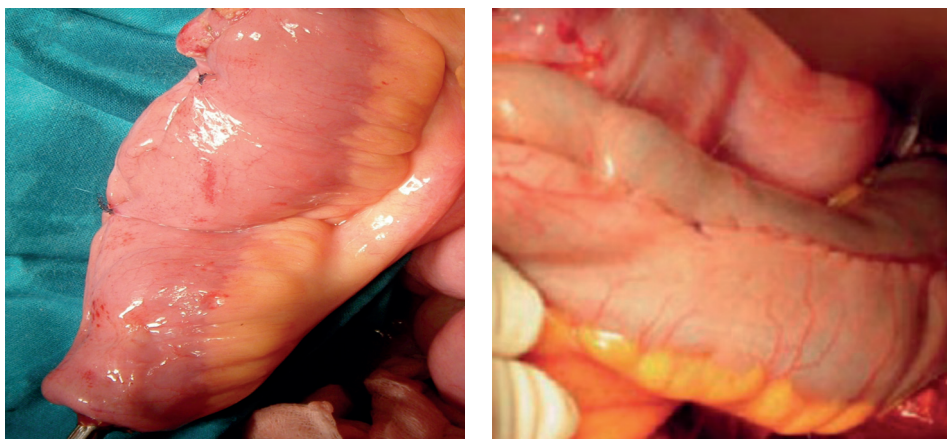


Imagen 2: Construcción de un reservorio ileal en J y su introducción en la cavidad abdominal.

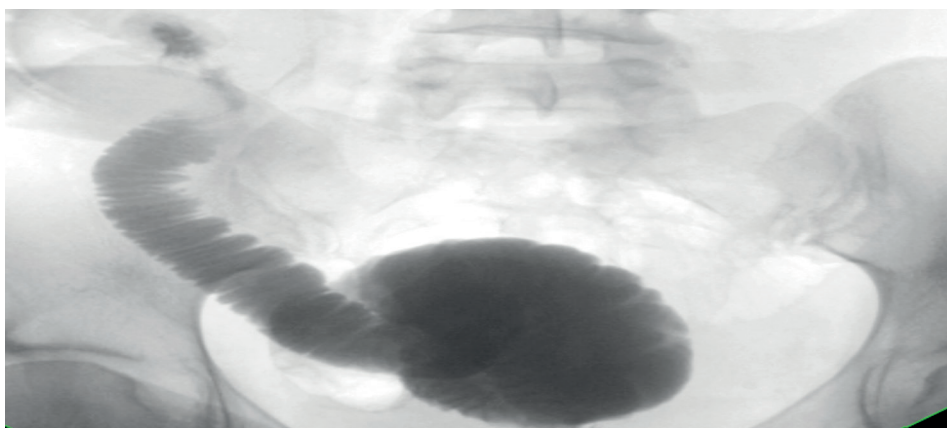


Imagen 3. Radiografía simple con contraste (color negro) donde se muestra un reservorio ileoanal en J.

El tercer tipo de intervención que puede realizarse, aunque es menos frecuente que los anteriores, es la **colectomía total con anastomosis ileorrectal**. Consiste en extirpar el colon salvo su última porción, llamada recto, que se mantiene y se une a la parte final del intestino delgado.

Su principal ventaja es que disminuye el riesgo de daño de los nervios que controlan la micción y la función sexual así como las lesiones en el sistema reproductor femenino que se pueden producir al extirpar el recto. Sin embargo, para poder realizar esta operación, el recto debe estar sano, es decir, sin inflamación por la colitis ulcerosa, y esta situación ocurre pocas veces.

Por otro lado, el recto, aunque se encuentre sin inflamación en el momento de la operación, puede enfermar tras la intervención por la evolución de la colitis ulcerosa, con todas las consecuencias negativas que tendría para el paciente. Este tipo de intervención se plantea, casi exclusivamente, en mujeres jóvenes sin afectación del recto para no afectar su fertilidad.

## 4- ¿Cuáles son los beneficios y los riesgos/ complicaciones que puede tener una intervención quirúrgica de este tipo?

En el caso de la colitis ulcerosa, la operación mediante la que se extirpa todo el colon consigue, "teóricamente", la curación de la enfermedad. Ello implica la desaparición del sangrado con las heces, el alivio del dolor abdominal y, fundamentalmente, la recuperación del estado general junto con la mejoría del estado nutricional y de otras alteraciones provocadas por la enfermedad (anemia).

Sin embargo, el tratamiento quirúrgico conlleva una serie de riesgos derivados del propio acto de realizar la intervención quirúrgica. A pesar del gran avance en las técnicas de anestesia y de la cirugía actual, un pequeño porcentaje de pacientes pueden tener complicaciones inmediatamente después de la intervención. De ellas, la más conocida suele ser la infección de tejidos en la pelvis. Además de estas complicaciones, la realización de un reservorio ileoanal puede asociarse a una serie de problemas.

Aproximadamente, entre un 10% de los pacientes a los que se les realiza un reservorio ileoanal presentan síntomas derivados de un mal funcionamiento del reservorio. Otras complicaciones propias del reservorio son un elevado número de deposiciones, la urgencia para defecar, los escapes de heces (incontinencia), el desarrollo de fístulas, la inflamación del reservorio (reservoritis) o los síntomas derivados de la inflamación de la mucosa rectal remanente (cuffitis).

Ante los riesgos asociados a la intervención y los problemas que puede conllevar el reservorio, el gastroenterólogo intenta evitar la cirugía siempre que sea posible.

## 5- ¿Cómo cambiará mi vida tras la intervención?

La calidad de vida de las personas con colitis ulcerosa tras la realización de la proctocolectomía restauradora mejora significativamente respecto a la calidad de vida previa a la intervención. Globalmente, más de un 90% de las personas quedan satisfechos con los resultados de la intervención dado que previamente los síntomas y las manifestaciones de la actividad inflamatoria de la colitis ulcerosa limitaban seriamente su calidad de vida.

Por lo general, tras la intervención quirúrgica el paciente puede realizar una vida social y laboral aceptable. En ocasiones ciertos problemas como la diarrea que inicialmente, tras la intervención, es frecuente incluso nocturna y tiende a mejorar espontáneamente; aunque algunos pacientes pueden precisar de fármacos anti-diarreicos, como la loperamida, para conseguir una reducción del número de deposiciones.

La fertilidad femenina puede quedar comprometida tras la realización de una colectomía restauradora con reservorio ileoanal debido a las adhesiones que se producen en las trompas de Falopio del sistema reproductor femenino. Otras técnicas quirúrgicas como la colectomía con anastomosis ileo-rectal no parecen influir sobre la fertilidad. Sin embargo, los resultados de esta técnica no siempre son buenos, al dejar una parte de colon enferma (el recto), ni todas las personas son buenas candidatas a realizarse el procedimiento.

Respecto al parto, con el fin de evitar la lesión de las estructuras que se encargan de la continencia de las heces la mayoría de los expertos recomiendan la cesárea frente al parto vaginal. No obstante, la decisión debe tomarse de forma conjunta entre cirujanos y ginecólogos.

### Consulta:

1- [www.accuesp.com/es/](http://www.accuesp.com/es/)

2- <http://geteccu.org/>

3- [eii.blogs.hospitalmanises.es](http://eii.blogs.hospitalmanises.es)