



Universidades

ISSN: 0041-8935

udual1@servidor.unam.mx

Unión de Universidades de América Latina y el
Caribe

Organismo Internacional

del Risco Suñet, Camilo; Vega Rojas, Mikea; Salas Rodríguez, Maritza
Resultados de la aplicación de la Colectomía total en pacientes con afecciones de colon
Universidades, núm. 27, enero-junio, 2004, pp. 21-28
Unión de Universidades de América Latina y el Caribe
Distrito Federal, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37302704>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA COLECTOMÍA TOTAL EN PACIENTES CON AFECCIONES DE COLON

Camilo del Risco Suñet, Mikea Vega Rojas, Maritza Salas Rodríguez

Resumen

Se realizó un estudio transversal descriptivo de cinco pacientes, intervenidos quirúrgicamente por afecciones de colon en el Hospital General Docente Ernesto Guevara de la Serna de la provincia de las Tunas, a los cuales se les practicó la Colectomía total en el periodo desde noviembre de 1989 hasta abril del 2002. En la realización del mismo se tuvieron en cuenta las siguientes datos: edad, sexo, antecedentes, enfermedades encontradas, formas de presentación, proceder quirúrgico, complicaciones y evolución postoperatoria. Las enfermedades encontradas fueron neoplasias, vólvulos de intestino grueso, colitis ulceroativa y otras patologías concomitantes. En la mayoría de los casos, la forma de presentación fue la oclusión intestinal baja y a todos se les practicó la Colectomía total. La sepsis de la herida y la dehiscencia de la sutura fueron las principales complicaciones presentadas. Ningún paciente falleció durante el acto quirúrgico ni por complicaciones del mismo. Se observó una evolución satisfactoria en todos los casos y una gran adaptabilidad del intestino a las nuevas condiciones impuestas, lo

cual constituye una novedad, si tenemos en cuenta que muchos autores afirman que la desnutrición y la deshidratación, resultado de diarreas intensas, son secuelas casi inevitables de este tipo de intervención.

Introducción

El intestino grueso o colon es una viscera hueca que se localiza en la cavidad abdominal y se divide anatómicamente en: ciego con su apéndice, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, sigmoides y recto constituyendo la última porción del tubo digestivo.¹

Desde el punto de vista fisiológico el colon es capaz de absorber de 2 a 4 litros de solución salina isotónica al día. La presencia de solutos no absorbibles y osmóticamente activos de la dieta, por acción bacteriana, un índice de absorción relativamente lento en rectosigmoides y los movimientos intestinales programados impiden la absorción total de líquido y la desecación de la masa fecal. Las células y el transporte en el colon son muy diferentes a los

mecanismos que realizan esta función en el intestino delgado.²

El colon es, además, lugar de asentamiento de numerosas patologías que en ocasiones requieren como tratamiento la resección quirúrgica de alguno de sus segmentos, por ello desde los inicios de la cirugía colorrectal en 1833, hasta nuestros días, los cirujanos han mostrado preocupación acerca de la evolución de los pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas sobre el colon; debido a las complicaciones y la supervivencia, ya que por su fisiología tiene gran importancia en el estado nutricional del enfermo. (2,3)

Un ejemplo de esto es lo expresado por Bryan Brooke, eminente cirujano que plantea que “los pacientes sometidos a Colectomía subtotal o total casi siempre se encuentran en estado precario a consecuencia de alteraciones bioquímicas por pérdidas de sodio, potasio y agua resultado de diarrea intensa”⁴

Por este motivo decidimos realizar el siguiente trabajo, ya que en nuestra experiencia personal, durante el seguimiento de los pacientes intervenidos no encontramos ninguna de estas alteraciones, y sí una enorme adaptabilidad del intestino, que unido a la realización de la técnica operatoria de la forma satisfactoria, permitió una mayor supervivencia de los pacientes, aumentando además su calidad de vida.

Hemos revisado una amplia bibliografía, en busca de trabajos similares y existe una amplia variedad de ellos. Dentro de los mismos sobresalen: el estudio realizado en el Hospital “Yekatit 12” de Addis Abeba en Etiopía, el desarrollado en el Hospital Clínico quirúrgico docente de Cienfuegos sobre tumores de Apéndice cecal y el realizado por profesionales del Hospital Saturnino Lora de Santiago de Cuba. Pero en todos ellos la mayor resección intestinal que se practicó fue la Hemicolectomía derecha o izquierda. (5,6,7). Por lo que consideramos el nuestro un trabajo novedoso.

Objetivos

* General

1. Demostrar que los pacientes colectomizados totalmente pueden sobrevivir sin presentar secuelas.

* Específicos

1. Determinar la incidencia de algunas variables como:
 - edad
 - sexo
2. Identificar las entidades que afectaron a los pacientes así como la forma clínica en que se presentaron dichas patologías.
3. Especificar el tipo de intervención realizada y las complicaciones presentadas.
4. Establecer la capacidad de adaptación del intestino a las nuevas condiciones.
5. Analizar los antecedentes patológicos de los pacientes estudiados.
6. Detallar el estado actual de los pacientes, la supervivencia de estos y las causas de muerte de los fallecidos.

Material y método

Se realizó un estudio descriptivo transversal de cinco pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital General Docente Dr. Ernesto Guevara de la Serna, a los cuales se les practicó la Colectomía total en el periodo desde noviembre de 1989 hasta abril a del 2002. Llama la atención que la muestra es pequeña, tratándose de un estudio de 13 años. Esto es fácilmente comprensible si tenemos en cuenta la cantidad de factores que tienen que coincidir para realizar esta intervención: que el paciente llegue al centro hospitalario cuando esté de guardia el cirujano que la realiza, (pues no todos son partidarios de practicar dicho proceder), que presente una afectación tal que requiera una amplia resección, y que el paciente esté en condiciones de soportar dicha intervención. A esto se añade que siempre se trata de

realizar la menor resección intestinal posible. Los datos fueron obtenidos a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes estudiados y el seguimiento de éstos por consulta en las que se indicaron los complementarios necesarios para valorar el estado de salud de los mismos, éstos fueron: hemograma completo, ionograma, gasometría, glicemia y estudios radiológicos contrastados (tránsito intestinal). Las variables estudiadas fueron: edad, para cuyo estudio establecimos grupos de edades con intervalos de 15 años, de 30-45, de 46-61, y de 62-77 años. Además de sexo,

antecedentes, enfermedades encontradas, formas de presentación, proceder quirúrgico, complicaciones y evolución postoperatoria.

Resultados

Al analizar cuidadosamente los datos de los pacientes estudiados, obtuvimos los siguientes resultados que se plasmaron en forma de cuadros según las variables estudiadas :

Cuadro # 1

Comportamiento de la edad e los pacientes a los que se les realizó la Colectomía total en el Hospital Ernesto Guevara en el periodo de noviembre de 1989 a abril del 2002.		
GRUPO DE EDADES	# PACIENTES	%
30-45	2	40
46-61	1	20
62-77	2	40
TOTAL	5	100

Fuente: Archivo del hospital EG

Como se aprecia en la muestra, no hubo un franco predominio de ninguno de los grupos de edades, aunque los grupos de 30-45 y de 62-77 años obtuvo un mayor por ciento.

Cuadro # 2

SEXO	# PACIENTES	%
Masculino	3	60
Femenino	2	40
TOTAL	5	100

Fuente: Archivo

En relación al sexo, se encontró un ligero predominio del sexo masculino con respecto al femenino, con un 60 y un 40% respectivamente.

Cuadro #3

24

Comportamiento de las enfermedades de colon encontradas.		
ENFERMEDAD	# PACIENTES	%
Tumores de colon	3	60
Vólvulos	2	40
Colitis ulcerativa	1	20
Enfermedad de Crohn	1	20
Hernia interna	1	20
TOTAL	8	160

Fuente : Archivo

En todos los casos estudiados se asociaron 2 o más de estas entidades, de ahí que excedan el número de pacientes en cuestión. En el primer caso se encontraron vólvulos de colon ascendente y sigmoides, conjuntamente con un tumor del sigmoides; en el segundo caso, vólvulo de ciego y colon ascendente con compromiso vascular hasta transversal; en el caso tres, hernia interna con compromiso vascular del transversal y dilatación total del colon; en el caso cuatro, Colitis ulcerativa con doble tumor de colon (ángulo hepático y sigmoides); y en el último caso una Enfermedad de Crohn del colon más carcinoma bien diferenciado de sigmoides. En cuatro de los pacientes la forma de presentación de estas entidades fue la oclusión intestinal baja, mientras que en otro fue un síndrome diarreico crónico.

Cuadro # 4

Intervenciones realizadas		
PROCEDER	# PACIENTES	%
Colectomía total	5	100
Ileoproctostomía	4	80
Ileostomía	1	20

Fuente : Archivo

En el total de los casos, se realizó la Colectomía total, unida a Ileoproctostomía en cuatro de los casos y la Ileostomía, en un paciente debido a que el Ileon terminal también se encontraba dañado y fue necesario reseca 4 cm de esta porción.

Cuadro # 5

Complicaciones presentadas		
COMPLICACIÓN	# PACIENTES	%
Sepsis de la herida	2	40
Deshisencia de la sutura	1	20
Acidosis metabólica	1	20
TOTAL	4	80

Fuente : Archivo

Las complicaciones se presentaron en tres de los pacientes estudiados, uno a su vez presentó dos (sepsis de la herida quirúrgica y acidosis metabólica), los restantes sólo presentaron una en el postoperatorio, mientras que dos no tuvieron complicación alguna.

Para la determinación del grado de adaptabilidad que tuvo el intestino de los pacientes operados, utilizamos los estudios contrastados, específicamente el tránsito intestinal, donde se informó en todos los casos: "Asas intestinales dilatadas, tránsito intestinal adecuado".

Se realizó una anamnesis exhaustiva en cada caso para detallar los antecedentes patológicos personales, encontrando que uno de los pacientes tenía antecedentes de Cardiopatía Isquémica, otro de Colitis ulcerativa y el tercero de Epilepsia, mientras que los dos restantes no refirieron antecedentes de patología alguna.

La evolución se comportó de la siguiente forma:

- Caso # 1 : Vivió 10 años sin complicaciones y murió por infarto agudo del miocardio.
- Caso # 2 : En el momento del estudio, tenía dos meses de operado sin complicaciones.
- Caso # 3 : Con más de 10 años de supervivencia sin complicaciones.
- Caso # 4 : Vivió 5 años y muere por la evolución del cáncer en una carcinosis peritoneal.
- Caso # 5 : Lleva un año de operado y no ha tenido complicaciones.

Discusión

La edad se comportó de la siguiente manera: 2 pacientes entre 30 y 40 años, uno entre 50 y 60 y 2 entre 60 y 70 años. De los cinco pacientes estudiados, tres correspondieron al sexo masculino, para un 60% (cuadro 1 y 2). Lo anterior coincide con la bibliografía revisada que plantea que el riesgo de padecer cáncer de colon comienza a aumentar desde los 50 años en hombres y mujeres por igual y que se incrementa súbitamente a los 60, duplicándose con cada decenio sucesivo, hasta alcanzar un máximo hacia los 75 años de edad.³

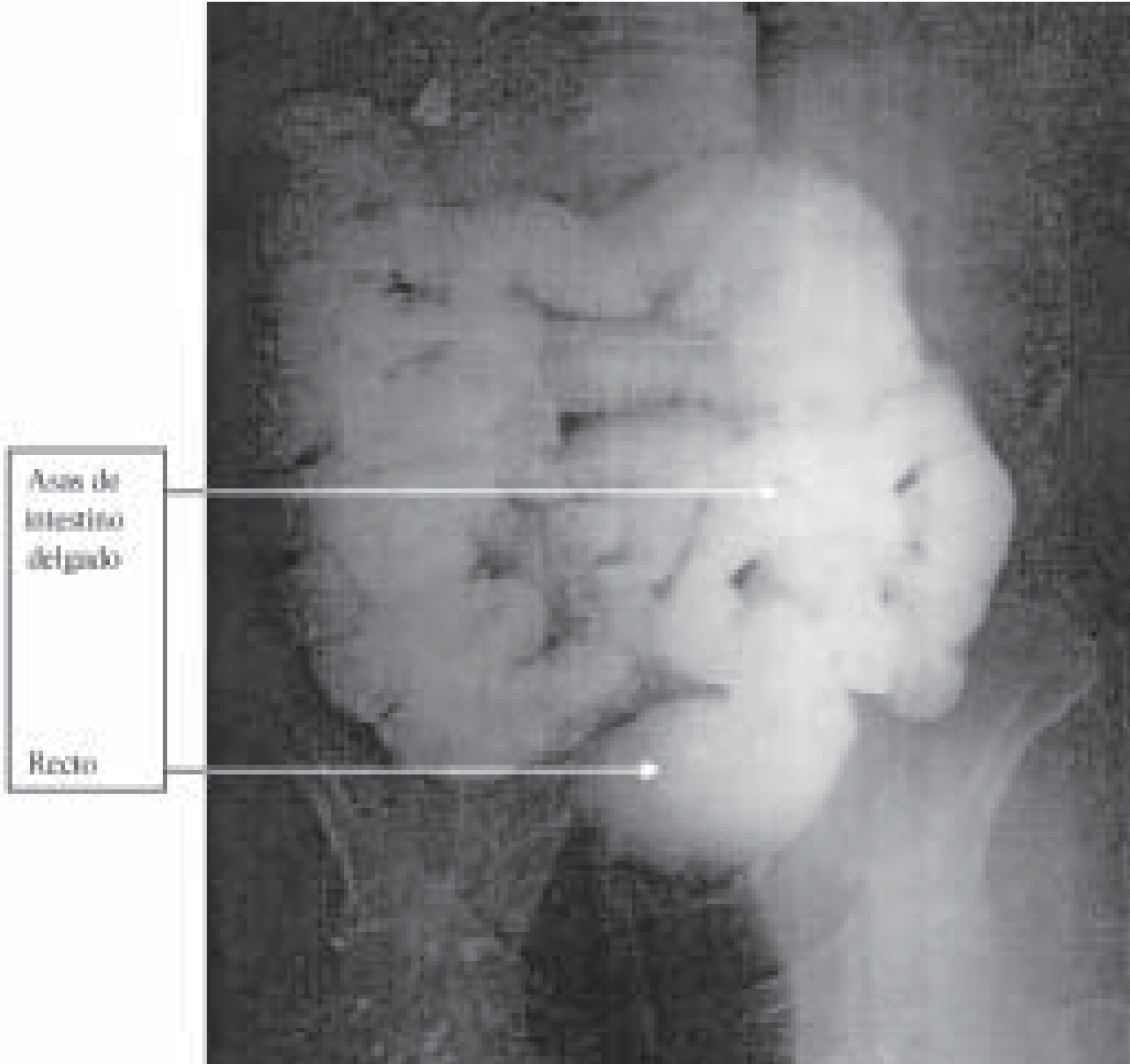
Del total de pacientes 3 resultaron tener neoplasias de colon, dos se encontraban localizadas a nivel del colon sigmoides y una con dos tumores a distancia, uno en transversal y otro en sigmoides. Estos concommitaban con otras patologías como la Colitis ulcerativa, vólvulo de sigmoides y Enfermedad de Crohn. (Cuadro 3). Lo cual está en correspondencia con lo planteado en la bibliografía de que son los tumores, el padecimiento maligno más común del tubo digestivo y junto con el cáncer de mama y de pulmón, una de las tres afecciones malignas más frecuentes, constituyendo hoy en día un problema de salud mundial. (3,4,5). La forma de presentación fue la oclusión intestinal baja en cuatro de los casos y el síndrome diarréico en el otro.

En cuatro de los casos se practicó la Colectomía total con Ileoproctostomía y en el otro caso una Colectomía total con Ileostomía debido a que este paciente presentaba un proceso neofornativo que estaba en extensión y fue necesario reseca 4 cm del Ileon terminal. (Cuadro 4) (6)

La sepsis de la herida y la deshiscencia de la sutura fueron las principales complicaciones que se presentaron en el postoperatorio. (Cuadro 5).

El paciente 3 con retraso mental severo se operó la primera vez por colusión intestinal por bridas congénitas y luego en tres ocasiones por bridas adquiridas. La cuarta vez presentó una hernia interna que interesaba el colon transversal, con compromiso vascular y todo el colon se encontraba dilatado, por lo que se realizó Colectomía total con Ileoproctostomía. Como complicación se presentó la sepsis de la herida quirúrgica.

El quinto caso del estudio correspondió a una paciente que fue operada la primera vez con el diagnóstico de trombosis mesentérica, no corroborándose esto en el acto quirúrgico. Se ingresó en la sala y se realizó una colonoscopia con biopsia, diagnosticándose una enfermedad de Crohn, más un adenocarcinoma bien diferenciado de sigmoides y se operó como técnica colectomía total con Ileoproctostomía.



Para la determinación del grado de adaptabilidad que tuvo el intestino de los pacientes operados, utilizamos los estudios contrastados, específicamente el tránsito intestinal, donde se informó en todos los casos: "Asas intestinales dilatadas, tránsito intestinal adecuado". Lo que evidencia lo planteado en nuestro trabajo, de que el intestino tiene una adaptabilidad muy grande a los cambios que le son provocados y por tanto tiende a colonizarse para suplir la función del segmento perdido. En el anexo podemos encontrar un estudio contrastado que corresponde a uno de los pacientes estudiados, aunque en este caso se trata de un Ileon por enema.

Debemos señalar que estos pacientes durante las primeras cuatro semanas presentaron deposiciones frecuentes líquidas, sin repercusión metabólica y luego se estabilizaron. En ningún momento presentaron diarreas crónicas intensas, fistulas o abscesos perianales que los condujeran a una deshidratación o a una desnutrición, lo que no corresponde con lo planteado por muchos autores.

Ninguno de los pacientes falleció debido a la intervención, ni por complicaciones inherentes a la misma, sino por otras enfermedades, mucho tiempo después.

En cuanto a la calidad de vida, todos expresaron su satisfacción en cada consulta y para comprender esto sólo es necesario imaginar lo placentero que resulta el poder cubrir sus necesidades desde un punto de vista fisiológico.

Conclusiones

1. El mayor por ciento de los pacientes fue del sexo masculino y no predominó un grupo de edades en específico.
2. Las afecciones de colon encontradas fueron: neoplasias, colitis ulcerativa, vólvulos y enfermedad de Crohn y todas, excepto una, se presentaron en forma de oclusión intestinal baja.

3. La intervención realizada fue la Colectomía total, con Ileoproctostomía en cuatro casos e Ileostomía en el otro y las principales complicaciones presentadas fueron la deshisencia de la sutura y la sepsis de la herida.
4. Se comprobó a través de las radiografías de tránsito intestinal que el intestino se estaba colonizando, adaptándose a las nuevas condiciones.
5. Los antecedentes patológicos fueron: cardiopatía isquémica, colitis ulcerativa y epilepsia.
6. Dos de los pacientes estudiados, dos han fallecido, ambos por causas ajenas a la intervención, la supervivencia es superior a los 5 años, con una excelente calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Prives M. Lisenkov N. Bushkovich V. *Anatomía Humana* t. II. 5ta. ed. URSS; 1984: pp. 71-82.
2. Guyton A.C. Hall J.E. *Tratado de Fisiología Médica* t. III; 1998: pp. 903-915.
3. Bennett y Plum de Cecil. *Tratado de Medicina Interna*. v. 1. 20 a Ed; 1998: pp. 788-809.
4. Madden J.L. *Atlas de técnicas en Cirugía*. t. I. Segunda edición. Cuba; 1983; p. 376-384
5. Sabiston David. C., Chistopher. *Tratado de Patología Quirúrgica*. t. 1y 2. Onceava edición. Cuba; 1983: p. 1050-1062.
6. Nyhus. L.M. Baker R.J. *Mastery of Surgery*. v. II. Second edition. USA; 1992: pp. 1273-1284.
7. Stein Jay H. *Internal Medicine*. 4th Ed.; 1994: pp. 475-477.
8. Dr. Sierra Enriques E. "Vólvulo del sigmoides. Morbilidad. Estudio de 63 pacientes", en *Revista Cubana de Cirugía* 1998; 37(1): 21-46.
9. Dr. Membilbre Taboada R. "Tumores de Apéndice Cecal", en *Revista Cubana de cirugía* 1998; 37(2): 5-9.
10. Dr. Galano Urgellés R. "Adenocarcinoma de Apéndice Cecal", en *Revista Cubana de Cirugía* 1998 (3): 120-5.