

# MESA REDONDA: Enfermedad de Crohn de intestino grueso

Moderador: *Eduardo García-Granero*

Ponentes:

*Joaquín Hinojosa*

*Rafael Alós*



Crohn de colon

Aspectos quirúrgicos

**592 pacientes** (media seguimiento >13 años)

Intervención quirúrgica ----- 74% (438 pacientes)

Localización	Nº pacientes	Intervenidos
I. Delgado	165 (28%)	108 (65%)
<b>Colon/anorrecto</b>	<b>181 (30%)</b>	<b>105 (58%)</b>
Ileocólica	246 (42%)	225 (91%)

Reoperación --> 50% (>10 años seguimiento)

---

## 507 pacientes E.Crohn colorrectal (>10 años seguimiento)

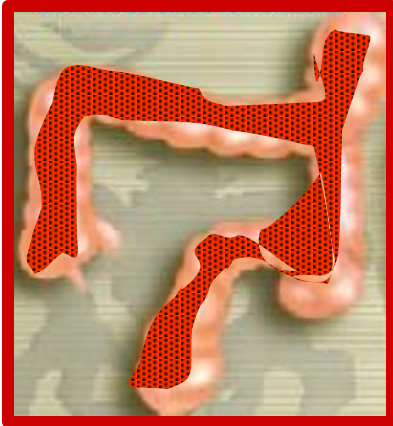
Colitis segmentaria .....	203 (40%)
Pancolitis .....	157 (31%)
Colitis izquierda . . . . .	132 (26%)
Fístulas anorrectales .....	188 (37%)

*Lapidus A et al. Clinical course of colorectal Crohn's disease: a 35-year follow-up study of 507 patients. Gastroenterology 1998; 114: 1151-60.*

---

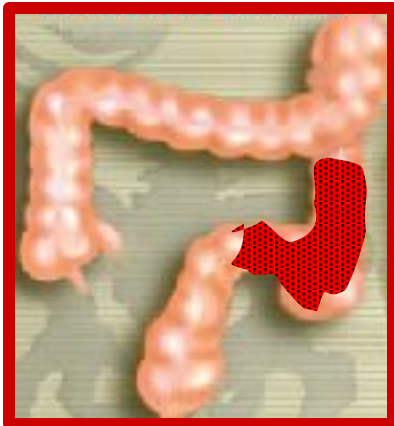
592 pacientes (media seguimiento >13 años)

Localización	Nº pacientes	Intervenidos
Colon/anorrecto	181 (30%)	105 (58%)



**Afectación total o pancolitis**

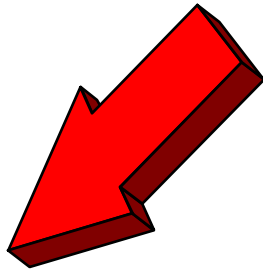
**70% cirugía**



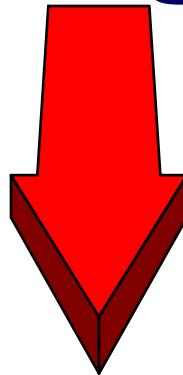
**Colitis segmentaria o afectación anorrectal aislada**

**29% cirugía**

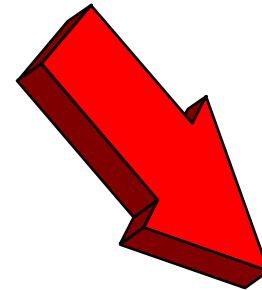
# Fracaso del tratamiento médico



**Mejorar síntomas**



**Tratar complicaciones**



**Prevenir o tratar cáncer**



# ¿Cómo operar?

---

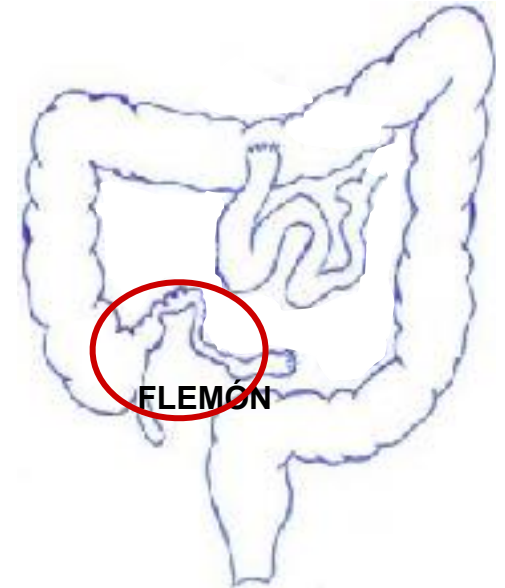
- Preparación preoperatoria (corregir déficits, ATB, ..)
  - Casos complejos en ocasiones
  - Laparoscopia
  - Laparotomía media (no interfiere con posibles estomas)
  - En primera operación valorar apendicectomía
  - Hemostasia meticulosa
  - Evitar lesionar asas sanas
  - Prevenir adherencias
  - ¿Coloproctectomía restauradora?
-

# ¿Cómo operar?

- ¿Resecciones limitadas?
- Evitar anastomosis en:
  - Inflamación aguda
  - Abscesos
  - Situaciones urgentes

## I. Evitar by-pass intestinal

- Persistencia EII (abscesos, hemorragia,...)
- Sobrecrecimiento bacteriano
- Persistencia manifestaciones extraintestinales
- Desarrollo de cáncer



**Cirugía abierta o laparoscópica  
(electiva) pero siguiendo todos los  
principios descritos**

# Técnicas quirúrgicas



**CIRUGIA**

- Colectomía total/subtotal e ileostomía
- Ileostomía

**CIRUGIA**

- Colectomía segmentaria
- Colectomía y anastomosis ileorrectal
- Coloproctectomía + ileostomía
- ~~¿Coloproctectomía restauradora?~~



# CIRUGIA URGENTE

---



**Colectomía total o subtotal e ileostomía**



## Megacolon tóxico

- 4-6% de colitis de Crohn
- Tto médico inicial y si responde -->cirugía diferida
  - 50% nuevo brote de megacolon
  - 50% se controlan mal

## Hemorragia grave: 1%

## Perforación: 1%

- Gran mortalidad
- iiCorticoides!!

## Colitis grave que no responde al

# Colitis grave

(Mortalidad 10%)

---

FC > 100p/min

$t^a > 38.5^\circ$

Leucocitos > 10.500/dl

Albúmina < 3 gr/dl

Tratamiento médico (2-3 días)

Fracaso

Cirugía

# CIRUGIA URGENTE



- Tratamiento habitual:
  - Colectomía total-subtotal + Ileostomía
  - Fistula mucosa o cierre muñón rectal
  - 60% → proctectomía por enf. perianal grave y/o rectal
- Paciente muy debilitado: ileostomía
  - Muy poco utilizada
  - 95% mejoran inicialmente\*\*
    - 36% → proctocolectomía ulterior
    - 42% → ninguna otra intervención
    - 12% → cierre ileostomía

\*\*Winslet et al. Fecal diversion in the management of Crohn's disease of the colon. Dis Colon Rectum. 1993; 36:757-762.

# CIRUGIA ELECTIVA

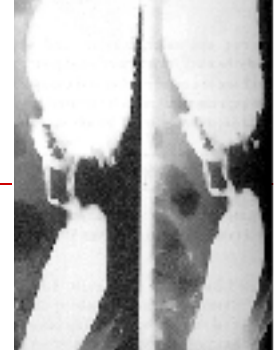
---



- Estenosis sintomática
  - No respuesta a tratamiento médico
  - Enf. anorrectal grave
  - Fístulas
  - Retraso crecimiento
  - Reconstruir la continuidad intestinal
  - Cáncer:
    - Riesgo similar a colitis ulcerosa (8% a los 22 años del inicio)
    - Precaución con las estenosis
-

# Colectomía segmentaria

---



- 4-10% op. Colon
- En estenosis sintomática o complicaciones locales.  
Incluso si hay pancolitis\*
- Tasa de recurrencias similares a las de I. Delgado
- Resultados similares o mejores a la colectomía subtotal\*\*

\* Makowiec F et al. Long-term follow-up after resectional surgery in patients with Crohn's disease involving the colon. *Z Gastroenterol* 1998; 36: 619-24.

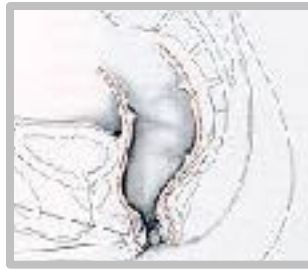
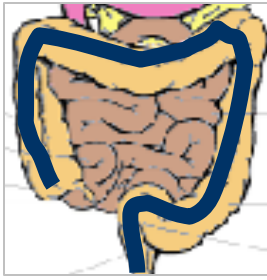
\*\*Anderson P et al. Segmental resection or subtotal colectomy in Crohn's colitis. *Dis Colon Rectum* 2002

---

# Colectomía con anastomosis ileorrectal

---

- Requiere:
  - Buen funcionalismo esfínter anal
  - Recto indemne o poco afectado (25-50%)
  - Buena capacidad recto
  - Ausencia de enf. perianal activa
  - Ausencia de displasia o cáncer rectal
- Realizarla en uno o dos tiempos
- Tasas de recurrencia alta ( $\cong$  70%)
- Elevado índice de reoperaciones (35-48%)
- Conservan anastomosis (77-63%, 5 y 10 años respct.)



# Coloproctectomía e ileostomía

- Op. más frecuente
- Menos recurrencias (3-46%)
- En uno o dos tiempos (Hartmann muy bajo)
- Mayor morbilidad
- Proctectomía interesfinteriana (no en cáncer)
- Indicada en:
  - Colitis extensa (sobre todo si enf. anorrectal importante) → ~~ecp + recto enfermo predice amputación~~
  - Colitis con recto sano pero mala función esfinteriana



# Coloproctectomía restauradora con reservorio ileoanal

---

- Casos muy seleccionados:
  - Jóvenes
  - No ECP
  - No E. I. delgado
  - Buena función esfinteriana
- Reclasificación como EC
  - Morbilidad: 64% (mayor que en CU y CI)
  - Exéresis reservorio 33- 56% en EC
- EC seleccionada
  - Resultados funcionales algo peores
  - Paciente motivado y centros con experiencia
- Estudios prospectivos necesarios

# Colectomía Segmentaria: RESULTADOS

---

AUTOR	N	Media seguimiento (años)	Recurrencias (%)	Reoperación (%)	Libre estoma (%)
Makowiec et al 1996	142	12	60	32	88
Allan et al 1997	36	-	-	66	-
Prabhakar et al 1997	48	14	77	33	86
Bernell et al 2001	134	10.4	49	-	-
Andersson et al 2002	31	-	47	38	87
Fichera et al 2006	55	-	39	-	-
Tekkis et al 2006	488	Mismo resultado que colectomía + AIR			

# Colectomía subtotal/total + anastomosis ileorrectal: RESULTADOS

AUTOR	N	Media seguimiento (años)	Recurrencias (%)	Reoperación/proctectomía (%)	Libre estoma (%)
Ambrosse et al 1984	63	9.5	64	48/33	67
Longo et al 1992	131	9.5	-	46/23	63
Bernell et al 2001	106	15.4*	53	-	76
Andersson et al 2002	26	-		46/19	81
Fichra et al 2006	49	-	23	-	-
Tekkis et al 2006 (meta-análisis)	488	Mismo resultado que resecciones segmentarias			
O'Riordan et al 2011	81	1982-2010	-	36/22	72 (a 10 años)

# Coloproctectomía + ileostomía: RESULTADOS

---

AUTOR	N	Media seguimiento (años)	Recurrencias (%)	Reoperación a los 10 años (%)	Herida perineal complicada (%)
Korelitz et al 1982	67	-	46	-	-
Goligher et al 1985	162	15	15	-	38
Yamamoto y Keighley 1999	85	-	29	16	36
Fichera et al 2006	75	-	9	-	-
Amiot et al 2011	55	5.4	39	13	-

---

# Coloproctectomía + reservorio ileoanal

---

AUTOR	N	Media seguimiento (años)	Recurrencias (%)	Reoperación (%)	Excisión reservorio (%)
Regimbeau et al 2001	41	9	27 (complicaciones)	-	10
Kariv Y et al 2009*	33 (22 seguidos)	7	64	41	9
Shen et al 2010	11	5	64	-	-

\* Mínimo manguito rectal. Similares resultados funcionales y calidad vida que la C + AIR

---



---

**Review article****Ileal pouch-anal anastomosis for Crohn's disease.****Current status**

David Martínez Ramos,<sup>a</sup> Juan Gibert Gerez, Javier Escrib Seo, Miguel Alcalde Sánchez, and José Luis Salvador-Sánchez

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Castellón, Castellón, Spain

No existen ensayos clínicos que aborden específicamente este tema. La evidencia científica actual se basa en series de casos y en estudios retrospectivos. La EC debería seguir siendo una contraindicación para la anastomosis ileoanal con reservorio. Un reducido número de autores consideran la anastomosis ileoanal con reservorio una buena alternativa para pacientes con EC seleccionados. Ambos grupos coinciden en que los resultados funcionales son buenos.

La evidencia científica actual no recomienda la anastomosis ileoanal con reservorio en pacientes con enfermedad de Crohn.

---

# • Cirugía laparoscópica

---

- A valorar en cirugía programada
  - Mejor recuperación postoperatoria
  - Realimentación oral más precoz
  - Menor estancia hospitalaria
  - No diferencias en complicaciones mayores (dehiscencias de sutura, abscesos intraabdominales y reintervenciones)
  - Similares resultados funcionales en reservorios
  - Mejor resultado estético
  - No aconsejable en grande “masas”, abscesos, flemones y en la urgencia vital
  - Factible en brote agudos graves en centros con experiencia
-

# EC COLON: RESUMEN

---

- La colectomía ST/T con ileostomía son las intervenciones aconsejables en las situaciones de urgencia.
- La colectomía segmentaria tiene menos morbilidad y reintervenciones similares a la colectomía ST/T con anast. IR.
- La colectomía ST/T con anast. IR necesita de un recto sano, distensible o con mínima afectación.
- La coloproctectomía con ileostomía tiene una gran morbilidad, bajo índice de recurrencias y de reintervenciones.
- El reservorio ileoanal puede estar indicado en casos muy seleccionados en centros con gran experiencia
- Laparoscopia vs laparotomía