

Cirugía de la colitis ulcerosa (1)

F. Palma

Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital Provincial de Jaén

La oportunidad de haber seguido en su evolución un caso de colitis ulcerosa grave hasta hacer llegar a complicarse con una pseudopoliposis, pero de forma masiva y exuberante, que afectaba al recto y a todo el colon, nos invita a presentar el caso con un breve comentario.

Entre otras complicaciones en la evolución de la colitis ulcerosa grave —perforación del colon, degeneración neoplásica absceso perirectal y fistulas, hemorragias, artritis, lesiones cutáneo mucosas, glomérulo nefritis subclínica, flebitis, iritis, lesiones hepato-pancreatíticas— tenemos, especialmente en los casos inveterados y graves, alteraciones de las paredes recto-cólicas, ocasionando que trozos de mucosa aislada o islotes de la misma, crezcan y se hipertrofién

hacia la luz intestinal, los cuales alternan con otras zonas lisas y con depresiones y ulceraciones de la mucosa.

Aquellas zonas de mucosa desprendidas y que cuelgan en la luz intestinal, son los pseudopólipos, que tienen una base o pedículo más o menos ancha que se continúa con la pared intestinal. Su superficie es enormemente mamelonada y rugosa y la histología revela una marcada flogosis, como más adelante veremos, según se estudió histopatológicamente en nuestra observación.

Llegan a la pseudopoliposis recto-cólica en la colitis ulcerosa, aquellos casos inveterados, graves y de grandes úlceras, que invaden extensas zonas de la mucosa intestinal. El extremo distal o ápice de las formaciones pseudopoliposas,

(1) La radiología de esta comunicación, fue practicada por el Dr. Gabriel Arroyo, y la anatomía patológica por el Dr. Morales Pleguezuelo.

pueden fijarse a la mucosa o bien a otros pseudopólipos, dando el aspecto de entrecruzamiento y puentes de la mucosa.

Esta complicación de la colitis ulcerosa, según nuestra observación, se presentará en casos de colitis ulcerosa de gran evolución y sobre todo en pleno período de declinación, cuando en un intento de restablecimiento de las lesiones estructurales de la mucosa surgen sus proliferaciones haciendo irrupción en la luz intestinal.

En nuestro caso se asoció a una estrechez conjunta de rectosigma.

Nuestra observación es la siguiente: M. L. C., de 26 años de edad, natural de Baeza (Jaén), de profesión industrial y sin antecedentes de interés, le vemos por primera vez en octubre de 1962, por presentar unas rectorragias copiosísimas que obligan a transfusiones repetidas. Previa limpieza y preparación conveniente intestinal, una rectoscopia detenida revela ya, en un principio, la aparición de úlceras de diverso tamaño, con bordes delimitados, fondo amarillo y zonas sangrantes al menor contacto del rectoscopio. Entre ellas, zonas de mucosa de aspecto apollado y muy edematosa, se hizo en un comienzo, el diagnóstico de recto colitis ulcerosa que afectaba todo el recto y colon sigmoideo alcanzable con el rectoscopio. El enema opaco hecho por entonces, denotaba que la afectación del colon alcanzaba hasta la mitad izquierda del transversal a juzgar por el aspecto marmóseo, la falta de naustras y la presencia de bordes del colon muy irregulares con contrastes y salientes. Consultamos con el Dr. Marina Fiol, quien informa el diagnóstico y aconseja en un principio, como debe hacerse en estos casos, una terapéutica con esferoides, tanto

por vía rectal en enema, como por vía oral asociado a un quimioterápico intestinal (Enterovioformo) y sulfamidas con terapéutica vitamínica, hierro, extractos hepáticos y transfusiones repetidas más dieta apropiada y todo en reposo absoluto y régimen de vigilancia en clínica. Mejora enormemente, ya que las rectorragias desaparecen y las deposiciones se reducen a 2 ó 3 diarias y es dado de alta a los tres meses con un examen endoscópico casi normal. Sigue con vigilancia periódica y se encuentra en buen estado general, relativamente, hasta agosto de 1963. A partir de esta fecha aparecen crisis dolorosas intestinales muy intensas, seguidas de abundantes deposiciones blandas y líquidas acompañadas de moco y a veces de sangre.

El examen digital rectal tasta unas elevaciones blandas de la mucosa. La endoscopia confirma que las lesiones ulcerosas siguen cicatrizadas, pero han aparecido unas formaciones típicas poliposas, que cuelgan en la luz intestinal y que se unen en ocasiones formando verdaderos puentes de mucosas. Simultáneamente se aprecia reducción del calibre intestinal a nivel del recto y colon sigmoideo. Ante estos resultados aconsejamos la intervención quirúrgica, que no es llevada a cabo hasta noviembre de 1963, en que se realiza en un primer tiempo, una ileostomía y colectomía total, dejando para un segundo tiempo la proctectomía. Todo ello es soportado por el enfermo perfectamente y en la actualidad su estado general y tolerancia a la ileostomía, es altamente bueno. El examen macroscópico de la pieza operatoria (Fig. 1.^a), revela que la presencia de pseudopoliposis alcanza todo el colon, hasta el ciego, aún cuando es más marcada su presencia en el colon izquierdo.

El examen histopatológico hecho por el Dr. Morales Pleguezuelo, acusa una mucosa llena de pseudopólipos con una

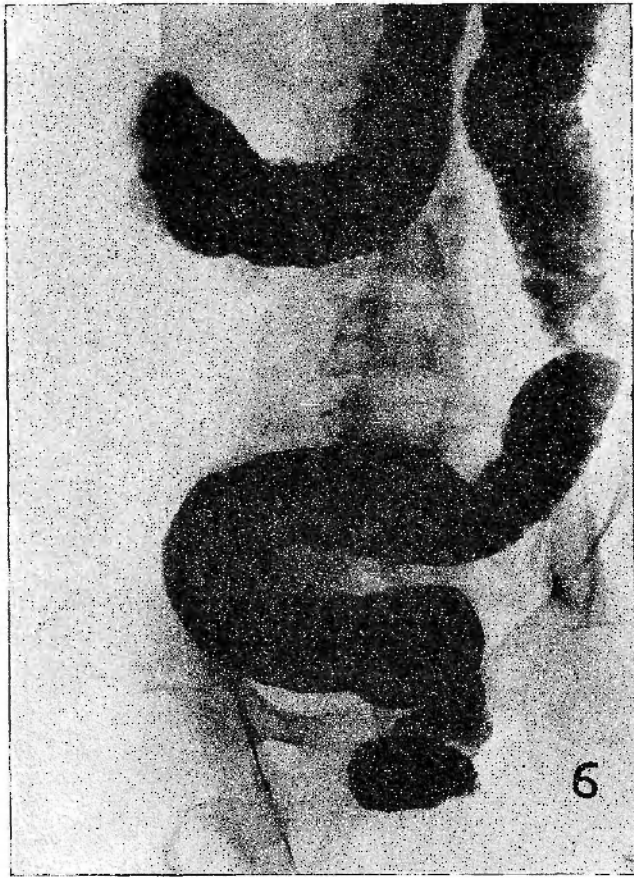


Fig. 1.—Ob. M. L. C. Seudopoliposis en el curso de colitis ulcerosa grave.
Ampolla rectal retraída y estrechada. Contornos irregulares.
Defectos lacunares en colon descendente. (Dr. Arroyo)



Fig. 2.—Ob. M. L. C. Colitis ulcerosa.
Imágenes muy demostrativas de pseudopolipos.
Enema opaco obtenido por el Dr. Arroyo, en decúbito lateral derecho.

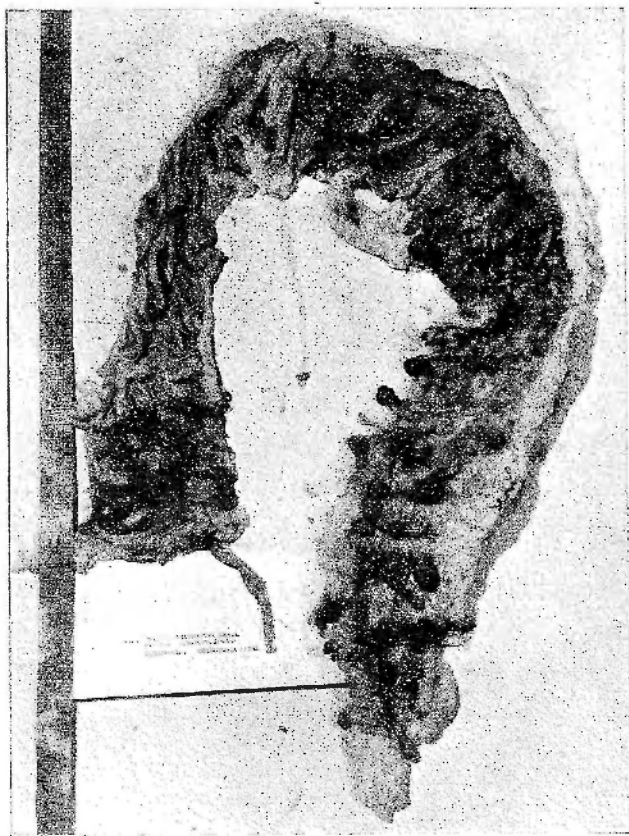


Fig. 3.—Ob. M. L. C. Pieza operatoria, de Colectomia total.
Numerosas formaciones pseudopoliposas.

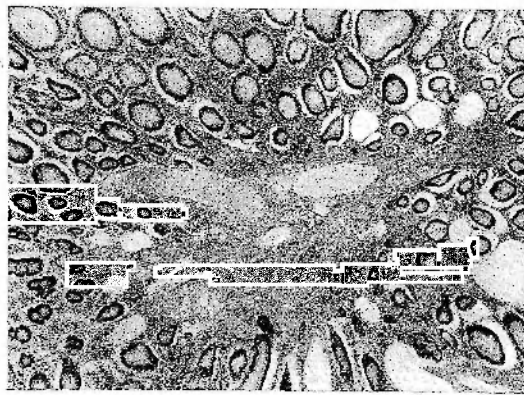


Fig. 5.—Ob. M. L. C. Colitis ulcerosa.
Base pseudopólipos.
Submucosa con grandes capilares muy dilatados.

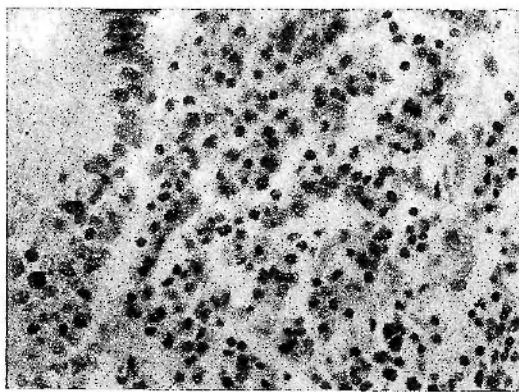


Fig. 6.—Ob. M. L. C. colitis ulcerosa.
Estroma de la mucosa con gran infiltración linfoplasmocitaria.

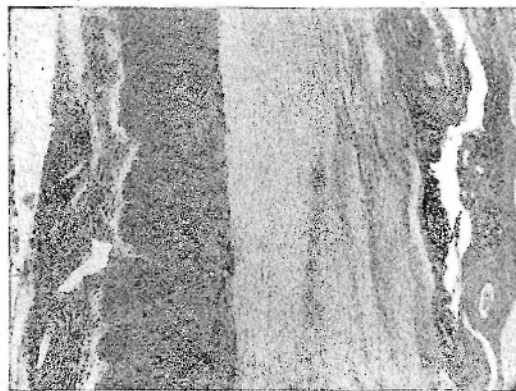


Fig. 7.—Ob. M. L. C. Colitis ulcerosa.
Se ven infiltrados de inflamación crónica,
especialmente en submucosa y subserosa

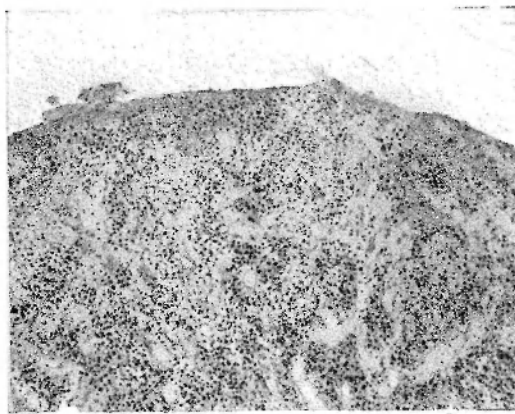


Fig. 8.—Ob. M. L. C. Colitis ulcerosa.
Fase de pseudopólipos.
Tejido de granulación erosionado de un gran pseudopólipo.
Abundan los vasos.

submucosa con gran desarrollo capilar, los cuales están muy dilatados (Fig. 5), y con un estroma de la mucosa con gran infiltración linfoplasmocitaria (Figura 6) con infiltrados de inflamación asimismo en submucosa y subserosa (Fig. 7), con un tejido de granulación con zonas de erosión, como se aprecia en el corte de la Fig. 8.

COMENTARIO

Sabemos que la colitis ulcerosa grave es una afectación inflamatoria del recto y del colon muco-hemorrágico, que evoluciona con brotes de agudización, pero de una forma tórpida y que es difícil llegue a la curación absoluta, de forma anatómica o estructural.

Es en nuestros medios muy poco frecuente, pero comenzamos a observarla, ya que en estos últimos años nos atrevemos a advertir que está haciendo posible su observación por el hecho de que, en nuestro servicio hospitalario, no existen fichas en favor de este proceso, constándonos, como nos consta, la competencia de nuestros antecesores y más concretamente, de nuestro padre y maestro.

Entre las complicaciones de este proceso, absceso peri-rectal, artritis, iritis, ulceraciones de la piel y mucosas, flebitis, nefritis, púrpura, perforación del colon, degeneración neoplásica del colon estenosis rectal y sigmoidea y seudopoliposis, es esta última la que hizo su aparición antes del año en la evolución de nuestro caso, quizá en un intento de reparación de todas

las zonas lesionadas, y que por su extensión llegó a invadir todo el colon y recto, aún cuando la zona más afectada corresponde al colon izquierdo. Los seudopólipos encontrados son sesiles, pediculados y otros en puente.

Es claro que cuando el caso parecía curado o mejorado, hizo su aparición el cuadro polipoideo, y éste se manifestó con una reactivación del síndrome muco-hemorrágico, especialmente el primero, ya que eran numerosas y abundantes las deposiciones mucosas, con gran afectación del estado general y aparición de un síndrome tóxico y de emaciación. El enema opaco muy demostrativo en nuestra observación (Fig. 1 y 2), puso de relieve la extensión del proceso complicativo. Los seudopólipos se forman siempre a expensas de la hiperplasia de los islotes de mucosa sana o de los bordes de las ulceraciones. Es evidente que el tratamiento médico cumplió perfectamente su cometido y hasta hizo regresar la sintomatología, hasta que apareció la complicación, precisamente en un intento de reparación del proceso.

No queda duda, que ante el cuadro complicativo, la cirugía se impone. Preferimos asociar al primer tiempo la ileostomía a la colectomía total, por el cuadro tan tóxico en que se encontraba el paciente, ya que la simple ileostomía, como insisten otros autores, no habría

bastado para recuperarle rápidamente y tampoco con buena técnica y reanimación, se agrava más el estado general del paciente. Nosotros hemos sacado esta conclusión de esta observación.

En un segundo tiempo se realiza la exeresis del recto y ano, cuando ya el estado general del paciente es altamente satisfactorio.

R E S U M E N

Se presenta, brevemente, un caso de pseudopoliposis recto-cólica, que hizo su aparición como complicación de un caso evolutivo de colitis ulcerosa grave. La ileostomía y recto-colectomía total, resolvió el caso.

B I B L I O G R A F I A

BOCKUS, H.—“*Gastroenterología*”, 2, 579-642. Salvat Edit. Barcelona.

GALLART ESQUERDO, A.—“*Anales de Medicina*”, 2, 136-144, 1963.

GALLART MONES, F. y DOMINGO SANJUÁN, P.—Volum. Rapp. I Congreso. Int. Gastr-Entelogie, Bruselas, 8-11-VIII, 1935.

RACHET, J.; BUSSON, A. y ARNOUS. “*Gastroenterologie*”, 73, 362-371, 1948.

WEBER, H. M.—“*Med. Clin. n. Amer.*”, 13, 1.461-1.472, 1930.