

RESERVORITIS

¿QUÉ ES UN RESERVORIO ILEAL Y CUANDO SE REALIZA?

Actualmente, pese a que disponemos de tratamientos médicos cada vez más efectivos, un porcentaje no despreciable de pacientes con colitis ulcerosa (aproximadamente el 20-30%) se muestran refractarios (no responden a la medicación habitual), por lo que precisan someterse a una intervención quirúrgica.

El objetivo más importante de la cirugía es solucionar la enfermedad colónica mediante la realización de una proctocolectomía (se extirpa todo el colon y casi todo el recto, que son los órganos diana de la enfermedad). En la gran mayoría de las ocasiones esta intervención se completa con la creación de un reservorio, que asegure una adecuada continencia anal, evitando de esta manera tener que llevar una ileostomía definitiva (“bolsa” pegada a la piel que recoge las heces generadas).

Este reservorio se confecciona interponiendo, entre el intestino sano y el ano, un fragmento de íleon (intestino delgado), que se modifica para que pueda contener las heces adoptando generalmente una forma en “J” (aunque existen otros diseños posibles). A veces se crea un reservorio al operar otras enfermedades, como la poliposis, pero estos rara vez tienen los problemas que vamos a describir aquí.

¿QUÉ ES LA RESERVORITIS?

Cuando aparece inflamación del reservorio ileal hablamos de reservoritis. Esto ocurre en un 15-45% de pacientes operados por colitis ulcerosa, acumulándose la mayoría de los casos en el primer año tras la cirugía. No hay que temer a esta complicación, la forma más frecuente de presentación es como reservoritis aguda (de menos de 4 semanas de duración), con buena respuesta al tratamiento médico y con un episodio aislado en una cuarta parte de los casos.

Es normal, y no implica disfunción del reservorio, que tras la cirugía, mientras el reservorio va “madurando”, el número de deposiciones sea todavía alto, pero con una adecuada continencia de las heces y sin que exista inflamación de la mucosa. Este inconveniente se irá solucionado de forma progresiva, pues poco a poco el reservorio va adaptándose a su nueva función. En esta fase su médico puede prescribirle distintos agentes (como loperamida, codeína o colestiramina) para intentar modificar el número y la consistencia de las deposiciones.

¿QUÉ SÍNTOMAS PRODUCE?

Clínicamente aparecerá diarrea, con presencia de sangre y moco con las deposiciones, urgencia defecatoria y molestias abdominales. En ocasiones puede asociarse fiebre.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Para confirmar el diagnóstico, y excluir otras posibles causas, generalmente se realiza una exploración endoscópica del reservorio y se toman pequeñas muestras de tejido (biopsias) para su estudio histológico. La suma de este conjunto de datos (clínicos, endoscópicos e histológicos) nos permite tener una certeza diagnóstica, no obstante es habitual que su médico le prescriba tratamiento antes de realizar estas pruebas o, en casos seleccionados de alta sospecha diagnóstica, no llegue a realizarlas.

¿CUÁLES EL TRATAMIENTO?

El tratamiento inicial consiste en la administración de antibióticos por vía oral, durante al menos dos semanas, y los más utilizados son el ciprofloxacino y el metronidazol,

entre otros. Actualmente, por su mejor tolerancia, suele optarse por ciprofloxacino como primera elección.

Con esta medida, la gran mayoría de los pacientes mejora, no obstante una parte de ellos puede volver a presentar sucesivos episodios de reservoritis que generalmente responderán a nuevos ciclos de tratamiento antibiótico, precisando en ocasiones combinar distintos antibióticos simultáneamente. En esta situación (reservoritis crónica o recurrente) es muy útil la administración de tratamiento mantenido con probióticos VSL# 3. El VSL# 3 consiste en una combinación de bacterias beneficiosas para nuestra salud (450 billones de bacterias de 8 cepas diferentes), es un tratamiento seguro, totalmente carente de efectos adversos y cuya eficacia ha quedado demostrada en varios estudios clínicos. Su indicación principal es el mantenimiento de la remisión (curación) inducida tras tratamiento antibiótico. También se ha mostrado eficaz en la prevención del primer episodio de reservoritis y en el tratamiento inicial para la reservoritis leve.

Cuando no se obtenga una respuesta positiva pueden ensayarse otros tratamientos de segunda línea como la budesonida oral o en enemas, los salicilatos orales o tópicos, fármacos inmunosupresores como la azatioprina u otros como el infliximab.

Muy pocos pacientes se muestran refractarios (no responden a ninguna medida terapéutica), y en estos casos puede ser necesaria la retirada del reservorio o su nueva reconstrucción.

RESERVORIO ILEAL Y EMBARAZO

Lo normal es que el reservorio mantenga un adecuado funcionamiento del mismo durante el embarazo. Aunque el parto por vía vaginal puede ser posible, muchos médicos optan por programar una cesárea para evitar problemas posteriores de continencia.

F. Calvo Hernán y A. Caramuto Martins. Revista Española de Enfermedades Digestivas 2008; 100: 178.