

¿Es conveniente la resección ileocólica en la enfermedad de Crohn con presentación aguda?

Gerardo Manzanet, Rogelio Calderón, Ramón Morón, Consuelo Suelves, Asumpta Trías, Ricardo Corell, Gonzalo Todolí, Jorge Navarro, Eduardo Peiró, Antonio Clarós y Lucas Castell
Servicio de Cirugía General. Hospital de La Plana. Vila-Real. Castellón. España.

Resumen

El hallazgo intraoperatorio de una ileítis de Crohn no complicada, durante el transcurso de una laparotomía por sospecha de apendicitis, plantea dos cuestiones. Por un lado, realizar o no una apendicectomía profiláctica, por otro, resear o no el íleon terminal enfermo. Pese a que la recomendación de la Guía Clínica de la Asociación Española de Cirujanos es la de practicar una resección ileocólica en estos casos, no hay suficientes estudios que demuestren cuál es la mejor opción terapéutica y la postura clásica conservadora puede seguir siendo válida. Presentamos un caso de Crohn intervenido de urgencia por sospecha de asa estrangulada por brida y tratado con resección ileocólica de urgencia.

Palabras clave: *Enfermedad de Crohn. Ileítis. Resección ileocólica.*

IS ILEOCOLONIC RESECTION APPROPRIATE IN ACUTE CROHN'S DISEASE?

The intraoperative finding of uncomplicated Crohn's ileitis during laparotomy for suspected appendicitis poses two questions. Firstly, whether to perform prophylactic appendectomy and secondly, whether to resect the diseased terminal ileum. Although the Clinical Guidelines of the Spanish Association of Surgeons recommends ileocolonic resection in these cases, there are insufficient studies that demonstrate which is the best therapeutic option and the classical conservative approach may still be valid. We present a patient with Crohn's ileitis who underwent emergency surgery for suspected strangulation of a loop by an adhesion band and who was treated with emergency ileocolonic resection.

Key words: *Crohn's disease. Ileitis. Ileocolonic resection.*

Introducción

El hallazgo intraoperatorio de una enfermedad de Crohn ileal en el transcurso de una laparotomía por sospecha de apendicitis es una situación conocida por la mayoría de los cirujanos generales. Si el íleon terminal afectado no está complicado por una perforación, una fístula o una obstrucción, el cirujano se plantea dos cuestiones. Por un lado, realizar o no una apendicectomía profiláctica y, por otro, resear o no el íleon terminal enfermo.

Aunque durante más de cuatro décadas ha sido motivo de controversia¹⁻⁵, parece existir un consenso general en que debe llevarse a cabo apendicectomía profiláctica, siempre que la base cecal esté indemne, con la finalidad de evitar problemas diagnósticos en el futuro. En caso contrario se desaconseja la apendicectomía por el elevado riesgo de fístula cecal⁵⁻⁹.

Aunque el tratamiento clásico de no actuar sobre el intestino delgado enfermo sigue siendo una norma para la mayoría de los cirujanos, publicaciones recientes aconsejan efectuar una resección ileocólica de urgencia siempre que se tenga la certeza diagnóstica de enfermedad de Crohn. En este sentido, en la guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos⁸ se recomienda realizar una resección ileocecal con anastomosis ileocólica en todos los casos de enfermedad de Crohn con presentación aguda durante una laparotomía.

La mayoría de ileítis de Crohn diagnosticadas intraoperatoriamente se producen en el transcurso de una laparotomía por sospecha de apendicitis aguda, pero también otros diagnósticos de abdomen agudo pueden indicar la laparotomía urgente, como en el caso que presentamos.

Caso clínico

Varón de 35 años, con antecedentes de apendicectomía en la infancia, que acude al servicio de urgencias por presentar clínica de suboclusión intestinal de 2 días de evolución, con vómitos, dolor abdominal cólico difuso, febrícula y ausencia de emisión de heces pero no de gases. En la exploración clínica el abdomen está ligeramente distendido, timpánico, sin peritonismo, y no presenta hernias ni eventración de la cicatriz de McBurney. La radiografía simple de abdomen es compatible con obstrucción de intestino delgado y la ecografía de abdomen es nor-

Correspondencia: Dr. G. Manzanet Andrés.
Plaza San Pascual, 15. 12540 Vila-Real. Castellón. España.
Correo electrónico: manzanet_ger@gva.es

Aceptado para su publicación en marzo de 2003.

mal. El estudio analítico objetiva una leucocitosis con desviación izquierda. Con la sospecha diagnóstica de suboclusión intestinal por probable brida, se instaura tratamiento médico conservador, consistente en reposo digestivo, sonda nasogástrica, sueroterapia, analgesia y antibióticos. A las 24 h del ingreso el estado general del paciente empeora, y aparece peritonismo generalizado y fiebre alta. Ante la sospecha de asa intestinal estrangulada es intervenido de urgencia. En la laparotomía se objetiva ascitis serosa, dilatación del intestino delgado y plastrón inflamatorio en íleon terminal sin absceso ni perforación, sugerente de enfermedad de Crohn ileal. Se practica resección ileocecal y anastomosis ileocólica laterolateral. El postoperatorio transcurre con normalidad, y el paciente es dado de alta a los 8 días de la intervención sin tratamiento médico preventivo. El informe anatomopatológico de la pieza de resección confirmó el diagnóstico de enfermedad de Crohn ileal.

Discusión

La postura clásica de no actuar sobre el íleon terminal con enfermedad de Crohn se fundamenta en la posibilidad de seguir un tratamiento médico que puede evitar resecciones innecesarias, disminuyendo el riesgo de intestino corto. Algunos autores sugieren que la resección ileocólica en fase aguda puede conllevar mayor número de complicaciones postoperatorias. También se plantea el diagnóstico diferencial con otras causas de ileítis aguda que no requieren resección, como por ejemplo la infección por *Yersinia*^{5,10}.

Sin embargo, algunos trabajos informan de una elevada tasa de complicaciones postoperatorias si no se resecta el íleon terminal con enfermedad de Crohn, tanto a corto como largo plazo. Se ha descrito un 10-83% de fístulas enterocutáneas tras laparotomía exploradora, con o sin apendicectomía asociada, en pacientes con enfermedad de Crohn no complicada. El origen de la fístula es el íleon enfermo y no la base apendicular, y se atribuye a una pérdida del hermetismo de las fisuras transmurales del íleon enfermo provocada por la manipulación intraoperatoria del plastrón. El propio Crohn ya observó que la aparición de una fístula postoperatoria tenía poco que ver con el hecho de quitar o no el apéndice. También se ha comunicado que la tasa de reintervención temprana que sigue el tratamiento conservador es elevada (38-44%)^{1-5,10}.

A pesar de estos resultados, sólo hemos encontrado tres publicaciones que recomiendan la resección de urgencia en la enfermedad de Crohn no complicada de presentación aguda. Retrasar el tratamiento quirúrgico no parece reducir la tasa de reoperación por recurrencia de la enfermedad ni mejora el pronóstico a largo plazo¹¹. Keighley y Williams, en su tratado de cirugía colorrectal⁶, recomiendan la resección ileocólica de urgencia siempre que el cirujano tenga la suficiente experiencia para diagnosticar la ileítis de Crohn. En caso de duda, aconsejan tomar una muestra ganglionar para microbiología y cerrar la laparotomía, completando el estudio con un tránsito y una serología que descarte infección por *Yersinia*. En caso de confirmarse el diagnóstico de enfermedad de Crohn recomiendan realizar una reintervención temprana y una resección ileocólica. Este criterio es el adoptado por la guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos. El único trabajo que hemos encontrado que compara a largo plazo los pacientes operados sometidos a resección ileocólica de urgencia con los que han seguido tratamiento conservador es el realizado por Weston et al¹⁰. Aunque el trabajo incluye pocos casos (36 pacientes), las complicaciones postoperatorias fueron más frecuentes y graves en el grupo conservador (31%) que en el grupo resecado (10%), y correspondieron a fístulas en-

terocutáneas y a abscesos, en el primer grupo, y a un caso de absceso, en el segundo. La tasa de reintervención también fue más elevada y más temprana en el grupo conservador (un 85% a 5 años y un 92% a 20 años) que en el resecado (un 0% a 5 años y un 50% a 24 años). Se ha sugerido que la presentación aguda de la enfermedad podría tener un curso más fulminante que otras formas^{5,10}. Sin embargo, la pérdida del hermetismo intestinal que provoca el manejo quirúrgico de las asas podría ser el factor que agrava la evolución natural de la ileítis en vez de tratarse de una forma de presentación más grave. Faltaría saber cuál habría sido la evolución si no se hubiera cometido el error de operar al paciente.

Un parámetro que no se describe en las publicaciones y que en la práctica puede condicionar la realización o no de la resección ileal de urgencia es la vía de abordaje empleada. Si se ha llevado a cabo una laparotomía media, el cirujano es más propenso a realizar una resección ileocecal, mientras que si se ha realizado una incisión de McBurney o un acceso laparoscópico, hay mayor reticencia a efectuar la resección, ya que ello implicaría practicar otra incisión o disponer de un cirujano experto en laparoscopia colorrectal.

Conclusiones

Pese a que la recomendación de la guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos es practicar una resección en la ileítis de Crohn de presentación aguda, la postura clásica conservadora puede seguir siendo una opción válida, ya que la cifra de complicaciones postoperatorias que le acompaña es muy dispar, y varía de un 10 a un 83%, según los autores. Creemos que hay pocos estudios que comparan el tratamiento conservador con el que preconiza la resección, las muestras son demasiado pequeñas y los seguimientos suelen ser cortos. Deberían llevarse a cabo más estudios al respecto para poder determinar cuál es la mejor estrategia terapéutica.

Bibliografía

1. Kewenter J, Hultén L, Kock NG. The relationship and epidemiology of acute terminal ileitis and Crohn's disease. *Gut* 1974;15:801-4.
2. Simonowitz DA, Rush VW, Stevenson JK. Natural history of incidental appendectomy in patients with Crohn's disease who required subsequent bowel resection. *Am J Surg* 1982;143:171-3.
3. Fonkalsrud EW, Ament ME, Fleisher D. Management of the appendix in young patients with Crohn's disease. *Arch Surg* 1982;117:11-4.
4. Oren R, Rachmilewitz D. Preoperative clues to Crohn's disease in suspected acute appendicitis. Report of 12 cases and review of the literature. *J Clin Gastroenterol* 1992;15:306-10.
5. Marx FW Jr. Incidental appendectomy with regional enteritis: advisability. *Arch Surg* 1964;88:546-51.
6. Keighley MRB. Surgical treatment of small bowel Crohn's disease. In: Keighley MRB, Williams NS, editors. *Surgery of the anus, rectum and colon*. London: WB Saunders, 1993; p. 1710-56.
7. Lledó S. Indicaciones quirúrgicas de la enfermedad de Crohn [editorial]. *Cir Esp* 1999;66:93-5.
8. Lledó Matoses S. Guía clínica de cirugía colorrectal de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Aran, 2000; p. 205-30.
9. Lledó S. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn: cuándo operar y cómo. En: Gassull MA, Gomollón F, Obrador A, Hinojosa J, editores. *Enfermedad inflamatoria intestinal*. Madrid: Ediciones Ergon, 2002; p. 261-71.
10. Weston LA, Roberts PL, Schoetz DJ, Collier JA, Murray JJ, Rusin LC. Ileocolic resection for acute presentation of Crohn's disease of the ileum. *Dis Colon Rectum* 1996;39:841-6.
11. Andrews HA, Keighley MR, Alexander-Williams J, Allan RN. Strategy for management of distal ileal Crohn's disease. *Br J Surg* 1991;78:679-82.