



Cirugía y Cirujanos

ISSN: 0009-7411

cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

México

Sierra-Montenegro, Ernesto; Fernández-Rivero, José Manuel; Villanueva-Sáenz, Eduardo; Peña Ruiz, Juan Pablo; Martínez-Hernández, Paulino; Soto-Quirino, René

Calidad de vida después de proctocolectomía restaurativa con reservorio ileonal en J en pacientes con colitis ulcerativa

Cirugía y Cirujanos, vol. 75, núm. 6, noviembre-diciembre, 2007, pp. 449-452

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66275607>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://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

## ***Calidad de vida después de proctocolectomía restaurativa con reservorio ileonal en “J” en pacientes con colitis ulcerativa***

*Ernesto Sierra-Montenegro, José Manuel Fernández-Rivero, Eduardo Villanueva-Sáenz, Juan Pablo Peña-Ruiz Esparza, Paulino Martínez-Hernández Magro, René Soto-Quirino*

### **Resumen**

**Introducción:** La proctocolectomía restaurativa con reservorio ileonal en J se ha convertido en el tratamiento más común para los pacientes con colitis ulcerativa. Esta operación remueve todo el colon y el recto enfermo conservando el complejo esfintérico y, por lo tanto, la continencia. Uno de los objetivos de esta cirugía es mejorar la calidad de vida.

**Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a cirugía de reservorio ileonal por colitis ulcerativa crónica inespecífica, de enero de 1995 a diciembre de 2004, y se aplicó el cuestionario SF-36 para valorar calidad de vida. El método usado fue observacional, retrospectivo, transversal.

**Resultados:** Se realizaron 20 reservorios ileanales en J, de los cuales sólo se encontraron los expedientes de 14 pacientes. En cuanto a la calidad de vida, se logró entrevistar a ocho pacientes, la media fue: función física 75, rol físico 50, dolor corporal 51, salud general 77, vitalidad 47.5, función social 62.5, rol emocional 83 y salud mental 74.

**Discusión:** Existen informes previos que han mostrado que la proctocolectomía es un procedimiento seguro y eficaz para los pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica, independientemente de que se acompañe de ileostomía definitiva, continente o un reservorio.

**Conclusiones:** La presencia de un estoma y la incontinencia fecal resultan en deterioro de la calidad de vida después de la proctocolectomía, por lo cual ambas deben evitarse; 87.5 % de los pacientes encuestados consideró que su estado de salud ha mejorado en un año.

**Palabras clave:** Reservorio ileonal, calidad de vida.

### **Summary**

**Background:** Restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis has become the most common treatment in patients with ulcerative colitis. This procedure removes the entire colon, conserving the sphincteric complex and, therefore, preserving continence. The most important goal of this surgery is to improve quality of life.

**Methods:** We reviewed the files of patients who underwent restorative proctocolectomy with ileal pouch-anal anastomosis for ulcerative colitis from January 1995 to December 2004. We administered questionnaire SF-36 to evaluate quality of life. We used an observational, retrospective, and transversal method.

**Results:** Twenty “J” pouch procedures were done, of which files of 14 patients were reviewed. As far as quality of life, we were able to interview only eight patients and the average was as follows: physical function 75, physical status 50, corporal pain 51, general health 77, vitality 47.5, social function 62.5, emotional status 83 and mental health 74.

**Discussion:** Previous reports exist showing that proctocolectomy is a safe and effective procedure for patients with ulcerative colitis and where ileostomy is accompanied by one definitive, independent continent or pouch.

**Conclusions:** The presence of stoma and fecal incontinence are factors that contribute to deterioration of quality of life after proctocolectomy; thus, both should be avoided. Of the patients who we interviewed, 87.5% consider that their health status has improved during 1 year.

**Key words:** Ileonal pouch, quality of life.

## **Introducción**

Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, Distrito Federal.

### *Solicitud de sobretiros:*

Ernesto Sierra-Montenegro,  
Cañar 607, Guayaquil-Ecuador.  
E-mail: gesierra21@yahoo.com

Recibido para publicación: 06-02-2007

Aceptado para publicación: 04-05-2007

La colitis ulcerativa crónica inespecífica es una entidad nosológica que se caracteriza por inflamación crónica y recurrente de la mucosa colorrectal que se extiende desde el recto por todo el colon. La incidencia se reporta en 6 a 12 por cada 100 mil habitantes, sobre todo en países industrializados.<sup>1</sup>

Existen indicaciones en los pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica para ser sometidos a procedimientos quirúrgicos de urgencia,<sup>2</sup> entre ellas hemorragia masiva, perfora-

ción, colon tóxico y megacolon tóxico; entre las indicaciones electivas están falta de respuesta al tratamiento médico,<sup>3</sup> displasia o cáncer<sup>4</sup> y manifestaciones extraintestinales.<sup>2,4</sup>

Existen diferentes procedimientos quirúrgicos que se han realizado antes como colectomía subtotal con ileostomía,<sup>5</sup> colectomía subtotal con ileorrectoanastomosis,<sup>6</sup> proctocolectomía con ileostomía<sup>7</sup> y proctocolectomía restaurativa con reservorio ileoanal.<sup>8</sup>

La anastomosis ileoanal después de una proctocolectomía total fue efectuada por varios cirujanos europeos durante las primeras décadas de 1900. En Estados Unidos, Ravitch y Sabiston<sup>9</sup> publicaron su experiencia con perros.

En 1980, Utsunomiya y colegas<sup>10</sup> y Parks<sup>11</sup> simultáneamente describieron su experiencia con la adición de un reservorio, realizado con el ileon terminal y anastomosado al ano con una anastomosis latero-terminal. Se ha llevado a cabo la creación de un reservorio con dos (J), tres (S) o cuatro (W) asas de intestino delgado, pero el reservorio en J se ha convertido en el más usado.<sup>12</sup> Esta operación remueve todo el colon enfermo conservando la defecación transanal y la continencia. Lo importante de esta cirugía es mejorar la calidad de vida.

El SF-36 fue desarrollado durante el *Medical Outcome Study* (MOS) para medir conceptos genéricos de salud relevantes a través de la edad, enfermedad y grupos de tratamientos. Representa ocho de los conceptos de salud más importantes incluidos en el MOS y en otras encuestas de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud.<sup>13</sup> Originalmente desarrollado para su uso en Estados Unidos, SF-36 ha sido traducido y adaptado para ser empleado en todo el mundo, a través del proyecto "Evaluación internacional de la calidad de vida".<sup>14,15</sup>

## Material y métodos

Se procedió a revisar los expedientes de los pacientes sometidos a cirugía de reservorio ileoanal por colitis ulcerativa crónica inespecífica, de enero de 1995 a diciembre de 2004. Se procedió a analizar edad, sexo, extensión de la enfermedad, años de padecer la enfermedad, indicación de la cirugía, calidad de vida.

El SF-36 proporciona un método exhaustivo, eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. Fue construido para representar ocho de los conceptos de salud más importantes incluidos en el MOS y otras encuestas de salud ampliamente utilizadas, incluye:

1. *Función física*: grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar peso, y los esfuerzos moderados e intensos.
2. *Rol físico*: grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.

3. *Dolor corporal*: intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.
4. *Salud general*: valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
5. *Vitalidad*: sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
6. *Función social*: grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. *Rol emocional*: grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. *Salud mental*: incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.

Los criterios de selección fueron todos los pacientes operados en el servicio por colitis ulcerativa crónica inespecífica y se excluirían los pacientes de quienes no se pudiera conseguir el expediente o a pesar de encontrar el expediente no poder contactarlos por cambios de residencia no notificados al Servicio de Cirugía de Colon y Recto. El método usado fue observacional, retrospectivo, transversal.

## Resultados

De 20 pacientes, se encontró los expedientes de 14. La edad promedio fue de 43.9 años (26-57); 10 pacientes (71.4 %) fueron del sexo femenino y cuatro (28.6 %) del masculino. La extensión de la enfermedad se presentó como sigue: 10 casos pancolitis, dos proctosigmoiditis, uno colon izquierdo y uno indeterminado.

Los años de padecer la enfermedad fueron: más de 10 años, cuatro pacientes; 10, 7, 6, 5 años, uno cada uno; menos de cinco años, seis. La indicación quirúrgica fue falta de respuesta al tratamiento 11, perforación, estenosis y colon tóxico, uno cada uno.

En 1996 se realizaron tres cirugías; en 1999, una; en 2000, dos; en 2002, cuatro; en 2003, tres; en 2004, una. Cabe resaltar que en dos casos los resultados de histopatología después de la cirugía revelaron enfermedad de Crohn. Un paciente falleció después de la cirugía.

En cuanto a la calidad de vida, sólo se logró entrevistar a ocho pacientes. Los resultados en cada aspecto de análisis (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y evolución declarada de la salud) se muestran en el cuadro I.

## Discusión

Existen informes previos que han mostrado que la proctocolectomía es un procedimiento seguro y eficaz para los pacientes con

colitis ulcerativa crónica inespecífica, sin importar que se acompañe de ileostomía definitiva, continente o un reservorio.<sup>16,17</sup>

Recientemente se comparó la calidad de vida entre un grupo de pacientes con ileostomía definitiva y otro grupo con reservorio ileonal, donde en cada categoría fue superior el segundo grupo.<sup>18</sup>

Cabe resaltar que en nuestra serie se encontró enfermedad de Crohn en dos pacientes. Luego de realizar el reservorio, el primero presentó fistulas enterocutáneas, las cuales fueron estudiadas aun cuando el análisis de la pieza quirúrgica había indicado colitis ulcerativa crónica inespecífica. El otro presentó pouchitis, por lo que se obtuvo una muestra para biopsia que indicó enfermedad de Crohn; no fue necesario retirar el reservorio dado que el paciente refirió sentirse bien.

En dos estudios,<sup>19,20</sup> 35 % de los pacientes requirió escisión del reservorio, 9 % tuvo enfermedad perianal persistente y 56 % se mantuvo con el reservorio funcionante. En otro análisis, la resección del reservorio se realizó en 30 % de los pacientes mientras que 70 % no mostró complicaciones. Finalmente, estas investigaciones indican que en los pacientes en quienes se identifica enfermedad de Crohn posterior a la cirugía y que mantienen los reservorios funcionantes, los resultados serán parecidos a los observados en pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica.

Es importante mencionar que durante la búsqueda de los pacientes para ser interrogados y obtener respuestas de su calidad de vida, encontramos que una paciente ya fallecida había presentado insuficiencia renal aguda debido al alto gasto que presentó por la ileostomía; los familiares notificaron que su calidad de vida había desmejorado paulatinamente por la deshidratación continua derivada de la ileostomía; dado que no fue posible llevar a cabo una valoración real de acuerdo con el cuestionario, no fue incluida en el estudio.

De acuerdo con cada parámetro del SF-36 pudimos constatar lo siguiente: respecto a la función física sólo un paciente se encontraba dentro del rango de lo regular; en el parámetro del rol físico, tres tuvieron una función física mala; en el dolor corporal, tres manifestaron dolores que alteraban su calidad de vida; la salud general tuvo una mala percepción en dos pacientes; 50 % de los pacientes manifestó menor vitalidad; 25 % indicó que el

**Cuadro I.** Resultados calidad de vida

	Mínimo	Máximo	Media	DE
Función física	30.0	100.0	75.0	20.31
Rol físico	0.0	100.0	50.0	35.35
Dolor corporal	22.0	100.0	51.0	26.97
Salud general	20.0	100.0	77.0	26.32
Vitalidad	25.0	95.0	47.5	23.29
Función social	12.5	100.0	62.5	29.69
Rol emocional	0.0	100.0	83.0	45.20
Salud mental	24.0	96.0	74.0	25.11

DE = desviación estándar.

aspecto de la función social se había deteriorado considerablemente; el rol emocional estaba alterado en 37.5 %; y, finalmente, la salud mental se encontraba con alteraciones en 25 %.

Los resultados son una pequeña muestra de cómo a futuro seguirán nuestros pacientes posterior a la proctocolectomía restaurativa y el impacto familiar que conlleva.

## Conclusiones

La presencia de un estoma y la incontinencia fecal resultan en deterioro de la calidad de vida después de la proctocolectomía, por lo cual ambas deberían evitarse.

Es importante difundir más el procedimiento en México, para que el paciente no lo tome como un paso final sino, por el contrario, como el inicio de su recuperación a la salud total.

## Referencias

1. Andres PG, Friedman LS. Epidemiology and the natural course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1999;28:255-281.
2. Wexner SD, Rosen L, Lowry A, et al. Practice parameters for the treatment of mucosal ulcerative colitis: supporting documentation. *Dis Colon Rectum* 1997;40:1227-1285.
3. Takahashi T, Arch J, Gómez-Méndez T. Alternativas quirúrgicas para el tratamiento de la colitis ulcerativa crónica inespecífica. *Rev Gastroenterol Mex* 1996;61:134-138.
4. Nelly KA, Pemberton JH, Wolf BG. Ileal pouch-anal anastomosis. *Curr Prob Surg* 1992;29:61-131.
5. Carter FM, McLeod RS, Cohen Z. Subtotal colectomy for ulcerative colitis: complications related to the rectal remnant. *Dis Colon Rectum* 1991;34:1005-1009.
6. Parc R, Legrand M, Frileux P, et al. Comparative clinical results of ileal-pouch anal anastomosis and ileorectal anastomosis in ulcerative colitis. *Hepato-Gastroenterology* 1989;36:235-239.
7. Cohen Z. Panproctocolectomy and ileostomy. *Surgery of the Colon, Rectum, and Anus*, 5<sup>th</sup> ed. Oxford: Butterworth-Heinemann;1993. pp. 513-522.
8. Michelassi F, Hurst R. Restorative proctocolectomy with J-pouch ileoanal anastomosis. *Arch Surg* 2000;135:347-353.
9. Ravitch MM, Sabiston DC Jr. Anal ileostomy with preservation of the sphincter<sup>½</sup>a proposed operation in patients requiring total colectomy for benign lesions. *Surg Gynecol Obstet* 1947;84:1095-1099.
10. Utsunomiya J, Iwama T, Imajo M, et al. Total colectomy, mucosal proctectomy, and ileoanal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1980;23:459-466.
11. Parks AG, Nicholls RJ, Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. *Br J Surg* 1980;67:533-538.
12. Sagar PM, Taylor BA. Pelvic ileal reservoirs: the options. *Br J Surg* 1994;81:325-332.
13. Ware JE, Jr, Kosinski M, Bayliss MS, et al. A comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Medical Care* 1995;33(4Suppl):AS264-AS279.
14. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research* 1992;1:349-351.
15. Kock NG, Myrvold HE, Nilsson LO. Progress report on the continent ileostomy. *Arch Surg* 1969;99:223-231.
16. Dozois RR, Kelly KA, Beart RW, et al. Improved results with continent ileostomy. *Ann Surg* 1980;192:319-324.

17. Pemberton JH, Phillips SF, Ready RR, et al. Quality of life after Brooke ileostomy and ileal pouch-anal anastomosis. Ann Surg 1989;209:620-628.
18. Strong SA, Fazio VW. Surgical Therapy of Crohn's disease. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB Saunders;2000. pp. 658-709.
19. Kock NG, Myrvold HE, Nilsson LO. Progress report on the continent ileostomy. World J Surg 1980;4:143-148.
20. Barnett WO. Current experiences with the continent intestinal reservoir. Surg Gynecol Obstet 1989;168:1-5.