

ENFERMEDAD DE CROHN RECTOCOLÓNICA

Dr. Ubaldo Alfredo Gualdrini

Servicio de Coloproctología - Hospital de Gastroenterología- Bs.As.

La enfermedad de Crohn es un trastorno inflamatorio granulomatoso transmural, de etiología desconocida, que puede afectar cualquier parte del tubo digestivo desde la boca al ano.

Esta característica es la diferencia más importante con la rectocolitis ulcerosa, cuya afectación en el tubo digestivo se circunscribe al colon, recto y ano.

Las lesiones pueden ser multifocales y salteadas, con zonas de intestino afectadas separadas por áreas normales.

No existe tratamiento médico ni quirúrgico que permita curar la enfermedad y la recidiva es una circunstancia casi inevitable.

La tasa de recidiva luego de la cirugía aumenta cuanto mayor es el tiempo de seguimiento:

Enfermedad de Crohn

Tasa de recidiva posquirúrgica

20%	5 años
40%	10 años
60%	15 años
80 %	20 años

Debido a estas características de la enfermedad de Crohn los objetivos del tratamiento son:

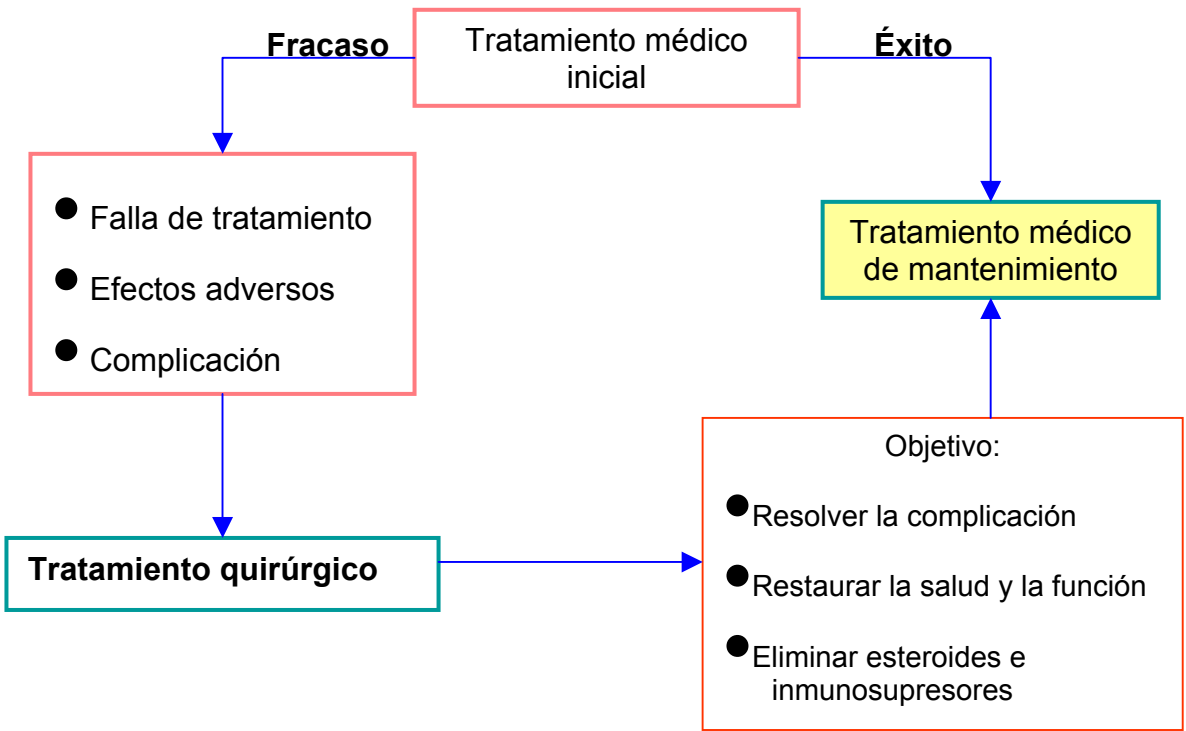
1. Aliviar los síntomas
2. Resolver las complicaciones
3. Conservar el intestino
4. Evitar la ostomía permanente
5. Mejorar la calidad de vida

Tanto el tratamiento médico como el quirúrgico deben basar su filosofía y estrategia en el logro de estos objetivos siendo conservadoras o más agresivas de acuerdo a la presentación clínica o complicación de la enfermedad.

Una secuencia lógica de tratamiento de la enfermedad sería (cuadro 1): iniciar con el tratamiento médico, si este logra controlar el episodio continuar con el tratamiento médico de mantenimiento.

Si por el contrario el tratamiento médico inicial fracasa, hay efectos adversos del mismo o sobreviene una complicación, puede ser indicación de tratamiento quirúrgico, cuyo objetivo será: resolver la complicación, restaurar la salud y la función y lograr la suspensión del uso de corticoides y/o inmunosupresores en forma crónica para permitir que el paciente pueda continuar con su tratamiento de sostén.

Cuadro 1



▪ Localización de la enfermedad de Crohn

Las formas de presentación y su frecuencia relativa observada en la mayoría de las series son:

- Ileocólica: 40-50%
- Intestino delgado (yeyuno- ileal) 10-20%
- Colónica: 20-30%

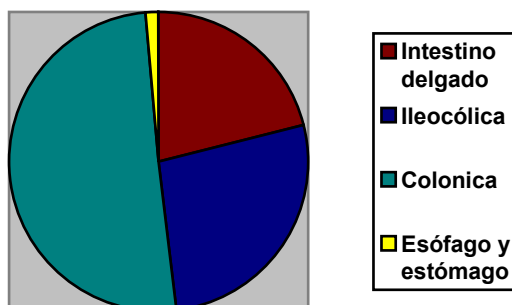
Las localizaciones no solo tienen valor desde un punto de vista topográfico sino que presentan algunas características clínico- evolutivas diferentes.

En seguimientos a más de 10 años se observó que la probabilidad de una intervención quirúrgica en la forma ileocólica es del 90% mientras que en las localizaciones ileales o colónicas es del 70%.

Por otro lado la tasa de recurrencia también es mayor en la afectación ileocólica (53%) que en las localizaciones ileales (44%) o colónicas (45%).

La casuística del Hospital de Gastroenterología de Buenos Aires (297 casos) nos muestra una distribución diferente (gráfico), con respecto a otras series, con una alta incidencia de la forma colónica (50.5%) mientras que el resto de las localizaciones fueron: intestino delgado 21%, forma ileocólica 27% y afectación esófago- gástrica 1.5%.

**Enfermedad de Crohn - 297 casos
Hospital de Gastroenterología- Bs. As.**



Indicaciones quirúrgicas

1. Falla del tratamiento médico
2. Obstrucción
3. Fístula o absceso
4. Hemorragia
5. Perforación
6. Carcinoma o displasia asociada.
7. Retardo en el crecimiento

Principios generales del tratamiento quirúrgico:

- Conocer el compromiso del tubo digestivo antes de la cirugía: es fundamental, si el cuadro clínico lo permite, conocer las áreas del tubo digestivo comprometidas, mediante estudios radiológicos o endoscópicos, ya que la afectación en distintos sectores puede modificar la táctica quirúrgica planteada.
- Evaluar el estado nutricional y patologías asociadas: muchos pacientes con enfermedad de Crohn presentan compromiso de su estado nutricional debido a la cronicidad de su padecimiento por lo cual, de ser posible, debe mejorarse el mismo antes de una cirugía (hipoalbuminemia inferior a 2,5 g/dl tienen un riesgo elevado de dehiscencias). De no ser posible sería aconsejable no efectuar anastomosis primarias y diferirlas para un segundo tiempo cuando hayan mejorado las condiciones nutricionales.
Si bien la mayoría de los pacientes con enfermedad de Crohn son jóvenes, la presencia de patologías asociadas debe tenerse en cuenta para elegir la táctica a emplear.
- Utilizar incisiones medianas y ubicar correctamente las ostomías: los pacientes con enfermedad de Crohn tienen una probabilidad muy alta de ser portadores de una ostomía, ya sea temporaria o definitiva.
Es aconsejable, mediante las incisiones medianas, dejar libre de cicatrices o retracciones las zonas paramedianas, sitio de localización de probables ostomías futuras.
La ubicación incorrecta de una ostomía, vecinas a cicatrices, eminencias óseas o pliegues cutáneos, son factores que influyen de manera trascendental el manejo de las mismas y la calidad de vida de los pacientes.
La correcta ubicación de la ostomía evita agregar otro padecimiento al problema de su enfermedad de base.
- Respetar fundamentalmente el intestino delgado: debe intentarse por todos los medios de reseca la menor cantidad posible de intestino delgado ya que la elevada probabilidad de recaídas de la enfermedad, con resecciones reiteradas, puede llevar a compromiso nutricional por intestino corto.
Cuando hay afectación colónica, puede ser aconsejable respetar parte del colon, especialmente en pacientes añosos o con resecciones de intestino delgado previas o simultáneas para mejorar la capacidad absorbente de agua.
- Modificar la táctica de acuerdo a hallazgos operatorios:
Durante la laparotomía, el hallazgo de colecciones supuradas o peritonitis o la presencia de flemones que comprometen estructuras vecinas vitales (grandes vasos, árbol urinario) pueden llevar a tácticas en 2 tiempos para evitar complicaciones severas.
- Márgenes de resección conservadores: contrariamente a lo que se pensaba anteriormente no es necesario utilizar márgenes amplios de resección ya que se demostró que aún la presencia de compromiso histológico en los márgenes no incrementa los índices de recidiva clínica.
- Anastomosis amplias: debido al hecho que la recidiva de la enfermedad es casi inevitable muchos autores aconsejan la confección de anastomosis amplias, preferentemente latero-laterales que permitan una complicación obstructiva menos frecuente o más tardía.

Táctica quirúrgica

En la forma ileocólica la resección del segmento afectado con anastomosis ileocolónica, (anastomosis con colon ascendente o colectomía derecha) es el tratamiento quirúrgico de elección y en estos casos es aconsejable no dejar la anastomosis vecina al duodeno, resecaando algunos centímetros más de colon o separando la anastomosis del duodeno con el epiplón mayor.

Este simple gesto puede evitar que una eventual recidiva futura (muy frecuente en la forma ileocólica) no comprometa el duodeno y genere una fístula muy grave con el duodeno o complique la probable cirugía de la recidiva.

De acuerdo al estado general o hallazgos pueden manejarse otras alternativas: resección con abocamiento o anastomosis primaria con protección mediante ileostomía.

La utilización de una ileostomía sola o un by-pass, si bien son excepcionales, no deben desecharse como paso previo a la cirugía resectiva en caso de flemones que comprometen estructuras vasculares o árbol urinario.

En la forma yeyunal o ileal la resección con anastomosis es la táctica ideal en pacientes sin resecciones previas o con duda diagnóstica.

Hay otra opción quirúrgica tendiente a conservar intestino delgado, la estricturoplastia, que a la manera de la piloroplastia tipo Heineke-Mikulicz secciona la estrechez en forma longitudinal y la sutura en forma transversal aumentando el calibre intestinal.

Esta técnica tiene indicación:

1. En forma fibrótica, no flegmonosa.
2. Afectación difusa del delgado con múltiples estricturas.
3. Estrictura única en paciente previamente resecaado (más de 100cm.)
4. Estricturas en intestino corto.

Por otro lado se halla contraindicada en forma absoluta en: peritonitis o perforación, fístula interna, forma colónica (riesgo de displasia o cáncer) e hipoalbuminemia, y en forma relativa en estenosis vecinas a sector a resecaar o múltiples estricturas en segmento corto.

La morbilidad relatada de la estricturoplastia es baja.

Las complicaciones sépticas llegan apenas al 6%, están relacionadas con hipoalbuminemia y la tasa de reoperaciones por sepsis es del 29%.

La evolución a largo plazo (42 meses) muestran que el 98% de los pacientes aliviaron sus síntomas y que 2/3 pudieron suspender los corticoides.

Las reoperaciones por recidiva ocurrieron en el 28%, de las cuales, en el 78% el sitio de la recaída era distinto al lugar de la estricturoplastia.

La tasa de reoperaciones por recurrencia de la enfermedad fue similar con o sin resección asociada, 27% y 31% respectivamente.

En la forma colónica con afectación total (pancolitis) que se asocia a severo compromiso perianal o incontinencia grave la opción indicada sería la proctocolectomía total con ileostomía definitiva.

La proctectomía debe efectuarse dentro de la fascia propia del recto (respetando la inervación autonómica) evitando así los trastornos urogenitales llegando al plano interesfintérico.

Algunos autores respetan ambos esfínteres realizando mucosectomía y otros solo el externo para cerrar luego en forma primaria el lecho perineal.

La complicación tardía más frecuente es la persistencia de lecho perianal en el 25% al 30% de los casos.

En los casos de colitis aguda tóxica, megacolon tóxico, severo compromiso perianal o sepsis, mal estado general o en los casos que exista duda diagnóstica con la rectocolitis ulcerosa, la indicación es la colectomía subtotal con ileostomía y abocamiento colónico suprapúbico (colon cerrado o abierto en espacio suprapúbico).

En el caso de duda diagnóstica el estudio histológico de toda la pieza puede permitir un diagnóstico más preciso y evitar errores de táctica.

La colectomía total con ileorrectoanastomosis puede plantearse en casos donde el recto está sano y distensible, con escasa o nula afectación perianal y buena continencia.

Para lesiones colónicas segmentarias, sin embargo, está indicada una resección segmentaria del segmento afectado con anastomosis primaria (si es posible).

Si bien esta operación tiene un índice de recidivas más alto es una intervención segura, retrasa la posibilidad de un ostomía permanente, tiene un resultado funcional superior (tener en cuenta en pacientes añosos o con resecciones intestinales previas o simultáneas) y además en el seguimiento luego de 10 años se comprobó que aproximadamente el 60% conservaban su continuidad intestinal.

Afectación perianal de la enfermedad de Crohn

La frecuencia de lesiones perianales de la enfermedad de Crohn varía en la literatura entre el 20% y el 80% y esto se debe al diferente criterio de inclusión utilizado.

Hay grupos que al incluir plicomas edematosos y hemorroides como manifestaciones perianales tienen un porcentaje mayor, mientras que un criterio más restrictivo incluyendo sólo: fístulas, fisuras, abscesos, estenosis y úlceras debería ser el correcto.

Las manifestaciones perianales se asocian más frecuentemente con enfermedad colónica (54% de los casos) que con lesión de intestino delgado (14%).

En 2/3 de los casos están precedidas por la afectación intestinal y en 1/3 preceden a la lesión intestinal que se presenta generalmente entre 1 y 5 años posteriores.

En casos excepcionales (4%) la manifestación perianal es la única forma de presentación de la enfermedad de Crohn.

La asociación con enfermedad rectal tiene un alto riesgo de proctectomía.

Principios generales del tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn perianal

- El tratamiento en general debe ser conservador.
- Siempre debe tenerse en cuenta y evaluar la continencia.
- Es indispensable el tratamiento, ya sea médico o quirúrgico, de la afectación intestinal ya que esto influencia de manera esencial el resultado del tratamiento de la lesión perianal.
- La desfuncionalización no modifica la evolución de la enfermedad perianal sino que alivia o mejora los síntomas locales.

Táctica quirúrgica en la enfermedad perianal

Plicomas y hemorroides: cuando provocan síntomas generalmente responden bien al tratamiento médico y debe evitarse su tratamiento quirúrgico debido a la alta incidencia de lechos quirúrgicos que no cicatrizan y generan, como consecuencia, supuración e irritación aún más molesta que la sintomatología que originó la cirugía.

La irritación o inflamación perianal no debe ser causa de indicación quirúrgica ya que la misma, en general, se produce por la diarrea o mucorrea que genera la afectación intestinal o rectal y su tratamiento mejora los síntomas anales.

El tratamiento quirúrgico de las hemorroides y plicomas incrementa el riesgo de proctectomía en un 30%.

Absceso perianal: como en una colección supurada de otro origen el drenaje amplio del mismo es la indicación precisa y si es posible la incisión debe efectuarse lo más cercana al margen anal evitando trayectos fistulosos consecutivos muy largos.

Otra posibilidad es agregar al drenaje la canulación de la fístula y colocación de un sedal no cortante, a manera de drenaje continuo, y así evitar la recidiva del absceso.

Con esta táctica algunos autores señalan menor recurrencia y menor riesgo de proctectomía consecutiva.

También el uso de metronidazol asociado al drenaje mostró menor riesgo de proctectomía.

Fístulas: representan un verdadero desafío en la enfermedad de Crohn.

En el caso de fístulas bajas: interesfintéricas o transesfintéricas bajas el tratamiento médico asociado a la fistulotomía tiene un porcentaje de éxito del 80%.

En las fístulas con compromiso esfintérico mayor de 1/3 puede emplearse la colocación de un sedal no cortante (como drenaje) o tácticas más audaces como la utilización de flap localizado de avance rectal, para la oclusión del orificio interno fistuloso en aquellos casos donde no hay afectación rectal, estenosis o úlceras anales o sepsis.

En el caso de afectación anal severa con estenosis o úlceras se ha utilizado un colgajo de avance circunferencial rectal asociado o no a ostomía de protección con éxito de hasta el 70%.

En el caso de la fístula rectovaginal, que ocurre en aproximadamente el 5%-10% de las mujeres con enfermedad de Crohn, también se ha usado el flap o colgajo rectal (en pacientes sin afectación rectal) o se ha intentado un colgajo por vía vaginal.

Las tasas de éxito publicadas con los colgajos de avance llegan al 68%.

La utilización de ostomías de protección en los colgajos de avance está influenciada por la experiencia del cirujano, la dificultad operatoria, reoperaciones o estado nutricional.

Fisura: generalmente son múltiples, excéntricas y no suelen ser muy dolorosas.

En caso de dolor intenso debe pesquisarse siempre la presencia de un absceso subyacente.

Responde al tratamiento médico en más del 50% de los casos, por lo cual la mayoría de los autores aconsejan tratamiento conservador.

En la experiencia de la Clínica Lahey el tratamiento quirúrgico fue exitoso en el 88% y se manifiestan a favor de esta conducta ya que la persistencia de una fisura acarrea el riesgo de absceso y fístula posterior en 26% de los casos y aumento en consecuencia del riesgo de proctectomía y ostomía permanente.

Estenosis anal: son más frecuentes en pacientes con proctitis y se ubican generalmente a la altura del anillo anorrectal. Se aconseja dilatación y agresivo tratamiento médico. Tienen un riesgo de proctectomía del 43%.

Conclusión:

La enfermedad de Crohn es sumamente heterogénea y compleja y no existe tratamiento médico ni quirúrgico curativo.

La aparición de drogas nuevas como el infliximab(anti TNF) puede cambiar la indicación quirúrgica y la táctica.

La planificación de la cirugía debe ser cuidadosa y dirigida a mejorar la calidad de vida de los pacientes, manteniendo la función y evitando la ostomía permanente.