

Asa recirculante en el tratamiento quirúrgico de la rectocolitis ulcerosa

Dr. Ladimiro Espinoza León

Individuo de Número

La rectocolitis ulcerosa idiopática (RCUI), es considerada como una enfermedad autoinmune o autoalérgica, notándose entre algunos de sus desencadenantes, la intolerancia a la leche y sus derivados (1) y siempre ha prevalecido el criterio de realizar su tratamiento médicamente, dejándose sólo el campo a la cirugía, cuando son muy evidentes y rotundos los fracasos del tratamiento médico; o los frecuentes brotes de nuevos ataques de la incómoda y grave patología, vuelven a presentarse; o también, cuando las complicaciones: dilatación tóxica del colon, hemorragia profusa del mismo, perforación colónica en cavidad abdominal libre, fístulas rectovaginales o rectoperianales múltiples o la transformación cancerosa, hacen su aparición y entonces, les corresponde a los cirujanos hacer una “cirugía heroica”, no siempre con buenos resultados.

En nuestra opinión se abusa del tratamiento médico en algunos casos y se permite repetirlo muchas veces a sabiendas que es poca la mejoría que se logra con él en las crisis sucesivas, por lo cual queremos llamar la atención, con todo respeto, a los que reciben de primera mano estos casos, para que cuando en el primer cuadro agudo de esta enfermedad tratada con medios médicos, no se logra recuperar *ad integrum* y se vuelve a presentar en pocos días o meses crisis similares, no se debe perder más tiempo para hacer la indicación quirúrgica más conveniente, la cual será con toda probabilidad la que recomienda el profesor Aylett de Londres (2,3), pues aun en los casos agudos, muy malos, con perforación colónica a cavidad abdominal y en donde el paciente está muy tóxico y grave, se debe hacer el intento a sabiendas de que estamos ejecutando una “cirugía heroica”: colectomía subtotal o total, conservando el sigmoides

o el recto, respectivamente y adicionarle una ileostomía, pues como recomienda Aylett: “señores cirujanos, por favor, conserven el sigmoides o el recto a estos pacientes, que ya habrá tiempo para extirparlo”. Por supuesto, los que recomiendan y practican la proctocolectomía (4) y la ileostomía (5) definitiva, no estarán nunca de acuerdo con la recomendación anterior, pero el profesor Aylett presentó en la Academia de Medicina y Cirugía de París, su trabajo de 500 casos operados conservando el sigmoides o el recto, para al cabo de unos meses, hacer la anastomosis, ileosigmoidea o ileo-rectal término-terminal con ileostomía de seguridad (ver Figura 1, A y A-1) que le permite a estos pacientes no depender de por vida de una bolsa de ileostomía y de una probable impotencia sexual en los varones.

A continuación quiero mostrar en la Figura 1, las diversas técnicas quirúrgicas conservadoras del sigmoides o del recto, utilizadas para el tratamiento de la rectocolitis ulcerosa y en las cuales se puede apreciar que no figura el asa recirculante ileo-sigmoidea o ileo-rectal para mantener la continuidad intestinal y evitar dejar de por vida una ileostomía. Esta técnica se ve claramente en la Figura 4. Es esta la razón de presentarla como un aporte a la cirugía general venezolana.

Se debe tomar muy en cuenta al realizar esta anastomosis de asa recirculante con sigmoides o recto, hacerla a nivel de las 7 y no a las 6, considerando el asa ileal como una esfera de reloj, pues me parece que en esta forma, son menos el número de evacuaciones diarias en estos pacientes, porque el contenido intestinal delgado por su peristaltismo, deja pasar una parte por la boca anastomóstica, pero la otra parte ya va ascendiendo

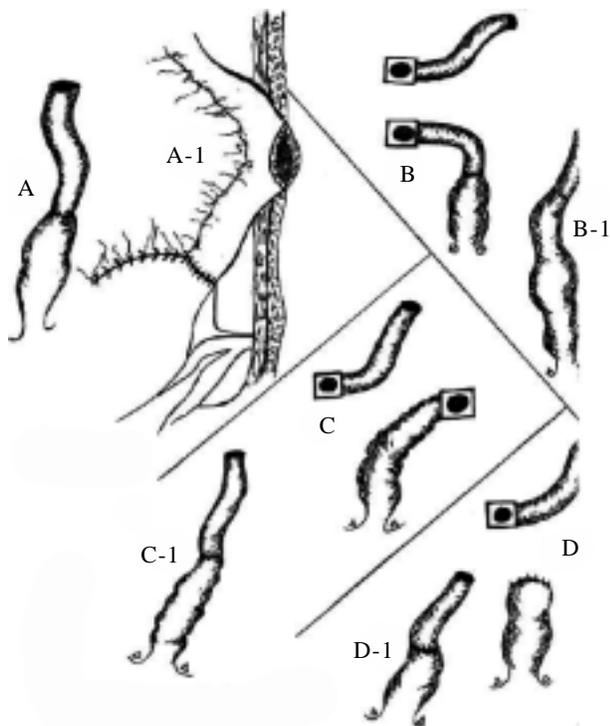


Figura 1. A, A-1. Técnica quirúrgica de Aylett (2). B-D. diferentes técnicas quirúrgicas conservadoras utilizadas para el tratamiento de la rectocolitis ulcerosa.

por el asa intestinal para hacer su recirculación. También creo conveniente y así lo hicimos en los tres casos operados que hoy presentamos, pedir biopsia per-operatoria de los bordes del sigmoides, recto o colon conservados en el primer tiempo quirúrgico, por si es preciso reseca un poco más del intestino grueso y hacer nueva biopsia hasta encontrar borde de tejido sano y en caso de no haberlo, proceder irremediamente, a la extirpación del resto del intestino grueso que tratabamos de conservar. Si la información anatomopatológica nos precisa que no hay enfermedad en las zonas del corte del intestino grueso conservado, este debe ser sometido a un tratamiento local con enemas de hidrocortisona y cada mes, hacer biopsias escalonadas para saber cual es la situación de la enfermedad remanente y una vez que estas indiquen que no hay enfermedad sino recto-sigmoiditis crónica, proceder a restablecer el tránsito intestinal con asa recirculante por su vía natural. No se debe olvidar que estos pacientes han recibido tratamiento con cortisona, en cualquiera de

sus formas de presentación, durante las crisis agudas que han padecido, por lo cual, cuando se decida la intervención quirúrgica, deben ser preparados a las 24 ó 12 horas previas a su operación, con dosis intramusculares de 200 miligramos de hidrocortisona y durante la intervención quirúrgica mantener en un suero un goteo permanente con 100 miligramos de hidrocortisona, que se seguirá pasando en recuperación hasta el otro día de operado y después ir distanciando la dosis a 50 miligramos cada 12 horas, luego 25 miligramos intramuscular por dos o tres días más hasta que se encuentren perfectamente estabilizados los signos vitales, pues de no hacerlo así, puede haber un *shock* posoperatorio inmediato por insuficiencia suprarrenal aguda, lo cual he vivido en otras cirugías realizadas y generalmente uno no se explica cuál es la causa del *shock* y si no piensa en ello, puede reintervenirse un paciente con resultados mucho más graves.

A continuación, voy a emitir mi criterio quirúrgico sobre esta grave e invalidante enfermedad y como se puede apreciar en las figuras 2, 3, 4 y 5, se ven algunos tiempos de la anastomosis en un solo plano extramucoso, de la técnica del asa recirculante ileo-sigmoidea o ileo-rectal en los tres casos operados y cuya evolución fue muy satisfactoria hasta los 12, 10 y 3 años, que fue posible controlar estos pacientes.

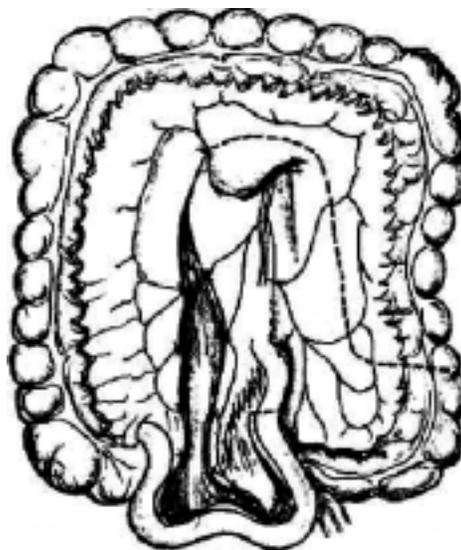


Figura 2. Señalamiento de la resección ileocolónica en colectomía subtotal con ileostomía.

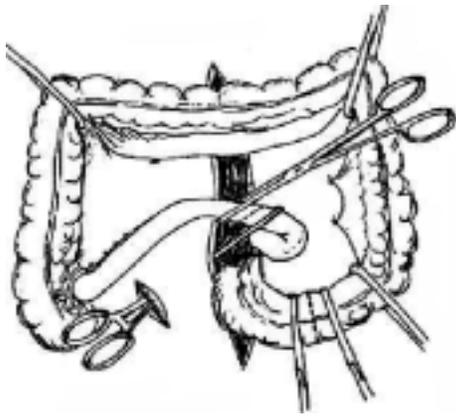


Figura 3. Señalamiento de las zonas de sección en íleon y en sigmoide en colectomía subtotal y forma de exteriorizar el íleon para ileostomía.

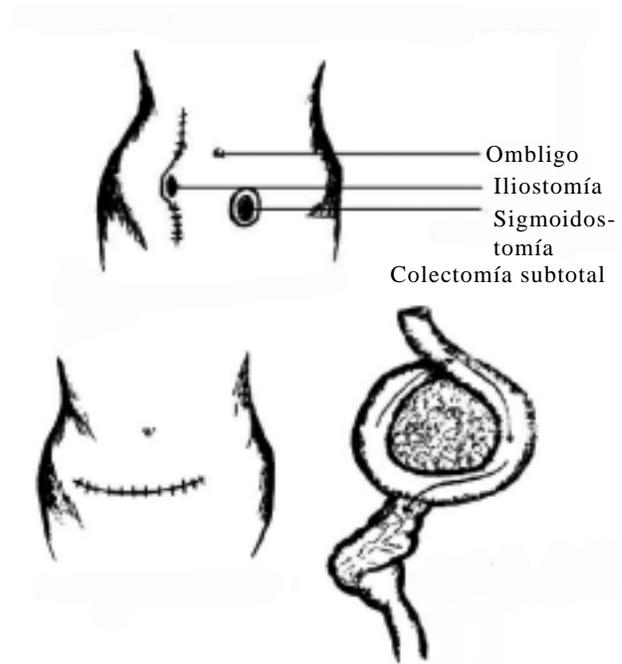


Figura 5. Segundo tiempo quirúrgico. Arriba: primer tiempo operatorio. Abajo: segundo tiempo operatorio 4 meses después. Izquierda: incisión de piel y planos abdominales para reconstrucción de tránsito intestinal. Derecha: asa recirculante: anastomosis terminolateral ileocecal y anastomosis lateroterminal ileosigmoidea.

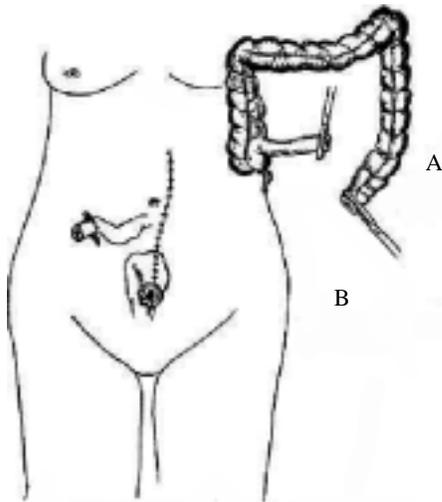


Figura 4. Primer tiempo quirúrgico. Colectomía subtotal con ileostomía y sigmoidectomía terminadas. A: segmento ileocólico extirpado. B: ileostomía y sigmoidostomía terminadas.

Por supuesto, no quiero dejar la impresión de que todos los casos deben ser tratados en esta forma quirúrgica, pero si lo asomo como una posibilidad a tener en cuenta y cada vez que se me presente una oportunidad de tratar esta enfermedad o algún síndrome de malabsorción por cirugía de obesidad con resección intestinal, tendré siempre por delante como primer pensamiento, esta solución.

Cuando se está frente a un caso de rectocolitis ulcerosa, mi criterio terapéutico a seguir, será el siguiente:

1. Descubierta la enfermedad y diagnosticada científicamente, proceder al tratamiento médico habitual lo más rápido, eficiente y sostenido posible y si se logra una curación real y objetiva, está solucionado el caso en esta forma, pero sería conveniente agregar aquí, que el paciente debe ser visto, en este momento, por el cirujano para que observe como se ha presentado el caso desde su comienzo, cual ha sido la evolución y recuperación con el tratamiento médico, pues así

se podrá evaluar conjuntamente y comparar las condiciones en que vuelva a llegar el paciente cuando tenga una recaída.

Si hay recidiva con mayor o igual gravedad que en el cuadro original, intentar el tratamiento médico una vez más estando presente el cirujano nuevamente y si no logramos, en esta oportunidad, apreciar igual mejoría por exámenes radiográficos, endoscópicos y biópsicos, como en el primer tratamiento, no debemos negarle a este enfermo, la posibilidad quirúrgica, pues a medida que se repiten los cuadros recidivantes, la cirugía se limita y si bien es verdad, que aun en los casos muy graves, tales como, megacolon tóxico, agudos fulminantes, hemorragia incontrolable y perforación colónica, se puede lograr sobrevida, aun practicando la proctocolectomía con ileostomía definitiva, debemos pensar que es más útil para un paciente, cualquiera que sea su edad, darle la oportunidad de una cirugía precoz de menos riesgo y no someterlo a una "cirugía heroica" en la cual los resultados pueden ser imprevisibles.

Si realizamos esta cirugía conservadora en el momento justo en que debe ser efectuada, tenemos la ocasión de continuar el tratamiento médico por un tiempo determinado del resto del sigmoides y del recto conservados aún con enfermedad, con la ventaja de que su cuadro tóxico grave, que estaba liquidando al paciente, mejora notablemente, sumándose a todo esto la esperanza no fallida de que muy probablemente tendrá una oportunidad para restablecer su tránsito intestinal casi igual a sus condiciones normales; pero si esto no se logra, ya él ha soportado por unos cuantos meses (3, 4, 5 ó 9 meses) la ileostomía temporal y verá que no fue nuestra intención dejarlo con ella definitivamente, sino que la evolución de su grave enfermedad, así lo aconseja. Es posible que psíquicamente esto sea mejor tolerado que verse él sometido, sin experiencia previa, a una ileostomía definitiva (5), de la cual comenzará a tener experiencia una vez que se empiece a recuperar de su intervención quirúrgica, pero con la diferencia que en esta solución operatoria, la ileostomía ya es definitiva y no transitoria como en la conducta anterior.

3. Creo que ante un colon enfermo en su totalidad, casi siempre, el tratamiento médico con diferentes productos y dieta adecuada, logran una notable pero no absoluta mejoría en la mayoría de los

casos, pero cuando el paciente es dado de alta, es posible que cumpla con sus medicamentos, pero es muy difícil que soporte las limitaciones dietéticas, bien por razones socioeconómicas; por no saber que en un alimento determinado puede estar presente la leche u otro producto alimentario enmascarado, no conveniente a su colon; o sencillamente, porque lo tiene cansado este estricto régimen dietético y aquí comienza nuevamente su problema local intestinal con su repercusión general. Se puede aducir que lo mismo sucedería sobre el sigmoides o recto abandonados para un futuro tratamiento quirúrgico conservador, pero se debe recordar que durante el tiempo que dure con la ileostomía, el paciente se va a nutrir convenientemente y que sus evacuaciones no van a estar en contacto con las paredes rectosigmodeas y, por tanto, su estímulo local al paso del contenido fecal no va a ser tenido (6,7), y si bien desde el punto de vista sistémico pudiese tener alguna estimulación, no olvidemos que el tratamiento intensivo local y oral, está siendo cumplido estrictamente y que le hemos suprimido parcialmente la limitación alimentaria que no podía soportar (1).

Entiendo perfectamente que es muy difícil para un paciente y para un médico internista o gastroenterólogo, acostumbrados a la tradicional forma de tratamiento médico de la rectocolitis ulcerosa, convencerles que debe someterse a una intervención quirúrgica en la cual va a perder una gran parte de su contenido humano y no sólo esto, sino que va a quedar con una o unas ostomias por un determinado tiempo, pero si se plantea claramente la situación y se explica que si esto no se realiza, es muy posible que siga sufriendo de su enfermedad por muchos años y que cada día que pase se acerca más a tener que soportar no una ostomía temporal sino una ostomía definitiva, es muy probable que se acepte esta solución quirúrgica conservadora con menos recelo. Además, recordemos, que es en enfermos con evolución de 10 o más años, con una rectocolitis ulcerosa a repetición, donde se desarrolla más frecuentemente el carcinoma del colon y que la proctocolectomía, puede ocasionar impotencia sexual en esta enfermedad que se presenta más entre los 30 y 40 años de edad.

No estoy en contra de la opinión generalizada de que el aspecto psíquico juegue un papel determinante como desencadenante de esta enfermedad (8,9), pero

es mi impresión, que ante un síndrome tan molesto como el que le acompaña, aunado a las limitaciones determinadas por sus complicaciones, restricciones dietéticas y sociales que ella ocasiona, lo menos que le puede suceder a un paciente, es sentirse y convertirse cada día que pasa, en un neurótico grave. Digo esto, porque los pacientes a quienes hemos operado, han continuado con su misma personalidad, pero al suprimírsele las limitaciones antes anotadas, han sentido un mejor deseo para soportar la vida.

No espero que se imaginen que por mi condición de cirujano, desvío la orientación terapéutica a nuestro favor, sino que después de revisar 98 historias clínicas de las cuales 96 corresponden a los archivos de historias médicas del Hospital Universitario de Caracas y dos a mis archivos privados de la Clínica el Ávila en Altamira, Caracas, el porcentaje de casos quirúrgicos operados, fue sólo del 11,2 % lo cual es poco considerable, pero debo aclarar que en mi concepto, se prolongó demasiado y se repitió mucho el tratamiento médico y la consulta quirúrgica solicitada fue para hacer flebotomías y no para evaluar un abdomen quirúrgico que debía resolverse, como se demostró con la evolución de los casos a que nos referimos. Esto nos hace ver que la conducta quirúrgica no ha sido suficientemente tomada en cuenta por quienes manejan más esta patología aquí en Venezuela y vale la pena recordar lo que dicen Swinton y col. (6) de la Clínica Lahey de Boston; y Wheelock y Warren (7), acerca de este punto: "Nuestro porcentaje quirúrgico llega hasta el 85 % y el 60 % respectivamente" y la cifra del 15 % a 20 % de casos quirúrgicos que algunos estiman (9) sean los que deben ser operados, parecen demasiado bajas.

Antes de dar a conocer las diferentes intervenciones quirúrgicas que se practicaron en los 11 casos de la casuística, quiero expresar mi criterio sobre las indicaciones quirúrgicas en esta enfermedad, las cuales voy a centrar en dos eventualidades:

1. Cirugía inmediata o de urgencia: en la enfermedad aguda, fulminantes, que amenaza la vida o en sus complicaciones: dilatación tóxica del colon o megacolon tóxico, hemorragia intestinal profusa, perforación colónica, obstrucción colónica y degeneración maligna.
2. Cirugía electiva: en trastornos crónicos rebeldes al tratamiento médico o en casos crónicos recidivantes.

Evidentemente, las indicaciones para cirugía electiva, son menos netas que las indicaciones para cirugía inmediata, pero un paciente con una historia de más de siete años de crisis de rectocolitis ulcerosa y tratamiento médico adecuado sin resultados evidentes y definitivos de curación, es una indicación poderosa de tratamiento quirúrgico, sea cual fuere la intensidad de las manifestaciones clínicas para el momento de tomar la decisión operatoria.

A continuación, en el cuadro número 1, voy a mostrar los 11 casos quirúrgicos que se operaron de la casuística de las 98 historias clínicas de rectocolitis ulcerosa en los archivos del Hospital Universitario de Caracas y de la Clínica el Ávila, los diferentes procedimientos quirúrgicos empleados entre los cuales figuran los tres casos de asa recirculante ileosigmoidea o ileorrectal, motivo de esta presentación.

Los tres casos operados por mí de asa recirculante ileosigmoidea e ileo-rectal, son los primeros dados a conocer en el país y por eso son presentados como un aporte personal en cirugía general y fueron controlados 12, 10 y 3 años respectivamente, lo cual demostró el perfecto funcionamiento de las mismas y les permitió llevar una vida social y ocupacional sin restricciones de ningún tipo, pues el control de sus evacuaciones logran llevarlo a cabo con sus mismos alimentos que ingieren y llega un momento de pasar un día sin evacuaciones, pero saben cuales alimentos los hace evacuar con facilidad.

Creo que esta técnica quirúrgica conservadora debe ser tenida en cuenta y personalmente, si se me presenta en la actualidad la oportunidad quirúrgica, la vuelvo a realizar con toda seguridad.

Esta técnica quirúrgica no la estoy presentando como original ya que quien la practicó por primera vez, fue Champeau (10), y tuve la oportunidad de conocer la publicación de Hampton, quien le añade a esta técnica, la eversión y destrucción de la mucosa rectal en la rectocolitis ulcerosa crónica (11), pero si estoy seguro que es la primera vez que se practica en Venezuela y por eso la razón de esta publicación como un aporte personal.

ESPINOZA LEÓN L

Cuadro 1

Operaciones practicadas: tiempos quirúrgicos

N° Ord.	Primer tiempo	Segundo tiempo	Resultados
1	Perforación colónica: cierre perforación colónica. Apendicectomía.	Abocamiento colon transverso a piel	Muerte
2	Perforación colónica: ileostomía y abocamiento cabo distal extremo superior herida operatoria	Proctocolectomía	Bueno
3	Perforación colónica: cecostomía y drenaje abdominal	Cierre cecostomía y se practica ileostomía y drenaje	Muerte
4	Perforación colónica: resección colon transverso. Colostomía transversa y colostomía izquierda	Resección colon residual y asa recirculante ileorrectal	Bueno
5	Perforación colónica: colectomía subtotal, ileostomía y sigmoidostomía	Asa recirculante ileosigmoidea	Bueno
6	Dilatación tóxica colon. Proctocolectomía.	-----	Bueno
7	Dilatación tóxica colon. Gastrostomía y traqueostomía	-----	Muerte
8	Rectocolitis ulcerosa crónica: proctocolectomía y bolsa de Kock	-----	Muerte
9	Rectocolitis ulcerosa crónica: proctocolectomía	-----	Bueno
10	Rectocolitis ulcerosa crónica: colectomía subtotal, colostomía transversa derecha y cierre sigmoides a lo Hartmann	Extirpación resto colon derecho y realización asa recirculante ileosigmoidea	Bueno
11	Hemorragia intestinal a repetición: colectomía total e ileostomía y rectostomía	Protectomía	Bueno

REFERENCIAS

1. Truelove SC. Ulcerative colitis provoked for milk. Br Med J Jan. 1961;1:154-161.
2. Aylett, Stanley O. Conservation de rectum dans chirurgie de la rectocolite ulcéro-hémorragique. Chirurgie. 1976;102(11):921-929.
3. Aylett Stanley O. Delayed ileo-rectal anastomosis in the surgery of ulcerative colitis. Br J Surg. 1970;57(11):811-813.
4. Rodriguez-Azpúrua E. Proctocolectomía total en el tratamiento de la rectocolitis ulcerosa grave. GEN. 1961;15(4):347-358.
5. Harrover HW. Tratamiento de la colostomía, ileostomía y conducto ileal. Clin Quir N.A. Editorial Interamericana SA; 1968:941-949.

6. Swinton NW, Warren NF. Tratamiento de la colitis ulcerosa. Clin Quir NA Editorial Interamericana SA; 1964:811-820.
7. Wheelock FC, Warren, R. Ulcerative colitis: Follow-up studies. N Engl J Med. 1955;252:421-430.
8. Valencia Parparcen J. Los antidepresivos en el tratamiento de la rectocolitis ulcerosa y diarreas de otra naturaleza. GEN. 1972;24(3):319-323.
9. Valencia Parparcen J, Louis CE. Conceptos actuales sobre rectocolitis ulcerosa. Rectocolitis hemorrágica grave y su hallazgo en Venezuela. GEN. 1951;1(IV):15-32.
10. Heindenreich A. Colitis ulcerosa. Tratamiento quirúrgico. Pren Med Argent. 1967;54(8):351-365.
11. Hampton JM. Rectal mucosal stripping: A technique for preservation of the rectum after total colectomy for chronic ulcerative colitis. Dis Col Rec. 1976;19(2):133-145.

...viene de la pág. 115.

A pesar de sus numerosas responsabilidades Maimónides encontró tiempo para escribir diez importantes tratados médicos. Uno de ellos es un compendio de más de dos mil drogas. Otros, se ocuparon del asma, hemorroides, mordeduras de serpientes, melancolía, disfunción sexual. Escribió una suma de los tratamientos médicos desde los tiempos de Galeno, que se convirtió en el texto de medicina del mundo árabe. Traducido al latín, fue el libro utilizado por las escuelas de medicina europeas hasta bien entrado el Renacimiento.

Simultáneamente fue escogido como el líder de la comunidad judía.

Maimónides es considerado universalmente como uno de los intelectuales de mayor influencia en el pensamiento judío. En 1185 completó un tratado notable, el Mishné Torá (“Código de la Ley”, colección de leyes rabínicas, suplementarias a la legislación de las Escrituras Judaicas). Tiene la reputación de ser una obra maestra expresada con elegancia literaria. Está dividida en 14 libros y 83 secciones que van desde el comercio, la industria, la propiedad, los impuestos, leyes penales y las relaciones familiares.

“Nunca antes en su historia, los judíos habían producido un *corpus juris* tan completo y sistematizado” (2). No es pues extraño que se haya hecho popular el adagio, citado por el rabino Pynchas Brener (3), “Desde el bíblico Moisés hasta la aparición de Moshé ben Maimón, mejor conocido como Maimónides, no ha surgido nadie de una estatura intelectual similar”.

Su gran trabajo filosófico fue sin duda, “La Guía de los Perplejos”, argumentando a favor de la reconciliación de la filosofía griega y la religión.

Según Maimónides, los “perplejos” (dudosos, irresolutos o confusos) no deben ser obligados a escoger entre la religión y la razón, y en esa obra trata de resolver esas dudas de carácter intelectual. Se le ha considerado como “el trabajo intelectual más importante llevado a cabo por un judío” (2).

Maimónides murió en diciembre de 1204. Los judíos de Egipto guardaron luto por cuatro días. Fue sepultado, de acuerdo con su expreso deseo, en la ciudad de Tiberíades en Israel.

Otro gran filósofo, que estudió y ejerció la medicina como profesión, fue John Locke, aunque su pensamiento estuvo sin duda influenciado por sus estudios y observaciones científicas.

El nombre de Maimónides estará siempre asociado al de los más grandes intelectos a lo largo de toda la historia de la humanidad, que floreció y ha dejado huella indeleble en el pensamiento universal, en una época de conflictos religiosos y más allá de las casillas y divisiones entre judíos, cristianos o musulmanes.

Caracas: 28 de marzo de 2004.

REFERENCIAS

1. Valencia-Parparcen J. Panegírico de Maimónides, el Español. Caracas: Editorial Arte; 1985.
2. Sachar HM. Farewell España. The World of the Sephardim Remembered. Nueva York: Vintage Books, Random House; 1995.
3. Brener P. Maimónides sigue siendo actual (disertación). Palabras pronunciadas en la Asociación Israelita de Venezuela, 16 de marzo de 2004.