

Colitis ulcerosa de Crohn. Colectomía. Ileostomía. Ileosigmoidostomía

Evaluación evolutiva

Dres. Horacio Gutiérrez Galiana, Luis Falconi,
Horacio Gutiérrez Blanco y Luis Praderi

Los autores describen observación excepcional de Colitis de Crohn segmentaria del ángulo izquierdo y sus ramas; fistula del sigmoide al psoas, simulando artritis coxofemoral.

Se realiza colectomía parcial e ileostomía (Brooke). 4 años después anastomosis ileosigmoidea. Han pasado 2 años y medio del restablecimiento del tránsito intestinal y la paciente sigue bien.

Se hacen consideraciones sobre las posibilidades de este tipo de intervención.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Crohn disease / Surgery.

INTRODUCCION

Hasta hace pocos años el diagnóstico de Colitis Ulcerosa Crónica (C.U.C.) era relativamente frecuente, basado en la clínica, radiología, endoscopia y anatomía patológica. Actualmente el mejor conocimiento de la patología de la Enfermedad de Crohn (E.C.) ha significado, en muchos casos, la discusión del referido diagnóstico.

La E.C. (2) que durante mucho tiempo se consideraba exclusiva del intestino delgado, en 1964 en el Panel de Filadelfia, coordinado por Bockus (1), se llega a la conclusión que también puede afectar el colon desde el ano hasta el ciego. Este criterio es aceptado universalmente y en los años siguientes aparecen numerosos trabajos, destacándose los de Lockhart-Mummery y Morson (14) que clasifican la topografía ano-recto-colon en 3 formas: a) ano-rectal; b) con estenosis, y c) difusas o colitis de Crohn. Estas formas difusas también llamadas colitis granulomatosas, son las que se confunden con las clásicas C.U.C.

Destacamos el VI Congreso Mundial de Gastroenterología, realizado en Copenhagen, en ju-

Servicio de Gastroenterología (Prof. Agreg. H. Gutiérrez Blanco). Hospital Maciel y Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi). Hospital de Clínicas. Montevideo.

nio de 1970 (3), presidido por Truelowe, donde se extraen positivas conclusiones en el diagnóstico diferencial de la C.U.C. y C. de Crohn.

Ese mismo año, 1970, Schlicke, Logan e Hill (19), revisan 165 casos de C.U.C. de los cuales a 62 se practica colectomía. De los 62, en 39 (63 %), se comprobó por la histopatología que se trataba de C. de C., mientras que en 23 (37 %) eran C.U.C.

Posteriormente en el XIII Congreso Panamericano de Gastroenterología de Buenos Aires, 1973, Jerowe Waye (4) (del Mount Sinai Hospital), menciona que en 200 casos estudiados por colonofibroscopia, el 60 % eran C.U.C. y el 40 % C. de C. Actualmente hay un criterio generalizado en aceptar que muchas C.U.C. en su posterior revisión resultaron ser C. de C.

En el Uruguay el primer trabajo publicado fue el de Puig, Cassinelli, Reissenweber, Otero, Asiner y Balboa (17) en 1970. Posteriormente *hay otros que se citan en la bibliografía.*

Presentamos una observación que durante muchos años fue catalogada como C.U.C. y que por las razones que mencionaremos se trata de una auténtica C. de C.

PRESENTACION CLINICA

M.T.L. Mujer de 15 años (1970); a los 13 años operada por fistula anal cutáneomucosa; un año después absceso anal, incidido. Desde hace 2 años, numerosas aftas de mucosa bucal y anal recidivantes; eritema nudoso de miembros inferiores que desaparecen con prednisona y reaparecen al suspenderla. Diarrea persistente, a veces con discreta sangre roja.

Rectoscopia: Discretas erosiones. En enero de 1971 internada por fiebre y diarrea profusa sanguinolenta; estado lipotímico; desnutrición; esplenomegalia; aftas; eritema nudoso.

Rectoscopia: Llama la atención, para la intensidad del cuadro clínico, las escasas erosiones, sobre mucosa congestiva y edematosa.

Ra. de colon por enema opaco (fig. 1): Recto y sigmoide sin alteraciones, en parte alta de colon des-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 22 de octubre de 1980.

Postgrado de Cirugía y Gastroenterología, Anátomo Patólogo del Hospital Italiano, Profesor Agregado de Gastroenterología y Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Javier Barrios Amorin 1440, Montevideo (Dr. H. Gutiérrez Galiana).

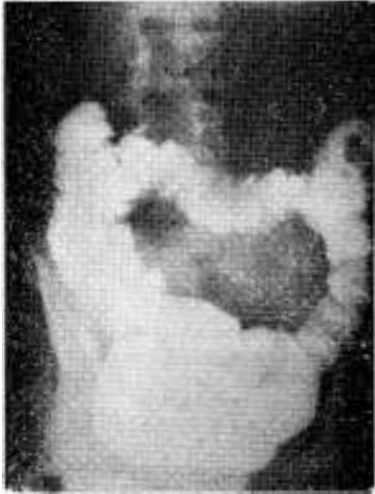


FIG. 1.— Colon por enema. Recto y sigmoides sin alteraciones; en parte alta de colon descendente, ángulo y sector izquierdo del transverso, se observan ulceraciones en doble contorno, pérdida de las haustras e imagen en empedrado.

pendente, ángulo y sector izquierdo del transverso, se observan ulceraciones en doble contorno, pérdida de las haustras e imagen en empedrado. Hay gran desproporción entre la mucosa rectosigmoidea muy poco alterada y las gruesas lesiones de parte alta del colon izquierdo. Estuvo 20 días internada, evolucionando bien con prednisona, antibióticos y transfusiones.

Los años 1971 y 72 pasa relativamente bien, con discretas diarreas, aftas y bartholinitis, dos veces drenada quirúrgicamente. En marzo de 1973, la diarrea es febril y con dolor persistente en articulación coxofemoral izq. que imposibilita la extensión y flexión del miembro inferior izq. Esta situación motiva consulta con reumatólogo quien después de radiografía de la articulación coxofemoral, llega a la conclusión de artritis en relación con la C.U.C. Es tratada con corticoides, antibióticos, analgésicos, etc., sin modificaciones durante 7 meses. Se realiza *Rectoscopia*, sin comprobar ninguna alteración; la mucosa no sangra al frotarla con la torunda de algodón.

Ra. de colon por enema (julio 1973): Aparentemente normal; el recto-sigmoides está bien distendido, sin observarse las lesiones del ángulo izq. de hace 2 años; veremos luego lo que se observó posteriormente. 2 meses después (13 set. 1973) aparece tumefacción roja, caliente y dolorosa en la piel de fosa iliaca izquierda, que se abre espontáneamente y al presionarla dreña aire a presión, pus espeso y días después, heces. Se vuelven a observar las radiografías supuestas normales de dos meses ante, comprobándose fuga de bario y gran burbuja de aire por fuera del sigmoides (figs. 2 y 3).

Los Dres. Luis Praderi y W. García, realizan operación de drenaje y al decolar los planos se comprueba que el absceso es subperitoneal, del espacio de Bogros Buena evolución con cierre espontáneo del trayecto fistuloso. La "seudoartritis" desapareció completamente, comenzando a caminar normalmente.

La paciente pasa un año prácticamente bien, con heces pastosas; continúan las aftas y el eritema nudoso. En setiembre de 1974 reaparece la "artritis coxofemo-

ral", drenando espontáneamente por la incisión aire, heces y pus.

Operación (10 de octubre, 1974): Dres. L. Praderi y W. García. *Ileostomía a la Brooke con colectomía hasta el sigmoide*; la parte alta del sigmoide está fistulizada y pegada al psoas; se libera la fistula del psoas reseccándose esa parte del sigmoide con el colon. El sigmoide distal en el lugar de la sección está sano y se deja subperitoneal. La evolución fue muy buena dándose de alta a los 12 días, caminando normalmente.

Anatomía Patológica (Dr. L. Falconi). — Abierta la pieza de colectomía, se observa que el sigmoides en el lugar de la incisión está sano; las lesiones son segmentarias predominando en parte alta del colon descendente, ángulo y sector izq. del transverso; la parte derecha del transverso, ascendente, ciego e íleon son normales. La zona patológica muestra mucosa levantada como empedrado o caparazón de tortuga; áreas seudopoliposas; ulceraciones longitudinales; fibrosis de la pared en esos sectores.

Microscopía. — Lesiones ulceradas que presentan un fondo constituido por exudados leucocitarios y restos necróticos. Fibrosis intensa del corion y parte de



FIG. 2.— Colon por enema. Se observa fuga de aire y bario por fuera del sigmoides.



FIG. 3.— Colon por enema (evacuación). Se observa fuga de bario por fuera del sigmoides.

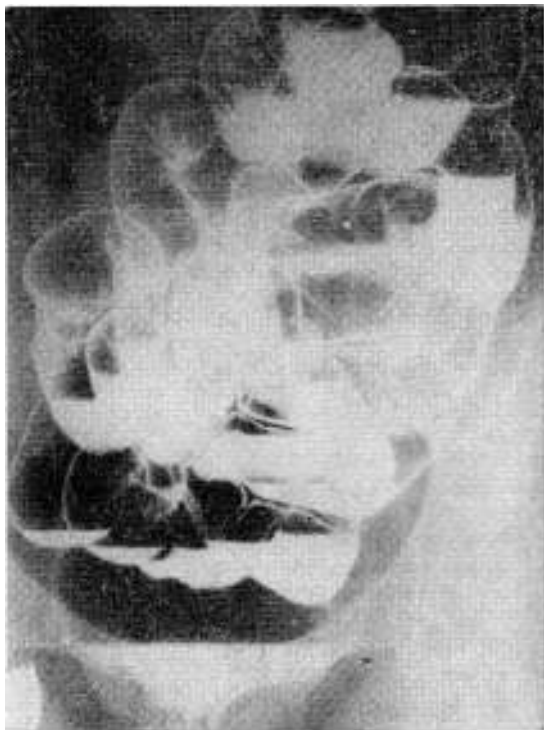


FIG. 4.— Anastomosis ileosigmoidea. La ampolla rectal y sigmoidea se distienden bien con flexibilidad conservada. La zona de anastomosis es normal, lo mismo que las asas ileales.

la capa muscular. La mucosa vecina presenta un epitelio con hipersecreción mucinosa, con edema del corion e hipertrofia pseudopoliposa. Microabscesos subepiteliales. La zona de resección pasa por tejido sano. Si bien no se encuentran granulomas tuberculoideos típicos, la presencia de grandes dilataciones linfáticas y el gran espesamiento y fibrosis de la submucosa, permiten hacer el diagnóstico de colitis de Crohn.

Evolución. — Durante 4 años es asiduamente controlada, comprobando que el funcionamiento y manejo de la ileostomía es normal, con dos o tres deposiciones por día. La adaptación psicológica a la ileostomía ha sido excelente y para saber hasta qué grado la tolera, en varias oportunidades le proponemos la restitución del tránsito, que no acepta, pues se encuentra bien así como está. Esta paciente ha significado una ayuda invaluable, para convencer a otros enfermos a aceptar la ileostomía; en 4 casos su colaboración fue decisiva. El tratamiento médico del cabo anorrectal residual es muy importante. Indicamos microenemas diarios de suero fisiológico y masajes digitales con corticoides del canal anal, así como ejercicios de contracción del aparato esfinteriano anal. Esta paciente, que tiene buena cultura universitaria y ha culminado una carrera, trabaja normalmente. Factores sentimentales, deseos de contraer matrimonio, hacen cambiar su posición psicológica; ahora es ella la que desea la restauración del tránsito intestinal. Durante un año dialogamos con ella; le hacemos ver los riesgos de recidiva en la anastomosis y la posibilidad de tener que volver a la ileostomía. Serenamente escucha los

planteamientos, pero hace énfasis en sus deseos de restablecimiento del tránsito intestinal.

Operación (19 setiembre 1978): Dres. L. Praderi y W. García. *Ileosigmoidostomía*: en la operación se comprueba que los cabos ileal y sigmoideos están sanos; no hay mesenteritis ni adenomegalias. Buena evolución.

Estado actual (22 octubre 1980): Han pasado más de 2 años del restablecimiento del tránsito y la paciente, que tiene actualmente 25 años, se encuentra en óptimas condiciones, trabajando normalmente. De vez en vez alguna crisis de diarrea que se resuelve fácilmente.

En agosto de 1980, se practicó estudio *radiológico de rectosigmoideos-ileon* (fig. 4) que no muestra alteraciones. La ampolla rectal y sigmoidea se distienden bien con flexibilidad normal; la zona de anastomosis es normal, lo mismo que las asas ileales. Periódicamente se realizan controles endoscópicos y biópsicos de la mucosa rectal, que no presenta alteraciones.

Le damos mucha importancia al control médico del canal anal y aparato esfinteriano, con los masajes digitales de la propia paciente y los ejercicios de contracción del aparato esfinteriano.

COMENTARIO

Se presenta una observación excepcional de Colitis de Crohn. El diagnóstico se basó en lo siguiente:

a) *Clínicamente*, el antecedente de *fístula y absceso anal* a los 13 años de edad. Predominio de *diarrea* y raramente discretas *rectorragias*. Esto es debido a que la afección es parietal, intramural, en profundidad y recién en las etapas más avanzadas invade la mucosa provocando la hemorragia. *Fístula del sigmoideas* al psoas con absceso del Bogros, drenando espontáneamente a la piel de F.I. Izq. Este tipo de fístula es bien característico; comienzan como fisuras lineales, transversales, que atraviesan todas las capas del intestino, llegando a la serosa e invadiendo los planos vecinos; en este caso al psoas y piel.

b) *Endoscópicamente*, la mucosa rectosigmoidea prácticamente está sana. En la clásica C.U.C. las lesiones comienzan siempre por la mucosa rectosigmoidea, que presentan puntillado hemorrágico difuso.

En la C. de C. las lesiones son al comienzo del espesor de la pared, más que de mucosa; además son sectoriales, salpican sectores del intestino, dejando entre sí, zonas sanas.

c) *Radiológicamente*, las lesiones son segmentarias del ángulo izquierdo y sus ramas, con ulceraciones transversales y longitudinales e imagen en empedrado.

d) *Quirúrgicamente*, se confirman las lesiones segmentarias del sector izquierdo del colon, con fístula transversal al psoas y piel; se corrobora la indemnidad del sector derecho del colon y fundamentalmente de la parte distal del sigmoideos y recto.

e) *Anatomía Patológica*: a) *Macroscópicamente*, las lesiones son segmentarias en el referido sector izquierdo del colon con imagen de empedrado y ulceraciones longitudinales y transversales; b) *microscópicamente*, hay en-

grosamiento y fibrosis de la submucosa con dilataciones linfáticas. Los granulomas tuberculoides (o sarcoideos) sin caseosis, tan característicos de la E.C., no fueron encontrados en este caso. Su presencia no es impredecible; en las mejores estadísticas se encuentran el 50 al 75 % de los casos; constituyen reacción mesenquimatosa y en aquellos casos que son tratados intensamente con corticoides, como en nuestro caso, hay inhibición y desaparición de estos granulomas. El criterio que impera actualmente es que la falta de granulomas tuberculoides no invalida el diagnóstico; tal es así que los autores están de acuerdo en sustituir la anterior denominación de Colitis granulomatosa por Colitis de Crohn.

Si bien con rigurosidad científica, es el anatomopatólogo el que debe afirmar el diagnóstico de C. de C., a veces como en este caso, la clínica, endoscopia y radiología, pueden plantear el diagnóstico. La fístula transversal, transtumoral pegada al psoas y a piel, así como la indemnidad de la ampolla rectal y sigmoides y la topografía segmentaria de las lesiones, son suficientes para el diagnóstico de C. de C. Por supuesto, el anatomopatólogo confirma el diagnóstico, al demostrar fisuras transversales, dilataciones linfáticas, acúmulos linfocitos, fibrosis de la pared y las ulceraciones longitudinales y transversales que configuran la imagen de empedrado.

El problema de las recidivas

Es bien sabido que la E.C. después de la resección, recidiva en altos porcentajes, en la anastomosis o en sectores alejados. Es la característica cruel, desalentadora, que detiene la mano del cirujano, que resuelve operar forzado por las complicaciones.

Marshak y Lindner (18) (1976) en más de 1.500 estudios radiológicos de E.C., insisten que en los operados la recidiva aparece en el 50 % dentro de los 2 años, aunque a veces a más largo plazo. En la estadística de 60 casos que presentamos en la *Mesa Redonda sobre E.C. (Jornadas Rioplatenses de Proctología. Montevideo, Mayo 1978)* (8), se conoce la evolución de 53 casos con recidiva en 16 o sea 30 %. Analizando estos porcentajes por topografía, han dado: 14 de íleon con recidiva en 7 o sea 50 %; 5 ileocólicas con recidiva en 3 o sea 60 %; 34 ano-rectocólicas con recidiva en 6 o sea 17 %.

Estas cifras coinciden con otras extranjeras, que señalan la mayor incidencia en las topografías ileocólicas (60 %), ileales (50 %) y anorrectales (17 %).

Criterio seguido en la indicación quirúrgica de esta paciente

Tratándose de una paciente muy joven, 15 años al comienzo de la enfermedad, se insistió con el tratamiento médico, al diagnosticarse C.U.C. difusa parcial; las formas difusas totales hasta el ciego son poco frecuentes.

4 años después (a los 19 años de edad), aparece la fístula sigmoides - psoas, severa complicación que cambia la conducta terapéutica; si bien se planteó la colectomía total o parcial, por la edad, se resolvió realizar drenaje quirúrgico y esperar. Evolucionó bien un año y luego nueva recidiva de la fístula abscedada, que nos estaba demostrando la evolutividad dinámica de la afección.

DISCUSION

La colectomía estaba rigurosamente indicada. ¿Qué hacer? ¿Proctocolectomía total con ileostomía definitiva? ¿Colectomía parcial con anastomosis? ¿Colectomía parcial con ileostomía? En una auténtica C.U.C., cuando se llega a la operación (20 % de los casos), la gran mayoría de los autores realizan Proctocolectomía total con ileostomía definitiva, o bien algunos colectomía total con descenso del íleon al canal anal o anastomosado a la ampolla rectal según el grado lesional.

En este caso, si bien se tenía la presunción diagnóstica de C. de Crohn, se planteaba una duda conceptual que todavía no está resuelta: ¿ambos procesos (C.U.C. y C. de C.) son entidades nosológicas distintas, o bien son variedades de una misma enfermedad? Hemos escuchado opiniones de anatomopatólogos distinguidos, que plantean la duda de si la Colitis granulomatosa pueden ser formas de respuestas del intestino. Aceptamos en muchos casos que del punto de vista clínico es útil diferenciar ambas entidades, pero en otros casos no podemos hacer una separación demasiado rígida, ya que en última instancia, las diferentes variedades de colitis pueden representar tan solo una diferencia en la respuesta del huésped.

Por lo tanto se fue a la operación con ese diagnóstico de C.U.C. atípica, presumible C. de Crohn complicada, en mujer de 19 años. Al comprobar rectosigmoides sano, se incidió dejándose subperitoneal. También estaba indemne el colon transversal derecho, hasta ciego e íleon terminal inclusive; se planteó la colostomía del transversal derecho con posterior anastomosis cólosigmoidea, pero temiéndose la recidiva en la anastomosis o bien en el colon derecho o íleon terminal, se practicó colectomía subtotal con ileostomía a la Brooke. Hemos comprobado que la incidencia de recidivas está en relación con la extensión longitudinal de las lesiones intestinales; así en las formas estenosantes, seudoneoplásicas, la resección con anastomosis, no se acompañaron de recidivas. En cambio, en los 8 casos de C. de Crohn difusas (aparentes C.U.C.), 4 fallecieron por complicaciones quirúrgicas y en 3 que se practicó anastomosis, recidivaron en el cabo proximal de la anastomosis.

Recordamos el caso de mujer de 34 años (1978), con diagnóstico de C.U.C. y tumor inflamatorio de F.I. Izq. e hipogastrio; es operada en 1978 por el Dr. J. Priario, realizando colectomía parcial con cabo rectal subperitoneal y colostomía izq. Pasa bien 1 ½ año

y le practica anastomosis colonorrectal. Bien 4 meses, apareciendo 3 fistulas perianales y luego 2 fistulas abdominales: una es la reapertura de la cecostomía de seguridad; la otra en parte baja de F. I. Izq. que drena heces y gases, comunicando con el recto a nivel de la anastomosis que se estenosa y obliga a colostomía transversa derecha, que todavía se mantiene.

Todas estas consideraciones fueron las que nos llevaron a plantear la colectomía con ileostomía. La extensión del colon afectado era de 60 cms. Se aconsejó la anastomosis ileosigmoidea después de 4 años de buena evolución, sin ningún elemento de reactivación de la enfermedad, siendo el control endoscópico y biopsico de la mucosa rectal normal. En la operación de anastomosis no se comprobó indicios de actividad, como ser mesenteritis esclerolipomatosa ni adenomegalias.

Lleva más de 2 años bien y el tiempo dirá la última palabra, aunque somos optimistas.

RESUME

Colite ulcereuse de Crohn. Colectomie. Ileostomie. Ileosigmoidostomie et evaluation evolutive

Les auteurs décrivent une observation exceptionnelle de colite de Crohn segmentaire de l'angle gauche du colon et fistule du sigmoide au psoas, qui simule une arthrite coxofémorale.

On réalise une colectomie partielle et une iléostomie, et quatre ans plus tard, une anastomose iléo-sigmoidienne. Deux ans et demis après le rétablissement du transit intestinal, la malade continue bien.

On considère les possibilités de ce type d'intervention.

SUMMARY

Crohn's Ulcerative Colitis. Colectomy. Ileostomy. Ileosigmoidostomy. Evolutive Evaluation

Report of an exceptional case of segmentary Crohn's Colitis, in left angle and its branches; fistula of sigmoid at psoas, simulating coxofemoral arthritis.

A partial colectomy and ileostomy is performed (Brooke). 4 years later the patient undergoes ileosigmoid anastomosis. Now 2 and a half years have

elapsed since transit of intestine was restored and the patient is well.

There follows a discussion on the possibilities of this type of surgery.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BOCKUS H, MORSON B, MARSHAK, BARGEN A, BROOKE B, MARSHALL S, CROHN B. Regional enterocolitis (Panel discussion). *Dis Colon Rectum*, 8: 1, 1965.
2. CROHN B, GINZBERG L y OPPENHEIMER G. Regional ileitis: a pathologic and clinical entity. *J.A.M.A.*, 99: 923, 1932.
3. Congreso Mundial de Gastroenterología de Copenhagen, 49. O.M.G.E. Boletín, 14 oct. 1970.
4. Congreso Panamericano de Gastroenterología, 13º. Buenos Aires. Set. 1973.
5. GALARRAGA J, ARIAS J y DE LOS SANTOS J. Forma pseudotumoral de la Enfermedad de Crohn. *Cir Uruguay*, 45: 384, 1975.
6. GUTIERREZ BLANCO H, GUTIERREZ GALIANA H, TAULLARD D. Colitis de Crohn o Colitis Granulomatosa (presentación de 26 casos). *Prensa Méd Argent*, 62: 324, 1975.
7. GUTIERREZ BLANCO H, GUTIERREZ GALIANA H. Formas tumorales de la Enf. de Crohn de colon. *Prensa Méd Argent*, 63: 411, 1976.
8. GUTIERREZ BLANCO H, GUTIERREZ GALIANA H. Mesa Redonda de Enf. de Crohn. Jornadas Rioplatenses de Proctología. Montevideo, 1978.
9. GUTIERREZ BLANCO H, GUTIERREZ GALIANA H. Enfermedad de Crohn de la región ano-rectal (a propósito de 10 observaciones). *Prensa Méd Urug*, 3: 27, 1980.
10. GUTIERREZ BLANCO H, GUTIERREZ GALIANA H, CASTIGLIONI D. Enfermedad de Crohn ileal. Enteritis regional crónica con panfistulosis visceral y cutánea. *Prensa Méd Argent*, 67: 564, 1980.
11. GUTIERREZ GALIANA H. Aspectos quirúrgicos de la Enfermedad de Crohn. Monografía Post-grado de Cirugía. Facultad de Medicina. Montevideo, 1978 (Inédita).
12. GUTIERREZ GALIANA H. Formas Clínicas de la Enfermedad de Crohn. Monografía Post-grado en Gastroenterología. Facultad de Medicina. Montevideo, 1980 (Inédita).
13. GOLIGHER JC. Symposium Crohn's Disease. *Dis Colon Recto*, 18: 191, 1975.
14. LOCKHART-MUMMERY HE and MORSON BC. Crohn's Disease (regional enteritis) of the large intestine and its distinction from ulcerative colitis. *Gut*, 10: 87, 1979.
15. LORENZO Y LOSADA H, PERI L, KAUFMANN P, GRUNWALD ER y MUÑOZ C. Enfermedades de Crohn. *Cir Uruguay*, 46: 190, 1976.
16. POLLERO HJ. Enteritis regional (Enfermedad de Crohn). *Cir Uruguay*, 41: 456, 1971.
17. PUIG R, CASSINELLI JF, REISSENWEBER NJ, OTERO JP, ASINER B, BALBOA O. Iletis y colitis granulomatosa. Sesión conjunta de la Soc. de Cir. y Anat. Patológ. 26 de Oct. 1970.
18. MARSHAK R and LINDNER A. Roentgen features of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol*, 6: 411, 1972.
19. SCHILCKE, LOGAN e HILL JH. Colitis granulomatosa. *Bull Soc Internat Chir*, 29: 69, 1970.