

11209
24/61



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO,
EXPERIENCIA CLINICA Y QUIRURGICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A ;
DR. MANUEL MOYA MONTOYA

ASESOR: DR. JOSE FINIG RODRIGUEZ



IMSS

MEXICO, D. F.,

[Handwritten signature]
1989



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

I N D I C E .

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS.....	17
MATERIAL Y METODOS.....	17
RESULTADOS	18
DISCUSION	26
CONCLUSIONES	31
BIBLIOGRAFIA	34

INTRODUCCION .

DEFINICION:

Las enfermedades inflamatorias del intestino, que incluyen a la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica y la Enfermedad de Crohn, son dos entidades parecidas desde el punto de vista clínico, radiológico y patológico (1). Se caracterizan por presentar un proceso inflamatorio con períodos de exacerbación y remisión, cuya etiología se desconoce hasta la fecha. Se han llevado a cabo estudios con el fin de conocer la etiología y de esta forma, mejorar las perspectivas del tratamiento médico y quirúrgico.

Las primeras descripciones de la ileitis regional fueron hechas - en el año de 1932 por Crohn y cols., donde describe a la enfermedad, como - un proceso inflamatorio que afecta al intestino delgado (2). Al año siguiente, el Dr. Leon Ginzburg describía a la enfermedad, como una afección inflamatoria granulomatosa inespecífica panéptica; esto es, puede afectar al - tubo digestivo desde la boca hasta el ano (3).

Por otro lado, la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica es típicamente una enfermedad inflamatoria de la mucosa del colon usualmente difusa, que involucra al colon y recto (4). El patólogo inglés Sir Samuel - - Wilkes, fue el primero en describir a la Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica en el año de 1859 (5), pero fue hasta el año de 1902 cuando se describen las características clínicas y las fases aguda y crónica de la enfermedad.

FRECUENCIA :

En nuestro país las enfermedades inflamatorias del intestino son una entidad rara, por lo que, no existen informes ni datos estadísticos fi dedignos y tenemos que recurrir a estudios extranjeros.

Los países más frecuentemente afectados como E.U.A., Inglaterra y países Escandinavos, reportan un incremento anual de 15 a 30 mil casos, con presentación de 4 a 6 casos por 100,000 habitantes adultos y frecuencia elevada en la raza blanca (judía) que en la negra (6). Se presenta - principalmente de los 20 a 40 años de edad, aunque se ha visto en pacientes mayores de 50 años y en edad pediátrica, con predominio en el sexo femenino (7).

Se ha observado un frecuencia de 6% a 34% en los familiares de - pacientes que cursan con enfermedad inflamatoria intestinal, fundamentando que posiblemente exista un factor genético predisponente (8).

ETIOLOGIA :

Como se mencionó al principio de la literatura, la etiología de las enfermedades inflamatorias del intestino es desconocida hasta el momento, pero existen algunas teorías; infecciosa (agentes virales o bacterianos), genéticas, inmunológicas, tóxicas y psicósomáticas (9). En relación

a las teorías, se han efectuado más estudios en las tres primeras, posible-
mente por ser las causas más viables, pero cabe señalar que hasta la fecha
no han sido concluyentes.

Es posible que el ambiente tenga un papel importante en la etio-
logía, ya que se observa más frecuentemente en países y zonas industrializa-
das (7).

En cuanto a la frecuencia Meyer no encontró relación con los -
cambios estacionales, hábitos dietéticos, higiénicos o el hábito de fumar
(10).

Podemos pensar que se trata de una etiología multifactorial, -
primeramente con una predisposición genética, la cual sería despertada por
una acción exógena (bacteriana, viral, micótica o alimentaria) que desencu-
denaría una reacción inmunológica.

PATOLOGIA :

La enfermedad de Crohn es una entidad que puede afectar al tubo
digestivo desde la boca hasta el ano, pero, presenta marcada preferencia
por el ileon terminal. Posiblemente se han descrito cambios tempranos, pe-
ro rara vez son descubiertos porque el proceso patológico crónico no pro-
duce trastornos funcionales suficientes, al comienzo de la enfermedad, pa-
ra hacer que los pacientes busquen atención médica.

La Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica es una entidad que afecta principalmente a la mucosa y submucosa, a diferencia de la Enfermedad de Crohn que afecta toda la pared intestinal.

La enfermedad generalmente inicia en recto e involucra porciones cercanas de colon por extensión directa que generalmente termina en válvula ileocecal, pero en un 20% involucra íleon terminal. En cuanto al sitio más frecuente de lesiones, el rectosigmoides está afectado hasta un 90%, todo el colon en un 20% y menos de un 5% localizado a lado derecho sin afección al recto (11).

La identificación histológica precisa de la enfermedad es difícil, aun por patólogos muy competentes. En el 10% de las piezas quirúrgicas (colectomías), el diagnóstico definitivo entre Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica no se puede establecer (12).

CUADRO CLINICO :

Los pacientes que cursan con enfermedad inflamatoria del intestino, presentan con una intensidad variable: dolor abdominal, diarrea, fiebre, pérdida de peso, alteraciones en la nutrición, hematoquezia y fistulas.

La presentación clínica en pacientes con CUCI, puede tener diferente curso clínico como :

- 1.- Colitis Crónica continua; cursan con sintomatología continua y rebelde al tratamiento.
- 2.- Colitis Crónica intermitente; exacerbaciones y remisiones (forma más común de la enfermedad).
- 3.- Colitis Fulminante; que requiere cirugía urgente o muerte del paciente.

Muchos de los pacientes acuden al médico no con la sintomatología clásica, sino por la presencia de una fisura o fístula anal, que puede ser una manifestación de la enfermedad, ésta última más frecuente en el Crohn. En otras ocasiones inicia o se acompaña de manifestaciones extraintestinales o sistémicas (13).

Las manifestaciones extraintestinales más frecuentes en la Enfermedad de Crohn son: Eritema nodoso, artritis (espondilitis anquilosante), uveítis aguda, iritis, epiescleritis, vasculitis, pioderma gangrenosa y aumento de la sensibilidad a transfusiones. En tanto que en CUCI son : - Eritema multiforme, alteraciones hepáticas que pueden ser desde infiltración grasa hasta pericolangitis, cirrosis postnecrótica, colangitis esclerosante, y carcinomas de vías biliares. Sin que esto signifique que una manifestación pueda ser propia de una entidad.

Afectan a niños y adolescentes con *daño* nutricional, se han observado alteraciones en el crecimiento y desarrollo. Se sugiere que la desnutrición crónica disminuye a la Somatomedina-C de la circulación, la cual - tiene efectos anabólicos en los tejidos periféricos. Cuando los niveles de Somatomedina-C se normalizan en la circulación, el paciente mejora su crecimiento (14).

DIAGNOSTICO :

Para llegar a un diagnóstico preciso de las enfermedades inflamatorias, es necesario realizar un protocolo de estudios y algo importante es tener en mente esta enfermedad, ya que por ser una entidad rara en nuestro medio se nos olvida que existe.

Primero, se deberá realizar Historia Clínica, antecedentes de afección a otros miembros de la familia y manifestaciones extraintestinales.

Segundo, un examen endoscópico. En caso de CUCI; se observa puntillado hemorrágico, edema de mucosa que sangra fácilmente, úlceras, microabscesos, disminución de toma vascular y pseudopólipos. En la entidad de Crohn; puede presentar el mismo patrón o granulomas.

Tercero, exámenes de laboratorio y gabinete. Los exámenes de rutina son poco orientadores e inespecíficos. Por radiología en la enfermedad de Crohn se observa el sitio y extensión de la enfermedad, con presencia - de la imagen de "hilo" o cinta de Kantor. Y pseudopólipos o ulceraciones - en CUCI.

Cuarto, realización de biopsia. La toma de múltiples biopsias son de utilidad para diferenciar las dos entidades de enfermedad inflamatoria.

Se han utilizado en forma rutinaria los estudios contrastados de colon e intestino delgado, se recomienda debido al potencial de malignidad, efectuar un estudio contrastado cada año y toma de biopsia cada seis meses. No se deberá realizar ningún estudio de los antes mencionados, cuando la enfermedad está en fase activa aguda por el peligro de perforación.

Un estudio de reciente utilización que se puede usar en forma satisfactoria durante la actividad aguda, es la gamagrafía de Leucocitos marcados con Indio-III, revelando el grado de actividad y extensión de la enfermedad (15).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL :

En la etapa aguda de la Enfermedad de Crohn se deberá diferenciar de apendicitis mediante laparotomía explorada y en caso de existir - contraindicación de resección, se tomará biopsia de ganglio linfático mesentérico. Otras entidades a diferenciar son: ameboma, actinomycosis, tuberculosis intestinal, carcinoma y linfoma. En algunas ocasiones la enfermedad de Whipple da signos semejantes, pero conforme se establece la enfermedad se diferencia del Crohn.

Cuando se afecta el colon por Crohn, hay que diferenciar de colon irritable, diverticulosis, carcinomas, isquemias del colon, y con CUCI.

La CUCI se deberá diferenciar de diarreas infecciosas, sífilis, - gonorrea, colitis por radiación, vasculitis, síndrome de Behcet, linfomas, histoplasmosis y linfogranuloma venéreo.

TRATAMIENTO :

El manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino es médico y quirúrgico.

Tratamiento médico: Los pacientes postadores de Enfermedad de — Crohn se deberán manejar en forma sintomática, ya que no existe tratamiento específico ni curativo. En caso de CUCI es bien sabido que la cirugía — es curativa.

Por el cuadro clínico, que puede ser severo y tener el paciente alteración en la nutrición, el uso de NPT juega un papel importante, puesto que se ha considerado que si se pone en reposo absoluto al intestino, — la actividad inflamatoria disminuye, además que mejora el estado deficitario calórico-prtéico inducido por la anorexia, por falta de absorción en el intestino inflamado por el intestino corto, así como por el aumento de los requerimientos calóricos que el proceso inflamatorio ocasiona. Con el manejo de NPT se ha encontrado una remisión del 77% en casos que no mejoran — con medidas clásicas (7).

El manejo con tranquilizantes o apoyo psiquiátrico, mejora a los pacientes, ya que posiblemente factores emocionales tengan un papel importante en estas entidades.

La salicilazosulfapiridina (azulfidina) es un medicamento para el sostén y para períodos de exacerbación de la enfermedad. Es un medicamento compuesto por dos sustancias (sulfapiridina y 5 aminosalicílico), ignorándose la forma de actuar, sin embargo algunos autores postulan que existe un bloqueo de la vía lipoxigenasa y que como resultado existe disminución de prostaglandinas y consecuentemente disminución de la inflamación (16). Tiene efectos colaterales como son: oligospermia, trastornos renales, disminuye la motilidad del espermatozoide, disminuye las reservas de cromio y como supera la barrera placentaria, puede ocasionar querníctero en el feto. La dosis deberá ser de acuerdo a respuesta del cuadro clínico y en casos severos se utilizará hasta 6 grs.

Los corticoesteroides introducidos por Truelove en 1955 (17), son eficaces en cuadros rebeldes al manejo con azulfidina y también en etapas agudas mediante enema evacuante a dosis de 100 mg. c/24 hrs. (18). Las dosis orales pueden ser hasta de 60 mg./día durante 2-3 semanas y posteriormente disminuir la dosis. El uso crónico podrá inducir un Cushing, retardo en el crecimiento e inmunosupresión (que podría enmascarar un abdomen agudo).

La azatioprina y la 6-Mercaptopurina se usa a dosis de 2 mg./kg y 50 a 100 mg. diarios respectivamente. Se ha observado mejoría de la enfermedad después de 1 a 2 semanas, pero existen reportes donde se observan

cuadros de Pancreatitis que remiten al suspender el tratamiento (19).

Debido a que existe proliferación bacteriana en estas entidades se sugiere manejo con antibiótico (metronidazol).

Existen reportes en últimas fechas, de un medicamento que puede ser empleado en casos de intolerancia a la azulfidina, el Azodisal sódico que a dosis de 1 gr./día evita las recaídas, con ventaja de producir menos efectos colaterales, que por tal motivo los pacientes abandonan el manejo con azulfidina (20).

En CUCI a pesar de un tratamiento apropiado y riguroso, no alcanzan remisión un 10 a 15% de los pacientes portadores de proctocolitis (12).

Existe una amplia gama de medicamentos recomendados, pero sus resultados son aún inciertos y como tal, son dudosos en la clínica.

Tratamiento quirúrgico: El manejo quirúrgico en CUCI mediante proctocolectomía es curativa. Persiste la polémica de cuando hay que operar y que procedimiento usar con resultados satisfactorios. Las primeras descripciones del manejo quirúrgico fueron hechas por Weir utilizando una cecostomía (21), posteriormente se realizó una ileostomía para la fase aguda, Catell en 1942 propuso el procedimiento de tres tiempos; ileostomía inicial, seguida de colectomía subtotal y finalmente resección abdominopereineal. Goligher en 1952 introdujo la proctocolectomía e ileostomía, un año más tarde Brooke contribuye con una nueva técnica para la realización de la ileostomía, pero debido a la incontinencia de la misma, es en 1960 cuando Kock realiza una ileostomía continente, es en este año pero en Inglate-

rra, cuando se pone en práctica la colectomía total con anastomosis ileo-rectal.

En el año de 1947 se despertó el interés por la preservación del esfínter anal, describiendo la técnica Ravitch y Sabinston (mucossectomía) de anastomosis ileoanal, sin embargo, no tuvo aceptación por la incontinencia. Fue hasta el año de 1977 en que Martin y cols. aplicaron la técnica diseñada por Soave para tratar la enfermedad de Hirschprung y obtuvo resultados de continencia adecuada.

Parks y Nicholls en 1978 trataron de mejorar la técnica de continencia en la anastomosis ileoanal, desarrollaron una técnica de reservorio con el uso de tres asas de íleon terminal o técnica en "S", Utsonomiya describe otra técnica con dos asas o procedimiento en "J" y más tarde Fonkalsrud uso dos asas con anastomosis latero-lateral isoperistáltica (22).

Las indicaciones de cirugía de CUCI son :

- Electivas : Resistencia al tratamiento, retardo en el crecimiento, deterioro del desempeño social o laboral, complicaciones de esteroides, displasia, cáncer y estenosis.
- Urgentes: Colitis fulminante o tóxica, hemorragia (persistente) y perforación.

Sin duda, la más frecuente sigue siendo la resistencia al tratamiento; no obstante, hay discusión sobre que grado de resistencia hace que se requiera operar. Una regla fácil es que el propio sujeto determine - cuándo los síntomas son ya problemáticos que ameritan operación (23).

Cirugías electivas más utilizadas en la actualidad :

- 1.- Proctocolectomía total con ileostomía definitiva. Cirugía inicial y más popular, descrita por Bauer con resultados de 15% en morbilidad y 0.48% de mortalidad. Con una ileostomía de Kock es una alternativa de cirugía bastante satisfactoria (24).
- 2.- Colectomía total con ileoproctoanastomosis. Cirugía iniciada por Van Herdent en 1978. Johnson reporta una mortalidad de 8.9% con necesidad de proctectomía posterior de 40%, riesgo de desarrollar cáncer de 3.8% a 10 años y 17% a 30 años (25). Este procedimiento se reserva para los pacientes jóvenes y que se evita la ileostomía definitiva y las alteraciones sexuales y mejora la calidad de vida.
- 3.- Colectomía con proctectomía mucosa y anastomosis ileoanal. Cirugía ampliamente difundida en la actualidad y siendo electiva en muchos centros hospitalarios.
Bauer reporta resultados satisfactorios mediante esta técnica en una experiencia de 11 años (24). Esta cirugía está contraindicada cuando la enfermedad afecta a recto distal o el esfínter es débil debido a trauma o edad del paciente. Se realiza valoración mediante balones de presión intrarrectales y no se usa como cirugía de urgencia. Los resultados son en 51% de continencia total, 46% casi total y 3% con incontinencia, mortalidad baja y morbilidad de 39% (23).

Cirugía de urgencia en las complicaciones :

- 1.- Perforación de colon. Fue descrita en el año de 1875 y asociada a CUCI en 1955, se presenta en el 4.7% de los casos. Greenstein - la reporta en un 10% de los pacientes con megacolon. Los sitios - más frecuentes de perforación es colon transversal que incluye - flexura hepática y esplénica y el sigmoides. El tratamiento para conservar la vida es mediante colectomía subtotal, ileostomía y - bolsa de Hartmann o fistula mucosa (26, 27).
- 2.- La hemorragia masiva. Se presenta en un 5% según Greenstein. Su - manejo quirúrgico dependerá del estado del paciente, mediante co- lectomía subtotal, ileostomía y bolsa de Hartmann.

Esta bién establecido, que los pacientes con CUCI tienen un ries- go elevado de cáncer colorectal, el cual tiene histológicamente idéntica - malignidad, pero características clínicas diferentes, con respecto a pa- cientes con cáncer colorectal sin CUCI (28). El riesgo de cáncer fué dado por Falmer en 1971, que es más frecuente si se inicia la enfermedad antes de los 10 años, si la evolución es de más de 10 años y si afecta la enfer- medad a todo el colon. Levinson en 1972 señaló el riesgo de cáncer en - 5% con evolución de 10 años y 25% con evolución de 20 años, y 42% si es - más de 25 años.

La cirugía en la Enfermedad de Crohn, se reserva únicamente para las complicaciones. Greenstein las divide en perforantes y no perforantes. En las perforantes se incluyen a las fístulas, abscesos y perforación agu.

da libre. En las no perforantes se incluyen a la obstrucción intestinal, - resistencia al tratamiento médico, hemorragia y dilatación tóxica sin perforación (29).

Davidson reporta en una experiencia con 135 pacientes, operados - por complicación de enfermedad de Crohn. La obstrucción se presentó en - 31.3%; enfermedad perineal en 15.4%; resistencia al tratamiento médico en 9.3%; dolor abdominal agudo en 8.4%; fístula interna en 7.9%; sangrado gas trointestinal en 5.6%, fístula externa en 4.7% y otros 17.3%. El tratamiento fue resección del intestino afectado (30).

En los pacientes portadores de obstrucción intestinal, deberá - efectuarse resección intestinal con longitud mínima de intestino macroscópicamente normal de 2 cm. o menos en los márgenes como lo recomienda - - Hamilton (31), sin intentar bordes libres microscópicamente, porque se corre el riesgo de producir intestino corto, ya que la enfermedad cursa con exacerbaciones. En los pacientes con primer cuadro de obstrucción se deberán utilizar medidas conservadoras; ayuno, SNG e hidrocortisona 300 mg. IV diários por un corto tiempo (3).

Las fístulas pueden ser internas o externas en la Enfermedad de Crohn. De acuerdo al tipo de fístula se deberá realizar derivación quirúrgica o resección y anastomosis. Las fístulas perianales se tratarán mediante procedimiento de fistulectomía y en caso de absceso el simple drenaje son curativos.

La formación de fistulas internas es una característica de la Enfermedad de Crohn, la más frecuente es la ileocólica. En un estudio realizado por Van Dongen durante 25 años, él recomienda la disección de la fistula con cierre de colon sin refistulización y en caso de compromiso importante, es recomendable resección simultánea con dos anastomosis o en ocasiones se recomienda la cirugía derivativa (32).

En casos de fistula a sistema urinario, se recomienda realizar resección intestinal y cierre, en casos de contaminación importante un procedimiento de derivación será lo indicado (33).

La perforación espontánea es un evento poco frecuente en la Enfermedad de Crohn, pero puede ser una complicación letal. En una revisión de Greenstein en 30 pacientes, 21 con perforación espontánea y 9 con perforación de absceso, observó que era más frecuente la perforación en casos de ileocolitis, ileoyeyunitis y colitis. Además, la mortalidad en estos casos es hasta de 41% cuando se maneja con cierre primario, disminuye al 4% con exteriorización del asa de intestino perforado.

El absceso intraabdominal es una entidad que se forma por la misma fisiopatología de la Enfermedad de Crohn, se presenta una fistula por microperforación y esto da lugar a abscesos, Greenstein demuestra mediante su experiencia que se originan en intestino delgado, colon y línea de sutura y en una elevada frecuencia se asociaron a fistulas (35). Para el manejo de la entidad se recomienda incisión y drenaje para abscesos "enteroparietales" y en abscesos "interasa" se requiere drenaje y bypass con o sin resección o con una ileostomía.

Existen otras complicaciones poco frecuentes en la Enfermedad de Crohn como son: Absceso hepático, hemorragia masiva, megacolon tóxico y colitis fulminante, las tres últimas más frecuentes en CUCI y su manejo ya fueron comentadas. El absceso hepático se maneja por drenaje percutáneo guiado por TAC o US con aspiración continua y con irrigaciones repetidas - de acuerdo a la evolución, junto con antibióticos por lo menos dos meses - posterior al drenaje. En caso de persistir la toxemia, se efectuará laparotomía exploradora.

En los pacientes con Enfermedad de Crohn de colon y recto Sanfey recomienda proctocolectomía con ileostomía y en caso de ser persona joven intentar una continuidad intestinal como manejo quirúrgico (36).

OBJETIVOS :

Las enfermedades inflamatorias del intestino, son entidades patológicas poco frecuentes en nuestro medio, por tal motivo existen escasos reportes en la literatura del país.

Por las razones antes citadas, es importante conocer la experiencia médico y quirúrgica que se tiene en el Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza con estas enfermedades.

Se realizó este estudio, para tratar de investigar la frecuencia, cuadro clínico, evolución y manejo médico y/o quirúrgico de enfermedades inflamatorias del intestino.

MATERIAL Y METODOS :

Se estudiaron retrospectivamente a los pacientes registrados con el diagnóstico de CUCI y Enfermedad de Crohn en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza en el período comprendido del 1ro. de Enero de 1982 al 31 de Diciembre de 1987.

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

1.- Se analizaron los pacientes con diagnóstico clínico, endoscópico, radiológico e histopatológico de CUCI y Enfermedad de Crohn.

Se obtuvieron los datos acerca del sexo, edad, antecedentes, toxiconanías, cuadro clínico, estudios de laboratorio, sitios de afección de la enfermedad, estudios de gabinete, tratamiento médico y evolución clínica.

2.- Se revisaron a los pacientes que ameritaron cirugía, las indicaciones de la misma, tipo de cirugía realizada y las complicaciones postoperatorias inmediatas.

RESULTADOS :

De los 102 reportes histopatológicos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria del intestino; 88 correspondieron a CUCI y 14 a Enfermedad de Crohn; de ellos solamente se obtuvieron seguimiento adecuado en 46 casos. Un reporte correspondió a un paciente en edad pediátrica, por lo que se excluyó del estudio.

En 40 pacientes con diagnóstico de CUCI; 22 correspondieron al sexo masculino (55%) y 18 al sexo femenino (45%). En 6 pacientes con Enfermedad de Crohn; 1 correspondió al sexo femenino (16%) y 5 al masculino (83%). (Fig.1)

La edad de los pacientes con CUCI, fue con un promedio de 40 años con un máximo de 70 años y un mínimo de 12 años. En la Enfermedad de Crohn,

con promedio de 44 años, con un máximo de 58 años y un mínimo de 21 años. Se observó en ambas entidades una alta incidencia entre los 20 a 40 años y después de la 5ta. década de la vida.

La residencia de los pacientes con CUCI; 17 fueron de medio rural (42%) y 33 eran de medio urbano (82%). En Crohn; 5 pacientes eran residentes de medio rural (83%) y 1 paciente del medio urbano (16%).

Los antecedentes familiares fueron importantes en CUCI, en 5 pacientes (12%) un hijo tenía CUCI, 2 antecedentes de asma, 1 artritis reumatoide, y 1 con hipersensibilidad a la penicilina. En la Enfermedad de Crohn, solamente existió 1 paciente con antecedente de Diabetes Mellitus.

En 33 pacientes (82%) con CUCI, 15 pacientes (37%) eran fumadores y 18 (45%) tenían antecedentes de alcoholismo. En la Enfermedad de Crohn, 4 pacientes tenían antecedentes (66%), 3 de fumar (50%) y 4 de alcoholismo (66%).

La forma clínica de CUCI fue : Crónica intermitente en 34 pacientes (85%) y crónica continua en 6 pacientes (15%). En Crohn: Aguda en 3 - pacientes (50%) y crónica en 3 pacientes (50%). En ninguno se presentó - en forma fulminante.

La sintomatología de CUCI en 31 pacientes fue de dolor abdominal (77%), diarrea en 33 (82%), hematoquezia en 35 (87%), fiebre en 8 pacientes (20%), pérdida de peso en 25 (62%), 13 pacientes presentaron manifestación extraintestinal (32%), artritis reumatoide, sacroilitis, dermati-

tis, glomerulonefritis, fiebre reumatoide, y purpura trombocitopénica idiopática. En Crohn, 4 pacientes (66%) tuvieron dolor abdominal, diarrea - 4 pacientes (66%), hematoquezia 4 (66%), pérdida de peso 1 (16%) y 1 presentó fisura anal (16%). (Fig. 2).

El estado general del paciente, valorado de acuerdo a la severidad del cuadro clínico se dividió en : Bueno, Aceptable, Malo. En CUCI; - 23 pacientes era bueno (57%), aceptable en 5 (12%) y malo en 12 (30%). Por tal motivo 3 pacientes (7%) ameritaron NPT. En Crohn, 4 pacientes (66%) - era bueno, aceptable en 1 (16%) y malo en 1 (16%) el cual ameritó NPT.

Se valoró el laboratorio con valores en HB, leucocitosis y en - PFH, las pruebas inmunológicas se efectuaron en pacientes con manifestaciones extraintestinales. En CUCI, 11 pacientes (27%) presentaron anemia, 8 tuvieron leucocitosis (20%), 3 presentaron hipoalbuminemia (7%) y 5 pacientes (12%) presentaron reacciones inmunológicas positivas dentro de las que destaca 1 paciente con elevación de IgA y complemento, 2 con falsa positiva de VDRL. En Crohn, 2 pacientes presentaron anemia (33%), leucocitosis en 3 (50%), hipoalbuminemia en 2 (33%), 1 paciente (16%) presentó elevación de IgA, IgG e IgM y 1 falsa positiva en VDRL (16%).

Los sitios de afección de la Enfermedad de CUCI fueron : Proctitis en 6 pacientes (15%), proctosigmoiditis en 22 (55%), colitis izquierda en 10 (25%) y pancolitis en 2 pacientes (5%). En Crohn, íleon terminal en 2 pacientes (33%), íleon terminal, colon descendente y sigmoides en forma "salteada" 1 paciente (16%) y proctitis acompañada de fisura anal en 1 paciente (16%).

En el estudio de colon por enema efectuado a los 40 pacientes con CUCI, 34 pacientes (85%) presentaron alteración sugestiva a la entidad y - en 6 (15%) no mostró alteración. En Crohn, únicamente se efectuó a 3 pacientes (50%) y fue sugestivo de la entidad.

A los 40 pacientes con CUCI y 4 con Enfermedad de Crohn, se sometieron a manejo médico con azulfidina. De la evolución clínica se catalogó en buena, aceptable y mala. En pacientes con CUCI, 27 (67%) fue buena, aceptable en 8 (20%) y mala en 6 (15%). se necesitó agregar corticoides a 17 pacientes (42%). En Crohn, en 4 pacientes fue aceptable (66%), 2 ameritaron corticoide (33%) y 2 pacientes se perdieron del estudio.

De los portadores de CUCI 6 (15%) ameritaron cirugía. Los pacientes con Crohn, 4 (66%) fueron operados. (Fig. 3).

Las indicaciones para tratamiento quirúrgico fueron :

En el grupo de CUCI, por mala respuesta al tratamiento 4 pacientes (10%); y por estenosis 2 pacientes (5%).

En el grupo de Crohn, por oclusión intestinal en 3 pacientes (50%) y por - mala respuesta al tratamiento médico en 1 (16%).

Las operaciones efectuadas :

En CUCI fueron : Proctocolectomía total con ileostomía definitiva en 4 - pacientes (10%), con evolución satisfactoria; colectomía total con mucosec - tomía rectal e ileoproctoanastomosis con reservorio en "J" Utsonomiya en - 2 pacientes (5%), 1 con evolución de continencia total y otro incontinente

a gas y líquido.

En el grupo de Enfermedad de Crohn: Hemicolectomía derecha con anastomosis ileotransversa en 3 pacientes (50%) y colectomía subtotal con ileostomía - en 1 (16%) que evolucionó con fístula. El resto de los pacientes evolucionaron en forma satisfactoria.

Existieron 2 pacientes (5) catalogados en un principio como CUCI, pero en el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica se concluyeron como casos Indeterminados.

Existieron 2 pacientes (5%) que cursaron con displasia en las - biopsias de control en CUCI, los cuales rechazaron procedimiento quirúrgico.

En el grupo de CUCI, existieron 8 pacientes con trastorno emocional de tipo depresión, que fueron manejados por el Departamento de Psiquiatría. Un paciente falleció por edema pulmonar con diagnóstico de CUCI.

Fig. 1

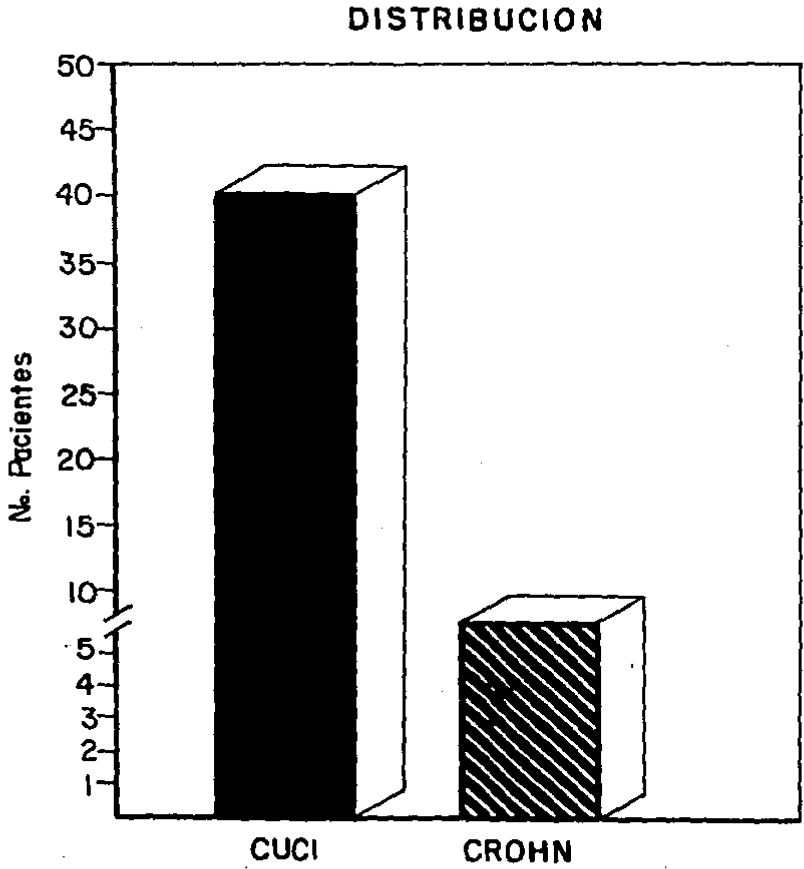


Fig.2

SIGNOS Y SINTOMAS

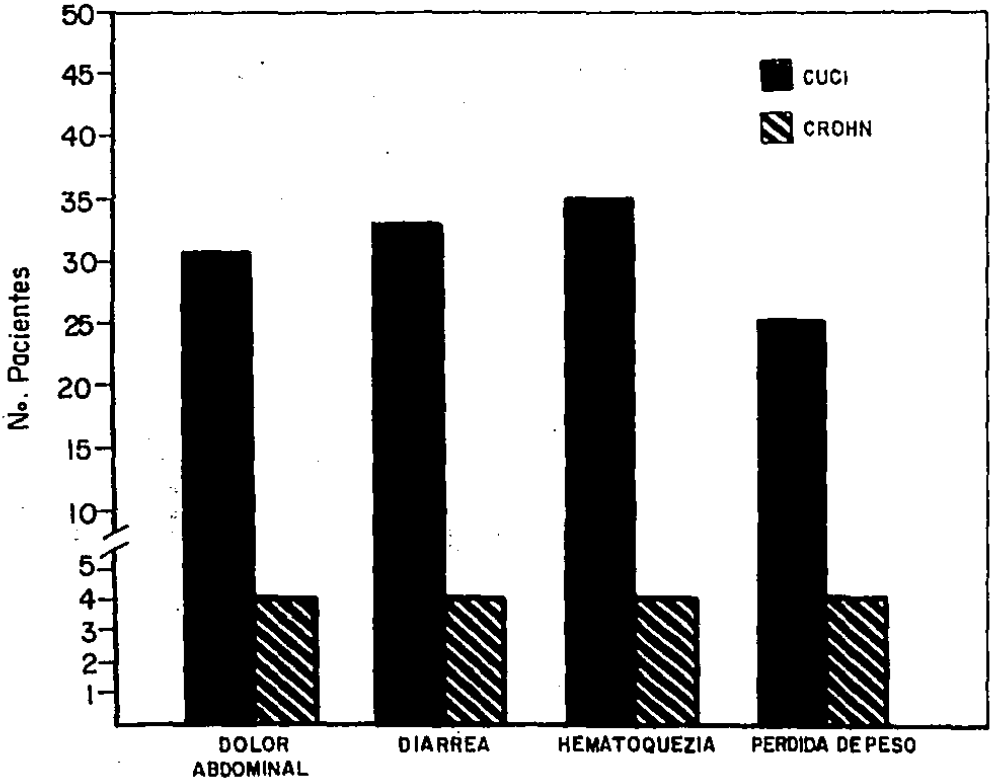
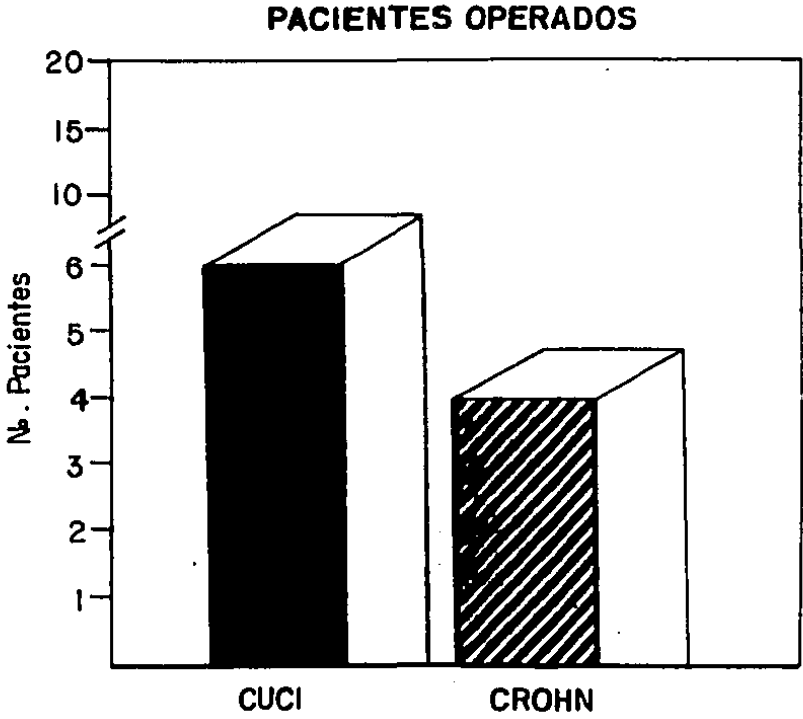


Fig. 3



DISCUSION :

Se revisa la experiencia en pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza.

Se revizaron los reportes de especímenes estudiados de 102 pacientes en Anatomía patológica, obteniéndose adecuadamente un seguimiento en 46 pacientes, durante un lapso de 6 años.

Se observaron 17 casos por año, con predominio de CUCI de 6.2 casos por 1 caso de Crohn anual. La presentación anual es baja, con respecto a otros autores en la literatura (7).

La distribución por sexo de la enfermedad inflamatoria del intestino es aproximadamente de 1.4 casos masculinos por 1 femenino, distribución contraria a la reportada por Kirsner (6). El promedio de edad es de 4.6 años al inicio de la enfermedad, con incidencia elevada de los 20 a 40 años de edad, como otros reportes en la literatura.

La residencia de los pacientes con CUCI fue de 42% para el medio rural y 82% para el urbano, contrario a la de Crohn; 83% para el rural y 16% para el medio urbano, datos que apoyan la literatura de Meyer (10).

En nuestro estudio, existió un paciente con antecedente familiar de CUCI, dato que posiblemente apoye un componente genético de la enfermedad, como lo menciona Lashner (8). Se encontró un porcentaje elevado en ambas entidades, en CUCI de 82% y en Crohn de 66% con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, por lo que se piensa que estos factores tengan un

papel importante en su etiología.

Existió un curso crónico intermitente en 85% y crónico continuo - en 16% en CUCI, dato similar a la que tiene la Clínica Mayo. En la Enfermedad de Crohn 50% de los casos fueron agudos y 50% crónicos, observando que la manifestación de la enfermedad puede ser por una de sus complicaciones.

En el cuadro clínico en los pacientes con CUCI predominó la hematoquezia 87%, diarrea 82%, dolor abdominal 77%, pérdida de peso 62% y fiebre en 20%. En Crohn la diarrea en 66%, dolor abdominal en 66%, hematoquezia en 66%, pérdida de peso en 16% y fisura anal en 16%, existió un 32% - con manifestaciones extraintestinales datos que son similares a la literatura y que apoya, la presentación de la enfermedad como una manifestación extraintestinal (13). La sintomatología y signología es similar a la descrita en los libros de texto (4).

Se presentó un porcentaje elevado de pacientes con buen estado general, y en aquellos que su estado era malo se sometieron a NPT, hecho que mejoró a los pacientes en forma importante, demostrando el papel que tiene la NPT en estos pacientes, a pesar de no estar completamente dilucidado su forma de actuar en estas enfermedades (7).

En los pacientes de CUCI, el 27% presentaron anemia, 20% leucocitosis, 7% hipoalbuminemia y el 12% reacciones inmunológicas positivas, 1 - paciente con elevación de IgA y complemento, y otros 2 con VDRL falsas positivas, en Crohn; 33% con anemia, 50% presentaron leucocitosis, en 33% - hipoalbuminemia y 16% elevación de IgG, IgA e IgM y 16% VDRL positivo. Es-

tos datos son apoyados por la fisiopatología de la enfermedad, y las reacciones positivas son debidas al proceso inflamatorio y que posteriormente se despierta una reacción inmunológica como lo menciona la literatura de Rhodes (37).

En nuestro estudio, desafortunadamente no se realizaron las pruebas inmunológicas a todos los pacientes, hubiese sido conveniente realizar estudios de fracciones de complemento, para poder demostrar que estos pacientes no tienen deficiencia de complemento ni de inmunoglobulinas.

La CUCI afectó al recto y sigmoides en un 5%, colon izquierdo 25%, recto únicamente en 15% y todo el colon un 5%, datos similares que reporta Rangel (11) en éste mismo Hospital. La Enfermedad de Crohn; afectó a íleon terminal en un 33%, íleon terminal, colon descendente y sigmoides en forma alterna en 16% y recto 16%, datos semejantes a la literatura y dato que de muestra mayor afección a íleon terminal (2).

El estudio de gabinete llevado con más frecuencia en estos pacientes fue el colon por enema, demostrando datos sugestivos de CUCI en 85% y negativos en 15%, en la Enfermedad de Crohn únicamente a la mitad de los pacientes se les efectuó dando datos importantes para esta entidad, posiblemente no se les efectuó al 100% de los pacientes por haber presentado complicaciones y se demuestra que la ayuda radiológica es importante en estos pacientes como se comenta en otras literaturas (38), con una elevada precisión.

El manejo inicial con azulfidina en CUCI tuvo buena respuesta en

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

el 67% y en Crohn en 66%.

La indicación de cirugía para ambas entidades y sus porcentajes - son similares a las enunciadas por Greenstein (23,30). En CUCI, 10% por tener mala respuesta al tratamiento y 5% por estenosis. En la enfermedad de Crohn, el 50% debido a oclusión intestinal y 16% por resistencia al tratamiento médico, demostrándose que únicamente los pacientes portadores de la última entidad se deberán operar cuando se presenten complicaciones y no como tratamiento de primera instancia.

La cirugía más frecuentemente efectuada fue la proctocolectomía - en 10%, con resultados satisfactorios y sin mortalidad, datos que apoyan - la literatura de Bauer (24). En 5% se efectuó la técnica de colectomía - con resultados de 50% de continencia total y 50% igualmente incontinente.

Las operaciones efectuadas en pacientes con Enfermedad de Crohn, - se reservaron para las complicaciones, como lo apoyan otros estudios con - resultados semejantes. La presentación de fístula postquirúrgica quedó de - mostrado en un paciente de nuestro estudio.

Hubo un 5% de pacientes catalogados como enfermedad inflamatoria indeterminada, datos semejantes a los reportados en la literatura (12).

Existió un 5% de pacientes que presentaron datos de displasia lo cual es indicativo de cirugía, como lo apoyan los reportes de Slater (28) refiriendo que estos pacientes tienen un porcentaje elevado de originar - cáncer de colon y recto.

En el estudio se observó un 20% de pacientes que presentaron problemas psiquiátricos, que posiblemente tengan un factor importante en estas entidades (9).

Se presentó en CUCI un 2% de mortalidad, sin existir mortalidad - en la Enfermedad de Crohn.

CONCLUSIONES :

- 1.- Se trata de un estudio de revisión retrospectiva.
- 2.- La frecuencia de enfermedad inflamatoria del intestino, en nuestro medio es de 17 casos anualmente. Siendo más frecuentemente afectado el sexo masculino, con edades de mayor incidencia entre 20 y 40 años de edad.
- 3.- No existió predominancia de las entidades en pacientes que tenían residencia rural o urbana.
- 4.- Se observa un papel importante en los antecedentes de tabaquismo y alcoholismo, que posiblemente tengan un factor desencadenante de las enfermedades inflamatorias del intestino.
- 5.- La Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica tiene una evolución crónica intermitente y la Enfermedad de Crohn se puede manifestar como una complicación de la entidad.
- 6.- Las enfermedades inflamatorias tienen un cuadro clínico definido.
- 7.- Los pacientes debido a su cuadro clínico y mal manejo, pueden buscar ayuda médica, cuando el cuadro ha ocasionado un importante deterioro en su estado general.
- 8.- Se apoya que el manejo con NPT, es en estos pacientes un papel importante, a pesar de no tener bases concluyentes.

9.- Estos pacientes presentan elevación de inmunoglobulinas, que está dado por el proceso inflamatorio y una reacción autoinmune posteriormente.

10.- Se demuestra que la CUCI es una enfermedad que afecta principalmente a recto y colon sigmoides. La Enfermedad de Crohn tiene predilección por íleon terminal y cuando afecta a otras partes del tubo digestivo, lo hace en forma alterna.

11.- Los estudios de laboratorio de rutina y PFI no tienen valor diagnóstico en estas entidades. El colon por enema es un estudio confiable para su diagnóstico.

12.- Los pacientes con CUCI y Crohn, se deberán manejar en forma médica con resultados aceptables.

13.- Los procedimientos quirúrgicos para tratamiento de CUCI se deberán realizar únicamente cuando existan indicaciones precisas. En -- Crohn únicamente en las complicaciones, tratando de hacer resección lo más limitada que se pueda.

14.- La cirugía más efectiva para CUCI fue la proctocolectomía - con ileostomía definitiva, pero la mucosectomía con reservorio es alentadora. Se deberá continuar con éste último procedimiento principalmente en pacientes jóvenes, que como se reporta podría ocasionar una ileostomía problemas psiquiátricos cuando es definitiva.

15.- Por los cambios displasicos en CUCI se hace importante un estudio de colon por enema anual y de biopsia semestral. Cuando existen datos de cáncer en estos pacientes, se manejarán como aquellos sin CUCI.

16.- Los pacientes bien manejados médicamente y quirúrgicamente pueden tener una sobrevida igual a personas no portadoras de la entidad.

17.- Por último, estas entidades se deben tener en cuenta constantemente, ya que como se observa no son tan raras como se supone. Los pacientes con datos sugestivos y multitratados, deberán entrar a un protocolo de estudio para mencionadas entidades.

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- Hutzenga Kd, Aas J, Spencer Rj, Elveback LR and Shorter Rj. Chronic Ulcerative Colitis vs. Crohn's Disease of the Colon. Dis Colon Rectum 1973;16(2):103-7.
- 2.- Crohn BB, Ginzburg L, Oppenheimer Gd. Regional Ileitis. A Pathologic and Clinical Entity. JAMA 1932;99:1323-9.
- 3.- Greenstein AJ. Cirugía en la Enfermedad de Crohn Surg Clin NA 1987;3:591-613.
- 4.- Shackelford. Surgery in Alimentary Tract. Ed. 8va. 1982 115-34.
- 5.- Kirsner A. Advances Recents in Ulcerative Colitis. N Eng J Med 1982;306(1):775-85.
- 6.- Kirsner A and Shorter RG. Advances Recents in non Especific Inflammatory Bowel Disease. N Eng J Med 1982;306(2):837-40.
- 7.- Fenig JR. Enfermedades Inflamatorias Crónicas del Intestino Delgado. En: Gutiérrez SC. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo - 1ra. Ed, 1988 Edit. Manual Moderno Méx.
- 8.- Lashner AS, Evans AA, Kirsner BJ and Hanaver Bs. Prevalence and - - Incidence of Inflammatory Bowel Disease in Family Members. Gastroenterology 1986;92:1396-400.

- 9.- Sheldon E, Schwartz, Steven P, Siegelbaum and Col. Regional Enteritis: Evidence for Genetic Transmission by HLA Typing.
Ann Intern Med 1980;93:424-8.
- 10.- Perkins RJ and Doyle. Etiologic Factors in Ulcerative Colitis.
Lancet 1984;12(2):695-8.
- 11.- Rangel AV. Colitis Ulcerativa Crónica Inespecífica. Experiencia Clínica y Manejo Quirúrgico. En: Tesis 1987.
- 12.- Fenig JR. Enfermedades Crónicas del Colon. En: Gutiérrez SC. Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo 1ra. Ed, 1988 Edit. Manuel Moderno Méx.
- 13.- Rankin GB, Watts HS and Melnyk CS. National Cooperative Crohn's Disease Study: Extraintestinal Manifestations and Perianal Complications.
Gastroenterology 1979;77:914.
- 14.- Kirschner BS and Sutton MM. Somatomedin-C Levels in Growth-Impaired Children and Adolescents with Chronic Inflammatory Bowel Disease.
Gastroenterology 1986;91:830-6.
- 15.- Saverlymattu SH, Camilleri M, Rees H, Lavender JP, Hodgson HJF and - Chadwick. Indium 111-Granulocyte Scanning in the Assessment of Disease Extent and Disease Activity in Inflammatory Bowel Disease.
Gastroenterology 1986;90:1121-8.

- 16.- Russell. Serious Complications of Sulfasalazine in Ulcerative Colitis.
Dis Colon Rectum 1984;29:929-30.
- 17.- Meyers. Systemic Corticosteroids Therapy in Ulcerative Colitis.
Gastroenterology 1985;89(5):1189-95.
- 18.- Farmer RG and Schumacher OP. Treatment of Ulcerative Colitis with -
Hydrocortisone Enemas.
Dis Colon Rectum 1970;13(5):1-4
- 19.- Haber JC, Meltzer JS, Present HD and Korelitz IB. Nature and Course
of Pancreatitis Caused by 6-Mercaptopurine in the Treatment of Inflammatory Bowel Disease.
Gastroenterology 1986;91:982-6.
- 20.- Sandberg GI, Järnerot G and Kraaz W. Azodisal Sodium in the Treatment
of Ulcerative Colitis.
Gastroenterology 1986;90:1024-30
- 21.- Coran AJ. New Surgical Approach in Ulcerative Colitis in Childrens
and Adults.
W J Surg 1985;9(1):203-9.
- 22.- Schetz. Ileoanal Reservoir in Ulcerative Colitis.
Ann Surg 1986;121(4):404-9.
- 23.- Pemberton JH. Cirugía para la Colitis Ulcerosa.
Surg Clin NA 1987;3:649-66.

- 24.- Bauer and Gelemt. Proctocolectomy in Ulcerative Colitis.
Am J Surg 1986;151(1):157-62.
- 25.- Johnson WR, Hughes ESR, McDermott FT and Katrivessis H. The Outcome of Patients with Ulcerative Colitis Managed by Subtotal Colectomy.
Surg Gynecol Obstet 1986;162:421-51.
- 26.- Greenstein JA, Barth Ja, Sachal DB and Aufses HA. Free Colonic Perforation without dilatation in Ulcerative Colitis.
Am J Surg 1986;152:272-5.
- 27.- Greenstein JA and Aufses HA. Differences in Pathogenesis, Incidences and Outcome of Perforation in Inflammatory Bowel Disease.
Surg Gynecol Obstet 1985;160:63-69.
- 28.- Slater G, Greenstein JA, Gelem L, Kreel I, Bauer J and Aufses HA. Distribution of Colorectal Cancer in Patients with and without Ulcerative Colitis.
Am J Surg 1985;149:780-2.
- 29.- Greenstein AJ, Lachman P, Sachar DB and Cols. Concordance of Indications Repeated Operations for Crohn's Disease. Evidence for Two Forms of Disease.
Gastroenterology 1986;90:1438.
- 30.- Davidson TJ and Sawyers LJ. Surgical Management Crohn's Disease.
Am Surg 1982;48:16-9.

- 31.- Hamilton SR, Boitnott JK, Cameron JL and Col. The Role of Resection Margin Frozen Section in the Surgical Management of Crohn's Disease. Surg Gynecol Obstet 1985;160:57-62.
- 32.- Van Dongen ML and Lubbers CJE. Surgical Management of Ileosigmoid - Fistulas in Crohn's Disease. Surg Gynecol Obstet 1984;159:325-7.
- 33.- Fazio VW, Jones IT, Jagelman DG and Weakley FL. Rectourethral Fistulas in Crohn's Disease. Am J Surg 1987;205:72-6.
- 34.- Greenstein AJ, Sachar DB, Mann DBA and Col. Spontaneous Free Perforation and Perforated Abscess in 30 Patients with Crohn's Disease. Surg Gynecol Obstet 1987;205:72-6.
- 35.- Greenstein AJ, Sachar DB and Col. Intraabdominal Abscess in Crohn's (Ileo) Colitis. Am J Surg 1982;143:727-30.
- 36.- Sanfey H, Bayless MT and Cameron LJ. Crohn's Disease of the Colon AM J Surg 1984;147:38-42.
- 37.- Rhodes JM. Faecal Mucous Degradations Glycosidasas in Ulcerative Colitis. Gut 1984;25(2):1339-42.
- 38.- Kirsner. Diferential Diagnosis in Inflammatory Bowel Disease. Gastroenterology 1975;68(5):187-91.