

Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII)

- Dos tipos: Colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn.
- Condiciones inflamatorias autoinmunes, crónicas y recurrentes.
- Factores: Genética, inmunidad, microbioma, uso de antibióticos, AINEs, tabaquismo, dieta proinflamatoria.
- Más prevalente en los polos del planeta.
- "Después de la pandemia ha habido más enfermedades inflamatorias"

Incidencia y Prevalencia

- Colitis ulcerativa tiene mayor incidencia y prevalencia que la enfermedad de Crohn. • Mayor incidencia en países no industrializados.
- Estudio en Panamá (1999): Colitis ulcerativa 1.2 por 100,000 habitantes, sin enfermedad de Crohn reportada.

Colitis Ulcerativa vs. Enfermedad de Crohn

- Colitis Ulcerativa:
 - Afecta mucosa y submucosa.
 - Respeta ano e intestino delgado.
 - Inflamación continua y difusa.
 - Mayor inflamación en el recto.
 - Comportamiento: De distal a proximal.
- Enfermedad de Crohn:
 - Inflamación por zonas.
 - Zonas sanas intercaladas.
 - Afecta la zona ileocecal, colon y región anorrectal.
 - Fístulas, fisuras atípicas y abscesos.

Diagnóstico de EII

- Clínica, laboratorios, estudios de imagen, endoscopia y biopsia.
- "Muchas veces el diagnóstico de la biopsia no te puede descartar de ambas, puede hacerte pensar que estás ante una enfermedad inflamatoria intestinal."
- Clasificaciones: Montreal y París (edad, localización, tipo de enfermedad).
- Escalas para calcular la severidad.

Índices y clasificaciones en EII

- Harvey Bras: Determina si la enfermedad de Crohn está en remisión o su nivel de actividad (leve, moderado, grave) según puntuación basada en estado general, dolor, número de evacuaciones, masa abdominal, complicaciones y síntomas sistémicos.
- Clasificación de Montreal (colitis ulcerativa): Según severidad (leve, moderado, severo) y extensión (proctitis, colitis izquierda, pancolitis).
- Índice de Truelove y Witts: Evalúa la severidad de la colitis ulcerativa según frecuencia de evacuaciones con sangre por día (menos de 4, 4-6, más de 6), taquicardia (arriba de 90 lpm), temperatura (37.8°C o fiebre), hemoglobina (menos de 10.5 g/dL), VSG (arriba de 30 mm/h) y PCR (arriba de 30 mg/L).
- Índice de Mayo: Clasifica la enfermedad de 0 a 12 puntos para determinar si está en remisión, en respuesta o en recaída.

Evolución del tratamiento de EII

- Inicialmente, se usaban aminosalicilatos (antiinflamatorios).
- Luego, se introdujeron inmunosupresores (mercaptopurina y azatioprina).
- Desde los años 90, se utilizan biológicos.
- "En los últimos años, debido a la mejoría del tratamiento médico, la cirugía ha ido en descenso y la tasa de recesión ha disminuido considerablemente."

Cirugía en enfermedad perianal de Crohn

- Objetivo: Controlar la sepsis, la diarrea y tratar la supuración.
- Cuidados: Higiene perianal, evitar corticoides en exceso y cirugía en pacientes asintomáticos.
- Tratamiento de fístulas:
 - No todas las fístulas requieren cirugía.
 - Si la fístula es por Crohn, tratar el Crohn puede resolverla.
- Evitar cirugía en proctitis.
- En abscesos con proctitis, colocar un setón para drenaje y considerar biológicos.

Abscesos anales

- El tratamiento principal es el drenaje quirúrgico (incisión y drenaje).
- Antibióticos: Se administran en pacientes inmunocomprometidos.
- Fístula vs. Absceso:
 - Absceso: Dolor, eritema, signos de Celso.
 - Fístula: Orificio con secreción blanquecina (moco), sin signos de Celso.

Consideraciones quirúrgicas en Crohn

- La fistulotomía no es la cirugía ideal en pacientes con Crohn debido al riesgo de dañar el esfínter y la alta probabilidad de nuevas fístulas.
- Se prefieren cirugías que no corten el esfínter, como avance de colgajo, ligadura de la fístula o colocación de setón.
- Enfermedad de Crohn perianal no fistulizante: Se manifiesta con fisuras, úlceras o colgajos anales atípicos.

Estomas en Crohn

- En casos severos, puede requerirse un estoma temporal o permanente.
- Proctectomía: Se considera por riesgo de estenosis y Crohn crónico.
- Consideraciones sobre la proctectomía:
 - Puede afectar la fertilidad y la función sexual (nervios de la erección y eyaculación).
- Se reserva para pacientes con paridad satisfecha.

Objetivos del tratamiento del Crohn

- Resolver complicaciones.
- Aliviar síntomas.
- Mejorar la calidad de vida.
- Preservar el intestino.
- Disminuir el tiempo de interrupción del tratamiento médico.

Indicaciones de cirugía en Crohn

- Urgencia: Perforación, abscesos refractarios, sangrado (más común en colitis ulcerativa).
- Electiva: Estenosis fibróticas (dilatación endoscópica o plastias), cáncer o riesgo de cáncer (más común en colitis ulcerativa), intratabilidad (falta de respuesta al tratamiento médico).
- "Sólo se opera cuando está complicado."

Estenoplastias

- Tipos: Heineke-Mikulicz, Finney, Jaboulay, Michelassi.
- Técnica: Incisión longitudinal en la estenosis y cierre transversal para expandir la luz intestinal.
- Se realizan cuando hay múltiples estenosis y la resección intestinal podría causar síndrome de intestino corto.
- La cirugía no cura el Crohn, solo se opera cuando hay complicaciones.

Cáncer y colitis ulcerativa

- La colitis ulcerativa aumenta el riesgo de cáncer de colon tres veces más que en personas sin la enfermedad.
- Intratabilidad: Se considera cuando el paciente no entra en remisión a pesar del tratamiento médico y requiere hospitalizaciones frecuentes.
- Preparación preoperatoria: Mejorar el estado nutricional, optimizar la terapia inmunosupresora, estudios de imagen, marcación del sitio del estoma, profilaxis antibiótica y tromboembólica.

Tipos de Cirugía y Anastomosis

- Anastomosis con S: Nueva técnica en coloproctología que evita la resección.
- Se une proximal y distal a la estrechez, creando un bypass.
- Menor riesgo al no resecar intestino, evitando el síndrome de intestino corto.
- Anastomosis coronensis: El Dr. Félix en Sao Paulo, Brasil, se está entrenando en esta técnica.
- Es algo nuevo de los últimos 5 años.
- Se espera que en 10 años se realicen este tipo de anastomosis.

Urgencias y Estomas

- Escenarios de urgencias: perforación, sangrado, megacolitis.
- Tipos de estomas:
 - Ileostomía (íleon distal).
 - Colostomía (colon).
 - Yeyunostomía (yeyuno).
 - Gastrostomía (estómago).
 - Esofagostomía (esófago).
- En colitis ulcerativa, es preferible dejar el muñón rectal largo para futuras intervenciones en la pelvis.
- En cirugías de urgencia no se entra a la pelvis para evitar complicaciones y adherencias.

Reservorios y Anastomosis

- Reservorio con estoma: Se gasta bastante intestino delgado.
- Tipos de reservorios:
 - Cowpouch.
 - J-Pouch: Requiere 15 cm de intestino.
 - S-Pouch y W-Pouch: Se realizan en países con alta incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal.
- El objetivo del pouch es evitar la diarrea e incontinencia al conectar el intestino delgado directamente al ano.

Colonoscopia y Tratamiento

- Colonoscopia en colitis severa: Se observan ulceraciones con moco y la inflamación del colon.
- Tratamiento: Se toman biopsias para evaluar la remisión histológica.
- Caso clínico: Paciente operada en 2015 por colitis ulcerativa refractaria a tratamiento médico.
- Se realizó colectomía total con ileostomía y muñón rectal cerrado.
- Debido a una fuga en el recto, se tuvo que reoperar.
- Posteriormente, se realizó un reservorio en J.

Procedimiento Quirúrgico J-Pouch

- Se diseca el recto de la vagina para evitar lesiones.
- Se realiza la proctomía con una engrapadora para tejido grueso.
- Se mide 15 cm de intestino delgado para crear el reservorio.
- Se utiliza una engrapadora lineal para unir los segmentos y formar la J.
- Se realiza una prueba con agua para verificar que no haya fugas.
- Se utiliza una engrapadora circular para unir el reservorio al ano.
- Se realiza una prueba con colonoscopia para verificar la anastomosis.
- Se coloca un ileostomía en asa de protección para permitir la cicatrización de la anastomosis.

Manejo Médico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

- Corticoides: Para manejo de urgencias.
- Aminosalicilatos
- Sulfasalazina: Más económica, pero no apta para alérgicos a la sulfa.
- Mesalacina: Mejor, pero más cara. Disponible en supositorios o enemas.
- Corticoides: Prednisona, prednisolona, hidrocortisona, budesonida.
- Inmunosupresores/Inmunomoduladores: Mercaptopurina o azatioprina.
- Biológicos: Se utilizan en casos de colitis severa o Crohn.
- Tratamiento de la proctitis distal: Enemas o supositorios de aminosalicilatos.
- En países de primer mundo, los biológicos son de primera línea.

Consideraciones Finales

- El 70% de los pacientes responden al tratamiento médico.
- La enfermedad inflamatoria es manejada por gastroenterólogos y cirujanos coloproctólogos.
- La cirugía se realiza en casos de complicaciones o falta de respuesta al tratamiento médico.
- La enfermedad inflamatoria va en aumento, pero la cirugía en descenso.
- Se debe sospechar de enfermedad inflamatoria en pacientes jóvenes con diarrea crónica o pérdida de peso inexplicable.
- Laboratorios: Calprotectina fecal (si está por arriba de 100), velocidad de eritrosedimentación elevada, proteína C reactiva, hemoglobina baja.
- "El que me paga la cena a mí, para la cena lo..."

J-Pouch: Tiempos Quirúrgicos y Consideraciones

- Paciente de tres tiempos quirúrgicos diferentes debido a complicaciones iniciales.
- La paciente ya no usa corticoides ni biológicos, solo mesalacina triturada por enema.
- Se considera la reconexión para evitar la ileostomía.

- En países con alta incidencia de J-Pouch, se realiza en un solo tiempo.
- En lugares con baja incidencia, se realiza en múltiples tiempos.

J Pouch y Electomía

- Después de la anastomosis, se realiza una iliotomía proximal al J-Pouch para que la coma salga por endostomía y no afecte al J-Pouch, que tiene un 25% de probabilidad de fuga.
- La cirugía se realiza en tres tiempos, cerrando la electomía en el tercer tiempo para abrir el paso a los últimos 30 centímetros donde está el J-Pouch.
- Pacientes con J-Pouch evacúan mínimo tres a cuatro veces al día y una a dos veces en la noche, lo cual se considera normal para ellos, aunque para otros sería diarrea.
- El colon almacena heces momentáneamente, a diferencia del intestino delgado. El colon es un órgano de calidad de vida.