

# CIRUGÍA DE LA COLITIS ULCEROSA

## ¿Qué es la colitis ulcerosa?

La colitis ulcerosa es una **inflamación** de la capa interna (mucosa) del colon y recto, de **causa desconocida**. Suele presentarse en **adultos jóvenes** y produce hemorragia rectal, diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso y fiebre. Ocasionalmente puede afectar a otros órganos como el hígado, piel, ojos, o articulaciones, produciendo inflamación en ellos. Suele desarrollarse como **crisis o brotes inflamatorios** de más o menos gravedad y que afectan a diferente cantidad de colon o recto, con períodos de cierta estabilidad entre ellos. Además, los pacientes con colitis ulcerosa extensa y de muchos años de evolución, tienen **riesgo aumentado de padecer cáncer de colon**.

## ¿Cómo se trata?

El tratamiento inicial es médico. Incluye el uso de antiinflamatorios como prednisona y el 5-ASA y en ocasiones antibióticos. La prednisona (corticoide) tiene muchos efectos secundarios y por tanto se intenta reducir o eliminar cuando es posible. Los brotes de enfermedad requieren un tratamiento más potente con ingreso hospitalario, uso de medicaciones especiales como los inmunosupresores, o los denominados tratamientos biológicos, y nutrición artificial para dejar en reposo el intestino. Trabajamos en colaboración con gastroenterólogos expertos para la orientación del tratamiento médico.

## ¿Cuándo se precisa la cirugía?

La intervención puede indicarse de urgencia, ante **complicaciones** que ponen en peligro la vida, como hemorragia masiva, perforación o dilatación del colon. También se precisa en los que padecen una **forma crónica** de la enfermedad si fracasa un tratamiento médico correcto y presentan brotes frecuentes o severos o bien tienen efectos secundarios graves derivados del uso de corticoides. Otra indicación es la existencia de **cáncer**, alteraciones pre-malignas (displasia) asociadas a la colitis ulcerosa, o el tener alto riesgo de padecerlas. Se estima que 20-25% de pacientes precisarán intervención.

## ¿De qué operaciones disponemos?

El estandar clásico ha sido la extirpación de todo el intestino grueso, incluyendo recto y ano. Esta intervención se denomina **procto-colectomía** y puede efectuarse en una o varias fases. Su ventaja es la curación de la enfermedad intestinal y evitar el riesgo de cáncer. Sin embargo es necesario realizar un ano artificial o estoma en el abdomen con el intestino delgado, denominado **ileostomía**, que precisa el uso de bolsas para recoger las heces líquidas. Hoy en día aún puede ser una buena opción en ciertos sujetos aunque sus posibles (aunque poco frecuentes) complicaciones son básicamente las secundarias a la extirpación del recto como alteraciones de la potencia sexual o eyaculación en los hombres, y urinarias en ambos sexos, debido a la vecindad existente entre el recto y los nervios que rigen estas funciones, así como las generales tras intervenciones abdominales, como infección o dificultad de cicatrización de la herida, obstrucción intestinal, neumonía, etc.

Algunos pacientes pueden ser tratados extirpando el colon, pero dejando una porción del recto y el ano si estos no están muy afectados. Así, puede suturarse el intestino delgado al recto (**anastomosis ileo-rectal**), manteniendo la continencia anal. Se evita una ileostomía pero los riesgos son las inflamaciones rectales repetidas y la posibilidad -escasa- de cáncer de recto. Esta intervención no puede completarse de urgencia

(en esos casos hay que hacerla en dos tiempos), y en la primera intervención debe dejarse una ileostomía durante unos meses hasta que el paciente esté restablecido. El número de deposiciones previsible será de 2 a 4 al día. Las complicaciones son similares a las comentadas añadiendo la posibilidad de fallo de la anastomosis o sutura del intestino, que puede obligar a una reintervención.

La última alternativa de tratamiento es la denominada **proctocolectomía total y anastomosis ileoanal con reservorio**. Consiste en extirpar todo el colon y recto pero **dejando el ano con sus esfínteres**. El recto es reemplazado por intestino delgado formando una especie de saco o reservorio que permite acumular las heces. Debe asociarse una ileostomía pero sólo durante un período de algunos meses. El reservorio ayuda a reducir la frecuencia de las deposiciones, que se producen por la ruta natural, y aún así los pacientes evacúan de 4 a 8 veces al día. Se trata de una operación compleja, que puede presentar complicaciones inmediatas o tardías (en 15% de casos hay que extirpar el reservorio y dejar una ileostomía definitiva). Requiere una valoración previa de la función del ano y esfínteres, y controles postoperatorios.

En el *Centro Europeo de Cirugía Colorrectal* tenemos **amplia experiencia** en el manejo de pacientes con colitis ulcerosa, y en particular con las **técnicas más novedosas** (anastomosis ileoanal con reservorio), incluso empleando cirugía mínimamente invasiva (**laparoscopia**), lo que ha hecho no solo que actuemos de referentes ante casos complejos remitidos desde otros centros, sino que también hayamos investigado estos procesos y tengamos publicaciones científicas propias sobre ellos.

### ¿La cirugía es curativa de la enfermedad?

Es importante reconocer que ninguna alternativa convierte en normal al paciente. Todas tienen ventajas y desventajas que hay que valorar para decidir la opción adecuada, que será la que ofrezca mejores resultados en cada caso concreto. Tomamos la decisión tras discutir los pros y contras con cada paciente. Dado que la colitis ulcerosa es una enfermedad de causa desconocida y que puede afectar diferentes órganos, hay que hacer constar que no todas las manifestaciones de la misma curarán necesariamente tras la extirpación del colon y recto, aunque la mayor parte de ellas lo hagan. Sin embargo, generalmente tras la cirugía se obtiene una buena calidad de vida.

Si tiene inquietudes sobre la posible indicación de la cirugía o la mejor opción quirúrgica en su caso, no dude en consultarnos.