

11209  
1 of 72

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA**  
**División de Estudios Superiores**  
**Instituto Mexicano del Seguro Social**  
**Hospital de Especialidades Centro Médico**  
**La Raza**

**COLITIS ULCERATIVA CRONICA INESPECIFICA**  
**EXPERIENCIA CLINICA Y MANEJO**  
**QUIRURGICO**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**  
**P R E S E N T A :**  
**DR. ALVARO RANGEL VALLEJO**

Asesor: **Dr. Juan Beltrán Arriaga**



**México, D. F.**

**Febrero de 1987**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE .

	Página
Introducción al tema Cuci. Definición ....	1
Objetivos .....	16
Material y métodos .....	18
Resultados .....	19
Tablas de resultados .....	22
Discusión .....	27
Conclusiones .....	30
Bibliografía .....	31

## DEFINICION.

La colitis ulcerativa crónica inespecífica, es una enfermedad inflamatoria del colon, que se caracteriza por períodos de remisión y exacerbación y cuya etiología es desconocida.

La primera descripción de la enfermedad fué realizada por Sir. Samuel Wilkes, patólogo Ingles en el año de 1859(1), pero las características clínicas y la naturaleza de sus fases aguda o Crónica -- fué establecida hasta 1902. A partir de entonces se ha llevado a cabo una serie importante de investigaciones, principalmente en cuanto a los factores etiologicos y se han mejorado las perspectivas del tratamiento .

## INCIDENCIA.

La colitis ulcerativa crónica inespecífica(GUCI) muestra en las estadísticas de Estados Unidos una captación de 15 a 30 mil casos anuales, con una incidencia de 4-6 por 100,000 hab. En nuestro país la incidencia no está documentada. Se presenta más frecuente en dos grupos de edad, de los 20 a 40 años y después de la 5a. década de la vida, pero es frecuente en el grupo pediátrico; En el sexo la distribución es ligeramente superior en la mujer.; También se ha encontrado más frecuente en blancos que negros y algunos -- grupos raciales (Judíos) (2). En cuanto a la ocurrencia Meyers(3) -- no encontró correlación de la enfermedad con los cambios estacionales como otros autores lo suponían, tampoco se ha demostrado que sea mayor en pacientes fumadores ni con algun hábito higienico o dietetico determinado.

## ETIOLOGIA.

Varias hipótesis se han propuesto, pero ninguna satisfactoria .

- 1.-Relación con algún proceso infeccioso
- 2.-Asociación con hiperreactividad del sistema nervioso autónomo.
- 3.-Desórdenes enzimáticos(alteración de lisozimas o mucinasas.

4.-Hipotesis autoinmune, por demostración de anticuerpos circulantes en mucosa del colon.

5.-La más reciente teoría, de hipersensibilidad celular con destrucción linfocítica linfocítica de la mucosa colonica.

La presentación familiar se ha encontrado según varios autores en un 15 a 40% y a pesar de no ser clasificada genéticamente, al parecer se hereda la susceptibilidad a factores externos que determinaran el inicio y la evolución del CUCI .(4).Las investigaciones en éste terreno se han caracterizado por la búsqueda de correlaciones del CUCI con el sistema de histocompatibilidad(HLA) y se ha encontrado multiples reportes, todos los cuales varían y solo en grandes series se ha documentado una elevación de HLA Bw35 y -Dr 2 en judios y en la población americana una elevación de HLA--A11, B7 y B13 con disminución de HLA B14, pero no se ha correlacionado las cifras de antígenos con el inicio o evolución de CUCI y solo se encuentra bien documentado la presencia de HLA B27 cuando se asocia a espondilitis anquilosante hasta en un 90%.(5).

#### FISIOPATOLOGIA.

Observaciones bacteriologicas.-La incidencia de CUCI correlaciona inversamente con la presencia de infecciones intestinales, explicandose ésto quizá por que se desconoce a los posible agentes bacterianos o porque la infección inicial fué la que desencadeno la respuesta inflamatoria y posteriormente ya no se identifica. El interes en cuanto a este posible factor etiologico se despertó nuevamente por la identificación de lesiones similares al CUCI en infecciones por *Yersinia Enterocolica* y *Campylobacter fetus* o en la enfermedad de Bechet y los recientes estudios de coprocultivo en pacientes con CUCI ha mostrado desde flora normal hasta *E. Coli* invasiva y en estos casos tambien la presencia de anticuerpos aglutinante O 14 contra *E.Coli*. Tambien se ha encontrado ac aglutinantes contra formas L y micobacterias y pared bacteriana

Todos los estudios bacteriologicos anteriores lo único que han de mostrado que puede haber alteración de la barrera mucosa a la entrada de bacterias y permite así una reacción en contra de los - constituyentes celulares bacterianos o sus metabolitos. (6).

Estudios Virales.-La posible correlación con virus resulta de observaciones indirectas, como lo constituye la semejanza con la enteritis del Linfogranuloma venereo y las lesiones producidas en colon por inoculación de virus humanos, pero no se ha demostrado - relación entre inicio de CUCI e infección viral, además de no ser epidemico ni se ha demostrado contagio.

ALERGIA ALIMENTARIA.-Se ha postulado que una de las posibles causas de CUCI lo constituya una reacción alergica a cierto alimento debido a la presencia de Eosinofilos y células cebadas en colon, pero con títulos normales de IgE, sin embargo no hay respuesta con el uso de cromoglicato disodico el cual disminuye los eosinofilos.

Inmunidad Humoral.-Se ha demostrado que no hay deficiencias en factores del complemento y las elevaciones discretas en C1 y C3 y las elevaciones ocasionales de IGM o IgG representan respuesta al estímulo inflamatorio.

Anticuerpos anticolon.- Se ha documentado la presencia de Ac que reaccionan contra antígenos de la mucosa intestinal en un 15% si se usa inmunofluorescencia y hasta en un 30% con hemoinmunoaglutinación y estos anticuerpos son principalmente IGM y resultan de la producción del tejido linfoides intestinal en respuesta a la - reacción contra antígenos bacterianos, pero estos Ac. correlacionan en forma negativa con el desarrollo de CUCI y no son citotóxicos "in vitro" contra epitelio colonico y quizá su participación en la enfermedad solo como constituyentes de complejos Ag-Ac o actuación como células mononucleares en procesos citotóxicos.

Linfocitos circulantes.-Son variables los niveles de linfocitos T

o linfocitos B y dependen de la actividad o duración de la CUCI .  
Mecanismos mediadores celulares.-La respuesta a dermatitis alérgicas -  
como son al dinitrobenceno y hongos son normales, lo mismo que la  
respuesta a fitohemaglutinina y los cultivos de mucosa rectal "in  
vitro" inhibe la migración de leucocitos por lo que se piensa que  
hay alteración de la inmunidad celular, pero el evento primario se  
desconoce(1).

Citotoxicidad por linfocitos.-Los linfocitos circulantes en pa --  
cientes con CUCI son citotóxicos contra epitelio del colon , son -  
de efecto rápido, no requieren de complemento y sus propiedades --  
pueden ser inducidas a linfocitos normales al realizarse cultivo-  
de linfocitos mixtos, tales linfocitos se ha sugerido son recepto  
res del fragmento Fc de anticuerpos y actúan como "killer cells"  
o células destructoras y se ha sugerido que la citotoxicidad auto  
inmune sea estimulada por una reacción cruzada a un antígeno bac-  
teriano(7).

Inmunoregulación de la actividad celular.-se ha propuesto un dese  
equilibrio en la actividad celular. También se han encontrado repor  
tes contradictorios en cuanto a disminución del número de supreso  
res de linfocitos T y alteración de actividad de células "killer"  
Otras alteraciones se han encontrado como es elevación de la po--  
blación total de macrófagos y quimiotaxis de neutrófilos normal.  
Por los estudios inmunológicos anteriores se concluye que las al-  
teraciones en la homeostasis de la inmunidad celular o humoral no  
son concluyentes que sean la causa de la enfermedad sino que pare  
ce ser una consecuencia de la misma.

La hipótesis actual más aceptada es la de interacción entre meca-  
nismos inmunológicos del huésped desencadenados por agentes exter  
nos no precisados en un paciente sensibilizado o con susceptibili  
dad hereditaria.( CUADRO 1).

Otro de los aspectos de la investigación está encaminado a demos-

trar alteraciones en la estructura glicoproteica de la mucosa intestinal y se ha probado que el contenido de mucina y sulfomucina estan disminuidas y en otras series se encuentra disminucion de - lecitina en aquellos pacientes con evolucion cronica y riesgo potencial de cancer. Tambien se ha encontrado en secreciones intestinales elevacion de enzimas que degradan mucosa como son la D ga lactosidasa y la fucosidasa, permitiendo asi el paso de bacterias a traves de un epitelio debilitado y desencadenar una serie de -- reacciones ,primero inflamatorias y despues inmunologicas(9).

Prostaglandinas.-Desde que Gould reportó elevaciones de prosta -- glandinas (PG) en el excremento de pacientes con CUCI, la atencion se enfoco hacia la funcion del Ac. Araquidonico y sus metabolitos (eicosanoides).(10). Se ha encontrado aumento en la excrecion de prostaglandinas E 2, tromboxano B 2, leucotrienos B 4 y otros metabolitos, guardando relacion directa con la actividad de la enfermedad, pero las celulas responsables de estos cambios en las Pg no -- se conocen. En cuanto a su papel en el CUCI se ha visto que alte -- ran el transporte de liquidos y electrolitos y modifican el flujo sanguineo regional.

#### **PATOLOGIA.**

La enfermedad generalmente inicia en recto e involucra porciones cercanas de colon por extension directa generalmente termina en - valvula ileocecal, pero en un 20% involucra ileon terminal. En cuan -- to al sitio mas frecuente de lesiones, el rectosigmoides esta afec -- tado hasta en un 90%, todo el colon en un 20% y menos de un 5% lo -- calizado a lado derecho sin afeccion del recto.(11).

Las lesiones comienzan como pequenos puntos hemorragicos asocia -- dos con hiperemia, congestion de mucosa que sangra facilmente y -- forma ulceraciones que mas tarde tienden a ser confluentes o que pueden ser superficiales y distantes o profundas y extensas y en



ocasiones desaparece la mucosa rectal por completo. Con el tiempo hay estrechamiento y rigidez del intestino y el tejido es sustituido por fibrosis o formación de pseudopolipos por hiperplasia de remanentes mucosos del borde ulceroso.

Al microscopio se encuentran micro o macroulceraciones, con edema adyacente, infiltrado inflamatorio con polimorfonucleares y eosinófilos con destrucción vellosa y abscesos en criptas de Lieberkühn que penetran hasta la submucosa, con aumento de células de Paneth y no hay formación de granulomas. (12).

#### CUADRO CLINICO.

Se manifiesta por un comienzo brusco en el 90% de los casos, con diarrea copiosa que a menudo contiene moco y sangre, con dolor cólico generalizado, asociado a la defecación, con tenesmo rectal si el recto está involucrado. En el comienzo indicioso pueden estar ausentes la diarrea y su única manifestación puede ser el dolor.

La enfermedad generalmente se acompaña de hipertermia de grado variable, con anemia de grado I a IV dependiendo de la magnitud del sangrado y de la evolución, también la pérdida de peso está condicionada a la cronicidad.

El CUCI puede tomar diferentes cursos clínicos: 1) Fulminante con evolución rápida que llevara a tratamiento quirúrgico urgente o a la muerte. 2) Crónica intermitente con periodos de remisión y exacerbación y es la forma más común de la enfermedad. 3) Crónica continua, nunca libre de síntomas y rebelde a tratamiento médico.

Los brotes de agudización de la enfermedad se han asociado a infecciones intercurrentes, alteraciones emocionales, variaciones en la dieta o con medicaciones que modifican el tránsito intestinal.

#### DIAGNOSTICO.

Para el diagnóstico de CUCI se siguen cuatro pasos principales:

1.-Historia clínica. 2.-Proctoscopia. 3.-Radiografía. 4.-Biopsia.

Una historia clínica relevante es la que hace sospechar al médico de ésta enfermedad y posteriormente tratar de llegar al diagnóstico mediante estudios de gabinete y confirmación definitiva histopatológica sin embargo en ocasiones es necesario instalar tratamiento de prueba cuando no se llega al diagnóstico definitivo.

La endoscopia revela puntilleo hemorrágico, mucosa edematosa con sangrado fácil, ulceraciones o microabscesos con o sin membranas adherentes y en ocasiones pseudopolipos .

Las radiografías baritadas de colon muestran disminución de la distensibilidad, ampliación del espacio presacro, pérdida de las haustraciones, ulceraciones marginales, estrechez concentrica y en ocasiones lesiones o imágenes similares a neoplasias.(13).

El diagnóstico diferencial en otros países donde la enfermedad es más frecuente se realiza con enfermedad de Chron, lo cual a veces resulta difícil en el 20% de los casos si no hay biopsia.

En nuestro país el diagnóstico generalmente es tardío pues primero son catalogados como enfermedad parasitaria del tipo de la amibiasis y no es hasta que después de tres o cuatro cuadros similares y ante la persistencia de coproparasitoscópicos negativos se decide la investigación endoscópica.

#### PRONOSTICO.

El impacto que produce en una persona una enfermedad crónica depende de tres factores. 1) Estado previo a la enfermedad (edad, intelecto, condición física. 2) curso de la enfermedad. 3) eficacia del tratamiento. Los tres factores anteriores determinaran el pronóstico en términos de supervivencia y calidad de vida.

En estudios realizados por Hendricksen en 783 pacientes y seguimiento a 18 años, encontró que la supervivencia en mujeres no difirió de la población general, en hombres mayores de 40 años la mortalidad fue 2.1% al primer año y posteriormente 1.5% anual.(14).

El cancer de colon se presentó en 7 pacientes , con un riesgo anual

de 0.07% y a los 18 años de 1.4% independiente de la extensión de las lesiones. La tasa de colectomía fué de 9.6% al año del diagnóstico, a los 18 años del 31% independiente de la extensión de las lesiones y la actividad laboral no se afectó respecto a la población general a los 3 años del padecimiento. La evolución en estos pacientes 50% permaneció asintomática, 30% con actividad moderada y en un 20% actividad leve.

#### COMPLICACIONES.

Complicaciones sistémicas se asocian a CUCI como un estado de vulnerabilidad tisular y ocurren mientras la enfermedad está latente. Se ha reconocido detención del crecimiento o del desarrollo sexual en adolescentes. La presencia de eritema nodoso o pioderma gangrenoso pudiera sugerir una reacción tipo Swatsman, pero estas lesiones ceden después de la cirugía. La episcleritis y espondilitis se presentan en un 20%, asociado a elevaciones de HLA b 27.(15). La artritis reactiva y la sinovitis son inespecíficas y seronegativas y se presentan en un 12% de los casos. Alteraciones nutricionales se presentan hasta en un 60%, principalmente deficiencia de folatos por alteraciones de la absorción o ingesta inadecuada y además se ha reportado pérdida somática por las lesiones intestinales que facilita fuga proteica hasta en un 18% en los niños.(16).

Las alteraciones hepáticas en CUCI se han reportado desde 1874 al describirse por primera vez infiltración grasa del hígado, sin embargo los últimos estudios han reportado una gran cantidad de desórdenes hepatobiliares como lo son :

- 1.-Lesiones hepáticas: Hígado graso, hepatitis crónica activa, amiloidosis, granulomas y evolución a cirrosis.(17).
- 2.-Trastornos del árbol biliar: Colangitis, pericolangitis, colangitis esclerosante hasta en un 1.4% con riesgo de cáncer de vesícula y vías biliares.
- 3.-Otras lesiones como son obstrucción de la porta.

Estas complicaciones hepatobiliares ocurren en 15 al 50% de los pacientes, siendo la más frecuente la pericolangitis hasta en 4% y al parecer representa fenómeno inicial de una colangitis esclerosante y clínicamente manifestadas por períodos de colestasis y en las pruebas de función hepática por elevación de bromosulfa -- leina y de fosfatasa alcalina. Estudios de biopsia en estos pa-- cientes reportan lo que se llama "triaditis"(edema de porta, con-- ductillos biliares y linfáticos).

Con respecto al riesgo de desarrollar cancer se ha señalado desde los reportes de Farmer en 1971(18). que es más frecuente si se ini-- cia antes de los 10 años de edad, si la evolución es de más de 10-- años y si las lesiones se presentaban en todo el colon. Levinson-- en 1972(19). señalo riesgo de cancer en un 5% si evolución era de más de 10 años y 25% si es mayor de 20 años. Otros reportes actua-- les encaminados a la detección oportuna de cancer en pacientes -- con CUCI han encontrado displasias zona que posteriormente desa-- rrolla cancer en un 80% y displasias cercanas al sitio del cancer en un 73%, con presencia de linfomas intestinales asociados hasta en uno al 15% de los pacientes con CUCI.

Otra de las complicaciones asociadas son las perforaciones y el -- megacolon tóxico que se presentan hasta en un 4.7%, siendo la pri-- mera descripción del mismo en 1875 y asociado a CUCI en 1955.

En estudio realizado por Greenstein.(20). De 613 pacientes con -- CUCI encontro 61 pacientes que desarrollaron megacolon(10%) de los cuales 29(4.7%) presentaron perforación, otras 7 perforaciones se encontraron en pacientes sin megacolon y se asociaron a episodio de sangrado masivo. La mortalidad asociada a megacolon tóxico fue 41% si se asoció a perforación y 2.6% si no estaba perforado y -- en casos de perforación sin megacolon mortalidad del 57%, reportan-- dose como el sitio mas frecuente de perforación el colon transver-- so(52%) y respecto a la patogenesis del colon tóxico es obscura y

parece ser que el proceso inflamatorio inicialmente localizado a mucosa y submucosa pasa a capas musculares con alteración de las fibras nerviosas mientericas, con la consecuencia de pérdida del tono muscular y que en ocasiones es desencadenado por anticolinergicos, opiacios o infecciones intestinales asociadas.

#### TRATAMIENTO.

El manejo del paciente con CUCI debe ser integral, prestando atención especial en cuatro esferas.

1. Aspectos higienicodieteticos y control de alteraciones emocionales.
2. Tratamiento médico según la fase aguda o crónica .
3. Manejo de las complicaciones.
4. Manejo quirurgico.

El apoyo nutricional es de especial interes en estos pacientes -- los cuales presentan anemia y desnutrición hasta en un 60% y para esto se debe iniciar con un amplio programa de nutrición, desde una dieta hiperproteica con suplementos vitaminicos, dietas elementales y si es necesario la nutrición parenteral. (2).

Las alteraciones emocionales , que se presentan en un 50%, deberan ser apoyados por tranquilizantes y en ocasiones manejo especial por el servicio de psiquiatria.

El manejo médico en la etapa aguda de la enfermedad requiere hospitalización en 80% de los casos, con reposo intestinal y administración de soluciones parenterales, esteroides, sulfasalazina y tranquilizantes.

La administración de corticoesteroides desde su introducción por Truelove en 1955. (21). ha probado su eficacia, pero debe quedar claro que el uso corriente de los mismos esta basado en datos al inicio empirico y posteriormente demostrado por estudios experimentales que actuan disminuyendo la permeabilidad capilar, disminución-

de la migración de macrófagos y de polimorfonucleares, estabilización de membranas lisosomales, inhibición de inmunidad mediada por células T y disminución de prostaglandinas y Ac araquidónico. Por los mecanismos anteriores se ha presupuesto disminución de la --- reacción inflamatoria con el uso de esteroides, pero no hay correlación entre los niveles plasmáticos de los mismos y la evolución clínica, además en estos pacientes la absorción intestinal de esteroides disminuye por la reacción inflamatoria y esto concuerda -- con los mejores resultados observados con el uso de vía parente-- ral para la administración de corticoides. se ha reportado que no hay diferencias en cuanto a uso de ACTH o dosis equivalentes de - hidrocortisona y la remisión se presenta en 41 al 66%.

Jainerot(22). reporta remisión en 57% con la aplicación de esquema de 5 días de infusión intravenosa de Betametazona (3mg c/12hr) enemas de hidrocortisona, antibióticos y si hay respuesta conti--- nuarlo por 21 días y si no hay respuesta el paciente es candidato a cirugía por el riesgo potencial de megacolon o perforación.

Las recaídas se presentan exponencialmente según el tiempo de e-- volución, siendo el primer año 48.1%, al segundo año 14.2% y al ter-- cero de 13.7%, con disminución de las mismas con el tiempo; en las anteriores recaídas no se relacionaron con extensión de las lesio-- nes, sin embargo el comienzo agudo de la enfermedad se asocio en - un 53% con una extensión total de lesiones en colon. Se ha proba-- do otros medicamentos en la fase aguda, como es la azatioprina en dosis de 4-6mg/kg/día con remisiones menores del 50%.

En la fase crónica de la enfermedad el medicamento más usado es - la sulfasalazina desde su introducción hace 40 años, sin embargo - consideraciones acerca del medicamento deben ser tomadas en cuenta: De una dosis oral del medicamento 10 al 15% es absorbido por el intestino delgado y el resto pasa a colon donde por acción de las bacterias es convertido en dos componentes, uno que es la sul

fapiridina y el otro componente el ácido 5 aminosalicílico(5AAS) la sulfapiridina se absorbe y es metabolizada por el hígado y eliminada por riñon y se ha demostrado que es responsable de los efectos indeseables, en cambio el 5AAS permanece sin cambio en un 80% en la luz intestinal, no obstante el mecanismo terapéutico no es claro y se ha pensado en la afinidad del colon con la droga para mejorar la pared mucosa la cual está debilitada en el CUCI.

Otros autores han encontrado disminución y alteración en la liberación de prostaglandinas PgE2 y F y tromboxano, con bloqueo de la vía de la lipoxigenasa, encontrando explicación de la disminución del fenómeno inflamatorio con el uso de sulfasalazina.(23). Las dosis usuales de éste medicamento son variables dependiendo de respuesta individual y de la actividad de la enfermedad.

Con el uso crónico de sulfasalazina se presentan efectos colaterales en el 20%, desde las más comunes como náusea y vómito, hasta agranulocitosis, trastornos renales, oligospermia y disminución de las reservas de cromo.

Otros autores reportan que no hay diferencia con el uso continuo de sulfasalazina y dosis quincenal (3gr) encontrando recaídas en un 30% con el medicamento usado diariamente y 39% si se usa en dosis cada 14 días.(24).

Se han ensayado otras drogas principalmente derivados de 5AAI con resultados variables y enemas de esteroides o cremas si hay proctitis con resultados buenos. Otra droga que se ha experimentado es la ciclosporina ya que produce disminución de la quimiotaxis de linfocitos.

Para el manejo de las complicaciones, se sabe que la mayoría responden a esteroides y ceden una vez que se realizó procedimiento quirúrgico.

El manejo quirúrgico tiene dos facetas, según sea realizado de urgencia o en forma electiva .

### Manejo quirurgico de urgencia.

- 1.-En perforación de colon, que se presenta en un 4.7% y generalmente asociado a colon tóxico. El manejo quirurgico consiste en colectomia subtotal, ileostomia y fistula mucosa .
- 2.-Hemorragia masiva, que se presenta en un 5% y el manejo puede ser ileostomia, o colectomia subtotal con ileostomia y fistula mucosa dependiendo del estado general del paciente.
- 3.-Colon tóxico cuya frecuencia es de 10%, consiste el tratamiento en proctocolectomia e ileostomia .

### Evolución historica del tratamiento quirurgico en CUCI.

La primera descripción de tratamiento quirurgico la realizo Weir realizando cecostomia. (11). más tarde el procedimiento electivo fué ileostomia para la fase aguda no controlable, posteriormente catell en 1942 propuso procedimiento de tres tiempos, ileostomia inicial, seguida de colectomia subtotal y finalmente resección abdo minoperineal; Goligher en 1952 introdujo la proctocolectomia e ileostomia y un año más tarde Brooke contribuyó, con una nueva técnica para la realización de ileostomia y dada la dificultad para el manejo de la continencia ileal en 1960 Koch realizo un procedimiento para ileostomia continente. En ese mismo año en Inglaterra se popularizo la colectomia total con anastomosis ileorectal como procedimiento de elección en pacientes con CUCI.

Los estudios encaminados a evitar la resección del esfínter anal iniciaron en 1947 cuando Ravitch y Sabinston describieron la técnica de proctectomia mucosa y anastomosis ilecanal, sin embargo no tuvo aceptación por los problemas de incontinencia y no fué hasta 1977 en que \*arsin y cols. aplicaron la técnica diseñada por Soave para tratar la enfermedad de Hirschprung y obtuvo resultados de continencia adecuados (ca 12 evacuaciones por día) lo que nuevamente despertó el interes en estas operaciones.

Parks y Nicholls en 1978 tratando de mejorar o controlar el núme-



ro de evacuaciones en anastomosis ileocanales,desarrollaron una -- técnica de reservorio con el uso de tres asas de ileon terminal o técnica en "S",posteriormente Utsunomiya describe otra técnica -- con dos asas o procedimiento en "J" y más tarde Fonkalsrud uso -- dos asas con anastomosis latero-lateral isoperistáltica.(26).

Indicaciones para cirugía electiva.

- 1.-Persistencia de enfermedad y cuadros agudos frecuentes a pesar de manejo adecuado(sulfasalazina + esteroides).
- 2.-Incapacidad para disminuir dosis de esteroides por riesgo de recaída.
- 3.-Retardo en el crecimiento o en el desarrollo sexual y complicaciones graves.
- 4.-Riesgo de desarrollar cancer .

Actualmente se realizan varios tipos de cirugía electiva en el paciente con CUCI.

1.Proctocolectomia total con ileostomia definitiva,la cual fué la primera y más popular;Hauer en el Hospital Monte Sinai(27) reporta la experiencia con 429 pacientes con mortalidad de 0.48% sin embargo la morbilidad fué de 15% incluyendo lesion ureteral hematoma pélvico o perineal o alteraciones sexuales como impotencia o eyaculacion retrograda en 1.5%.Siendo frecuentes los abscesos perineales,se ha notado que la forma de disminuirlos es dejando sin suturar el peritoneo pélvico con sutura de elvadores y herida suturada primariamente,dejando drenaje pélvico--señalando herida perineal cerrada en 94% a los 6 meses en contraste con el 56% obtenido al dejar herida abierta y cubierta con gasas.Este procedimiento aún continua utilizandose y con una adecuada ileostomia continente de Koch es una alternativa del tratamiento quirurgico,a pesar de las alteraciones psicossociales que implica la ileostomia definitiva.

2.-Colectomia total con ileoproctoanastomosis,popularizada por --

Van herdent en 1978 con estudio de 226 pacientes a los cuales solo en 8 se necesitó proctectomía posterior, otros autores señalan la experiencia con 286 pacientes con seguimiento a 30 años-- con mortalidad perioperatoria de 8.9% y 40% de pacientes requirieron proctectomía posterior, con tasa de colectomía de 21% a los 2 años de seguimiento. (28). el riesgo para desarrollo de cáncer fue 3.8% a 10 años y de 17% a los 30 años en remanente rectal.

Oakley (29) reserva la cirugía para sujeto joven, para evitar ileostomía permanente, evitar alteraciones sexuales y tener una mejor calidad de vida; Con mortalidad perioperatoria del 5% y 14% de morbilidad, principalmente problemas con la anastomosis, como ruptura u obstrucción, siendo necesaria la proctectomía en 27 a 40% en los primeros 5 años de tratamiento quirúrgico inicial.

3.-Colectomía con proctectomía mucosa y anastomosis ileoanal, ampliamente difundido en la actualidad y siendo de elección en algunos centros hospitalarios.

Esta contraindicado cuando la enfermedad se localiza en recto distal o si el esfínter anal es débil, ya sea por edad o trauma neurológico y es valorado antes de la cirugía con balones de presión intrarectal y la cirugía nunca se usa como tratamiento urgente.

El manejo preoperatorio de estos pacientes es muy importante para el éxito de la cirugía, por lo que el paciente es llevado a un estado nutricional óptimo, con el uso de dietas elementales y en ocasiones utilizando nutrición parenteral, preparación de colon en forma habitual y cuando no haya actividad de la enfermedad.

Variaciones de la técnica.-Se han apoyado en estudios eléctricos y manométricos para diseñar la mejor técnica en cuanto a continencia, así como evitar el daño neurológico secundario a la disección rectal. Desde 1972 cuando Lee y Dowlin diseñaron la excisión perimuscular del recto y en 1977 la disección interesfínteriana por Little (30) hicieron que mejoraran la continencia.

Otro aspecto importante lo constituye el nivel de la anastomosis anal, concluyendo la mayoría de autores en que el mejor sitio es a un cm. arriba de la línea dentada. En relación a la disección mucosa puede ser por vía abdominal o perineal, con eversión del mango anal. (31). Actualmente se utiliza la fragmentación mucosa con ultrasonido, la cual disminuye el tiempo quirúrgico en la disección mucosa.

Para la realización del reservorio se puede utilizar cualquiera de los procedimientos mencionados anteriormente, con resultados adecuados, sin embargo series publicadas ultimamente señalan mejores resultados y menores complicaciones con el uso de técnica "J" La mortalidad en estos procedimientos es de menos del 1%, pero la morbilidad varía del 11 al 18% y generalmente asociada a ruptura de anastomosis o disfunción del reservorio por estenosis o inflamación. Hubo necesidad de reoperación en un 12.5% con fracaso en la técnica quirúrgica en un 5%.

Los resultados de continencia fueron adecuados en un 90%.

La experiencia obtenida hasta el momento, después de 10 años de trabajo con proctectomía mucosa y anastomosis ileoanal con reservorio por varios centros hospitalarios, indican la cirugía como el procedimiento de elección dado que los resultados funcionales y adaptación psicosocial supera los riesgos inherentes de morbilidad postoperatoria.

## **OBJETIVOS.**

Debido a la escases de reportes en nuestro país de patologías no frecuentes como es la colitis ulcerativa crónica inespecífica, es importante conocer la experiencia que se tiene en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza con éste padecimiento.

Es un estudio retrospectivo, donde se trata de investigar la incidencia, cuadro clínico y forma de evolución de la enfermedad, con determinación en lo posible de morbilidad y mortalidad y la experiencia quirúrgica en el servicio de cirugía general.

## **MATERIAL Y METODOS.**

Se estudiaron los pacientes registrados como colitis ulcerativa crónica inespecifica en el hospital de especialidades del centro médico la raza en el período comprendido de enero de 1981 a diciembre de 1986.

Los datos obtenidos fueron extraídos de los expedientes clínicos, valorando los siguientes parametros:

1. Solo se analizaron los pacientes con diagnóstico clínico, endoscópico, radiológico e histopatológico de CUCI.
2. Se obtuvo datos acerca de sexo, edad, antecedentes familiares o personales patológicos de importancia, toxicomanías y hábitos dietéticos, la edad en que inició la enfermedad y cuadro clínico y evolución posterior, los diagnósticos anteriores y el tratamiento previo, el manejo hospitalario y resultados de laboratorio, con especial interés a biometría hemática y pruebas de función hepática e inmunoglobulinas. se analizó las complicaciones y el manejo de las mismas.
3. Se revisaron los pacientes que ameritaron cirugía, la indicación de la misma, tipos de cirugía realizada y las complicaciones inherentes al procedimiento.

## RESULTADOS.

Se captaron solamente 60 pacientes con diagnóstico definitivo de colitis ulcerativa crónica inespecífica.

La edad promedio fué de 39.8 años cuando inició la enfermedad, ob-  
teniéndose dos elevaciones en la incidencia, de los 20 a los 40 a-  
ños y después de la 5a decada de la vida. (tabla 1).

26 pacientes masculinos y 32 del sexo femenino .

En los antecedentes solo se encontró presencia de enfermedad  
usmítica asociada en un 8%, el tabaquismo y alcoholismo estuvieron  
presentes en un 10% y los hábitos higienico-dietéticos no fueron  
valorables.

El comienzo de la enfermedad fué aguda en un 33%. (tabla 2)  
La evolución clínica después del cuadro inicial fué fulminante en  
dos casos, crónica intermitente en 42 pacientes (70%) y la crónica-  
continua en 16 pts. (26.7%), de la totalidad de pacientes quirur-  
gicos, dos presentaron evolución fulminante, uno con evolución cró-  
nica continua y 4 de tipo intermitente. (tabla 3).

El sitio predilecto de lesiones en colon fué para izquierdo  
en 33% y el rectosigmoides en un 20%, afectando el ileon en un --  
3.3% (tabla 4).

Respecto al cuadro clínico los síntomas y signos más frecuen-  
tes fueron: diarrea mucosanguinolenta, dolor cólico, fiebre de gra-  
do variable y pérdida de peso. (tabla 5).

En análisis de laboratorio, se presentaron descenso de los va-  
lores de hemoglobina y hematocrito, leucocitosis en un 20% y las -  
pruebas de función hepática con valores normales excepto para el  
valor de albumina la que disminuyó en un 15% de los pacientes; las  
inmunoglobulinas se elevaron en 20% de pacientes predominando Igm  
(tabla 6).

El diagnóstico anterior más frecuente fué amibiasis intestinal en  
un 97% de los casos y solo en 2 pacientes el diagnóstico inicial.

fué enfermedad de Chron y el tratamiento anterior fué principalmente metronidazol y dehidroemetina.

El manejo en la fase aguda de la enfermedad, consistió en manejo hospitalario, con reposo intestinal. soluciones parenterales sulfazalazina (3 gr/día) y corticosteroides Intravenosos principalmente hidrocortizona (600mg/día), en el 50% de los casos enema con hidrocortizona y además el uso de tranquilizantes. En 8 pacientes se instituyó apoyo nutricional por depleción proteica o como preparación perioperatoria.

De las complicaciones la artritis seronegativa o reactiva fué la más frecuente, sin detección de alteraciones hepato biliares tampoco colon tóxico ni perforación y sangrado masivo en dos pacientes que ameritaron cirugía.

Siete pacientes fueron sometidos a cirugía (11.6%).

Las indicaciones para operar fueron en dos pacientes con sangrado no controlable, otros dos con falla a tratamiento médico y evolución continua de la enfermedad, en uno por Cushing por esteroide uno por oclusion intestinal y uno con cancer de colon y CUCI de más de 14 años de evolución .(tabla 8).

El tipo de cirugía realizado fue de proctocolectomia total e ileostomia definitiva en 5 pacientes, una paciente con sangrado no controlable y estado general pesimo fué sometida a colectomia total y bolsa de hartman de recto, la cual persistió sangrando del remnente rectal y falleció en el postoperatorio .

La otra cirugía realizada fue a un paciente con cuadro inicial de oclusion intestinal de ileon terminal al que inicialmente se dejo ileostomia y posteriormente hemicolectomia derecha por haberse catalogado inicialmente como enfermedad de Chron y posteriormente el diagnóstico definitivo fué CUCI. con el cual persiste (tabla 9). La cirugía respecto a la evolución de la enfermedad - fué a un año (2 ptes). 3,4,7 y 16 años después del cuadro inicial.

La mortalidad global para la enfermedad fué de 1.6% y para los casos quirúrgicos de 14%.

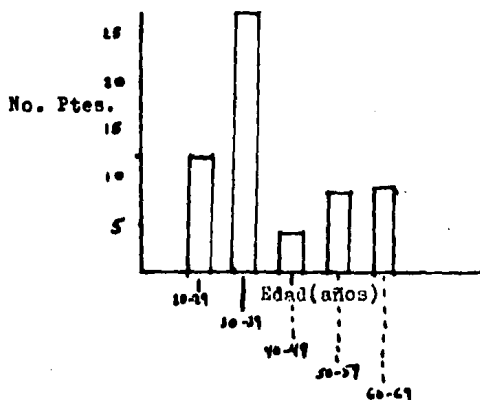
La morbilidad referente a la cirugía solo se presentó en un paciente el cual curso con cuadro oclusión parcial postoperatorio - con respuesta adecuada a tratamiento conservador.

el control de la ileostomia es adecuado en los pacientes que la portan y causo conflictos de adaptación psicosocial solo en los primeros meses del postoperatorio.

No fué posible valorar disfunciones sexuales .



**TABLA 1 . EDAD Y APARICION DE LA ENFERMEDAD**



**TABLA .2. Forma de inicio del Guai.**

	AGUDO	20 ptes(33%)
INICIO	INCIDIOSO	40 ptes(66.7%)

**TABLA 3. EVOLUCION .**

Evolución	Ptes.	Ptes.(C)
Aguda	2(3.3%)	2
Crónica continua	16(26.7%)	1
Crónica intermitente	42(70%)	4

**TABLA 4. Localización de lesiones.**

SITIO	No.casos	Fac.quirur.
Izq.+ rectosigmoides	20(33.3%)	1
Rectosigmoides	18(20%)	0
Total	6(10%)	5
Recto	6(10%)	0
DESCENSO + Ileon	2(3.5%)	1
Transverso + desc.	8(13.2%)	0

**TABLA 5 .CUADRO CLINICO .**

SINTOMAS	SIGNOS
Diarrea 100%	Fiebre 90%
Sangrado 90%	PERDIDA DE PESO 90%
Dolor 85%	Anémia Clínica 80%
Edo.gral malo 85%	Dolor abdominal 80%
Tenesmo rectal 70%	

**TABLA 6. PRUEBAS DE LABORATORIO.**

Hb Disminuída	80%
Leucositosis	20%
PFH Anormales	0%
Albúmina disminuída	15%
Inmunoglobulinas altas	20%
HLA B 27	5%

**TABLA 7. COMPLICACIONES .**

Artritis reactiva seronegativa	5 ptes (8.3%)
Espondilitis anquilosante	2 ptes (3.3%)
Sangrado masivo	2 ptes (3.3%)
Oclusion intestinal	1 pte (1.6%)
Cushing por esteroides	1 pte (1.6%)
Eritema nodoso	1 pte (1.6%)
Artritis psoriasica	1 pte (1.6%)

**TABLA 8. INDICACIONES PARA CIRUGIA.**

Sangrado no controlable	2 ptes.
Nula respuesta a tratamiento	2 ptes
Cushing por esteroides	1 pte
Obstrucción intestinal	1 pte
Cancer de colon	1 pte

**TABLA 9 TIPO DE CIRUGIA REALIZADA.**

---

---

Proctocolectomia + ileostomia definitiva	5 ptes.
Hemicolectomia der.+ ileotransverso anast.	1 pt
Colectomia total,ileostomia y bolsa hartman	1 pt
Cirugia de urgencia	2 ptes
Cirugia electiva	5 ptes

---

---

---

---

MORTALIDAD GLOBAL	1.6%
MORTALIDAD QUIRURGICO	14.3%

---

---

## DISCUSION.

Se analiza la experiencia en pacientes con colitis ulcerativa - crónica inespecífica en el hospital de especialidades del centro médico La Raza.

El número de pacientes registrado en un período de seis años fué de 60, incidencia cualitativamente baja aproximadamente 10 casos anuales, pero quizá no sean cifras reales, ya que el sistema de estadificación es inadecuado.

La distribución por sexo es aprox 1.1 a 1 mayor en la mujer similar a otros estudios, la edad promedio fué de 39.8 años al inicio de la enfermedad e incidencia mayor de los 20 a los 40 años. La forma de presentación de la enfermedad y su evolución en centros hospitalarios de concentración como la Clínica Mayo es principalmente del tipo crónico intermitente (80%) en cambio en nuestra serie hubo más casos de evolución aguda al inicio de la enfermedad (33%) contra el (10%) en otras series.

El sitio más frecuente de las lesiones en colon concuerda con otros estudios en que la mayor parte se localizan a la izquierda del ángulo esplénico, siendo el rectosigmoides el más afectado (53%), la colitis total en 10% y la afección ileal en un 10%, no concuerda con el consenso general de afección en el 20% (1)

Los síntomas y signos concuerdan con lo escrito en los textos (18). En los resultados de laboratorio las alteraciones en la hemoglobina y leucocitos dependieron del estado de actividad de la enfermedad y se encontró hipoalbuminemia en el 15% de pacientes y la mayoría de ellos con un curso crónico de la enfermedad o con ataques agudos frecuentes. No hubo disfunción hepatobiliar que en otros trabajos es hasta del 9% (17). Las elevaciones de inmunoglobulinas principalmente la IgM estuvieron presentes en un 20% - sin embargo ya se ha aclarado que son inespecíficas y que representan respuesta al fenómeno inflamatorio.

Las complicaciones que se presentaron fueron escasas y esto quizá sea por el poco tiempo de seguimiento que en promedio fué a 5-años con rango de 1 a 15 años. La más frecuente complicación fué artritis seronegativas en un 8.6% y en otras series es hasta de -12%,hubo dos casos de espondilitis anquilosante y presentó elevación de HLA B 27.

En cuanto a los pacientes quirurgicos,fueron siete, las indicaciones para la cirugía fueron acordes a las propuestas por Kirsner(2) dos de ellas fueron urgencias debidas a sangrado no controlable -- realizandose proctocolectomia e ileostomia definitiva a un paciente y a otro colectomia total con ileostomia y bolsa de hartman -- y estado general pesimo,la cual falleció posteriormente por reactivación de sangrado en remanente rectal.

El tipo de cirugía realizada en el HECKR muestra una clara -- tendencia a la realización de proctocolectomia e ileostomia y a pesar de no ser suficientes pacientes quirurgicos en ningún momento se utilizo las nuevas técnicas difundidas para este padecimiento como es la proctectomia mucosa con anastomosis ileoanal y reservorio ileal que en otros centros es considerado como el metodo de elección y cuya mortalidad es menor al 1%(2,11).

La tasa de colectomia en nuestros pacientes fué de 11.5% sin embargo no es posible compararlas con otras series por que no tenemos grupo suficiente para el seguimiento por decadas y la tasa de colectomia por decada sin embargo la tasa global de colectomia está estimado por varios autores en un 23 a 40% .

La mortalidad global del 1.6% es baja comparada con otras series y para el grupo quirurgico es de 11.5% mayor que la reportada para cirugías del tipo de proctocolectomia total (9%) .

Creemos en general que a pesar de ser pocos los pacientes -- quirurgicos, se debe tomar en cuenta nuevas alternativas quirurgicas y así poder comparar en el futuro resultados según el tipo de

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

rugía realizada.

La morbilidad asociada a procedimientos quirúrgicos fue presente en un solo paciente, presentando oclusión intestinal, la cual se resolvió con manejo conservador.

En otros países donde los sistemas de salud están controlados y los pacientes estadificados según la enfermedad es posible un seguimiento a largo plazo y así evaluar riesgo de cáncer, lo cual en nuestros casos aunque un paciente lo presentó (14.2%) el riesgo anual documentado en otras series no es posible.



## CONCLUSIONES .

1. Se trata de un estudio retrospectivo y de revisión .
2. La incidencia de CUCI en nuestro medio es baja (10 casos al año) sin embargo esta apreciación pudiera no ser real, ya que el sistema de captación de casos de enfermedades no transmisibles no es adecuado.
3. La mayoría de pacientes presentan un cuadro clínico definido .
4. La evolución que más frecuente se presenta es la crónica intermitente y la respuesta al tratamiento es adecuada hasta en un 95% de los pacientes, sin embargo a pesar de ser menor la evolución crónica continua probablemente requiera más tempranamente algún tipo de cirugía.
5. El sitio más frecuente de lesiones en colon es el rectosigmoides. con involucro del ileon en un 10%.
6. La mayoría de pacientes son diagnosticados inicialmente como colitis amibiana y si después de 2 o 3 periodos de tratamiento antiambiano no hay respuesta es cuando se empieza a sospechar CUCI.
7. el 11.6% de los pacientes con CUCI ameritaron cirugía .
8. Las indicaciones para la cirugía fueron adecuadas excepto para un paciente.
9. la mortalidad global para CUCI es de 1.6% y para pacientes quirúrgicos del 14.5%.
10. se debe de aplicar nuevas técnicas quirúrgicas como la proctectomía mucosa con anastomosis ileoanal y reservorio ileal a los nuevos casos de CUCI que ameriten cirugía, para tener un buen método de comparación en cuanto a tipos de cirugía.
11. Pensar que el padecimiento no es tan raro y que quizá una parte de los pacientes que aún siguen catalogados como amibiasis pudieran ser portadores de CUCI.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Kirsner A. **Advances recents in ulcerative colitis .**  
N.Eng.J. Med. 1982.306(1) 775-85.
- 2.-Kirsner and Shorter. **Advances recents in non especific infla  
matory bowel disease.** N.Eng J.Med.1982 306(2) 837-40.
- 3.-Perkins ,R.J Doyle. **Etiologic factors in ulcerative colitis**  
Lancet 1984 Nov. 17(2)(8412) 695-8.
- 4.-Dillon a. Colbe. **HLA caractéristic features in patient with**  
U.C. Digestion 1986.33(4);229-32..
- 5.-M. Colltone. **Ulcerative Colitis and HLA phenotype .**  
Gut 1985. 26(1) 952-4 .
- 6.-Smith P.O. **Infectuos agents in inflamatory bowel disease.**  
Gastroenterology 1983,85(1) 475-6.
- 7.-Clark S. **Antibody dependent cell mediated citotoxicity in se  
rum samples in U.C.** Am J,Med. 1984.77(5) 791-6.
- 8.-Podolsky . **Glycoprotein composition of colonic mucous and al  
teration in I.B.D.** Gastroenterology 1984 87(1) 991-98.
- 9.-J. la Rhodes. **Faecal mucous degradations glycosidasas in U.C.**  
Gut 1984 25(2) 1339-43.
- 10.-Rampton .**Prostaglandines in ulcerative colitis.**  
Gut 1984. 25(4) 761-65 .
- 11.-A. J Goran **"ew Surgical approach in U.C. in childrens and  
adults .**W.J surg. 1985 9(1) 203-9.
- 12.-Klauss M. **Histopatology in ulcerative colitis.**  
Human patol. 1985 Nov 16(1) 1120-32.
- 13.-Kirsner. **Diferential diagnosis in inflamatory bowel dis.**  
Gastroenterology.1975.63(5) 187-91.
- 14.-Hendricksen. **Long-term prognosis in I.B .D.**  
Gut .1985 26(3) 158-63 .
- 15.-Kurly. **Local and sistemic complications in U.C.**  
JAMA .1986 242(1) 1177-83.

- 16.-Myelant. Related arthritis reactive in ulcerative colitis.  
J. Rheumatol .1985 12(2) 297-8.
- 17.-Christophy. Complications in inflammatory bowel disease.  
Surg.Gin and obst. 1985;160(2) 297-8.
- 18.-Shackelford. Surgery in alimentary tract.  
1982.8a ed. 1186-94.
- 19.-Rhansoff. Distributed colonic cancer in ulcerative colitis  
Am J surg. 1985 jun 149(6) 780-2.
- 20.L. Kleiner .Diferences in pathogenesis.incidence and outcome  
of perforation in U.C. Surg Gin and Obst.1985(160(1) 63-69.
- 21.Meyers. Sistemic corticosteroids therapy in U.C.  
Gastroenterology.1985 89(5) 1189-5.
- 22.-Jaineröt. Management with esteroids in UC .  
Am J gastroenterol. 1986 feb 82(2) 41-4.
- 23.-Russel. Serious complications of Sulfasalazyne in U.C.  
Dis col and rectum.1984.nov 29 929-30.
- 24.Dickenson .Is continuous sulfasalazyne necessary in U.C.  
dis .colon and rectum. 1984 nov 28;929-30.
- 25.Oakley ,Effect of treatment,sintoms and qualyti of life in pa  
tient with I.B.D. Br. Med J. 1985 221(6499) 866.
- 26.-Schetz Ileoanal reservoir in U.C. Ann surg 1986.121(4) 404-9
- 27.-Bauer and Gelant .Proctocolectomy in ulcerative colitis.  
Am j surg. 1986 151(1) 23-30.
- 28.Jhonson .The ocurrence of patient with U.C. management by sub  
total colectomy,.Am J Surg 149.(1) 23-30 1985
- 29.Utsunomiya . Ileoanal reservoirs in I.B.D. AM j Surg150(2)235
- 30.Fonkalsrud. Endorectal ileoanal Pullthrough With isoperistaltic  
ileal reservoir. 1984.199(3) 151-7.
31. R Dozois .Ileal J Pouch anastomosis .  
Br J surg 1985. suppl. 72 s-80- s 82.