

Significado actual de la cirugía en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria del aparato digestivo

J. Hinojosa del Val

Unidad de Digestivo. Servicio de Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Valencia.

El tratamiento médico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha experimentado en los últimos años un notable avance en parte derivado del mejor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad¹. Por otra parte, la aplicación de los conocimientos derivados de la medicina basada en la evidencia, con las revisiones sistemáticas, la elaboración de los protocolos y las conclusiones de los mismos con sus implicaciones en la práctica clínica, han permitido establecer de manera más o menos definida la eficacia de los aminosalicilatos en el tratamiento tanto de la colitis ulcerosa (CU) como de la enfermedad de Crohn (EC), han contribuido a esclarecer el papel de los inmunosupresores convencionales (azatioprina y 6-mercaptopurina) en el manejo de estos pacientes y está en fase de evaluación el papel de los antibióticos, de la nutrición enteral, de los nuevos esteroides (budesonida) y de otros inmunosupresores (ciclosporina, metotrexate) en el tratamiento de la EII.

Sin embargo, una tercera parte de los pacientes con EC y posiblemente un número similar de pacientes con CU se comportan como refractarios al tratamiento médico con esteroides convencionales². En estos pacientes la administración de inmunosupresores permite controlar la actividad inflamatoria de la enfermedad y suspender o reducir de manera significativa los esteroides en un 50%-60% de casos³; esto quiere decir que todavía entre un 15%-20% del total de los pacientes se consideran como no respondedores a estos tratamientos y para ellos se acuña el concepto de *fracaso del tratamiento médico*, término en ocasiones ambiguo y difícil de definir. Es, pues, en este grupo de pacientes en el que la cirugía debe de ser contemplada como la mejor opción de tratamiento.

Evidentemente a la hora de plantear la indicación de la cirugía, la actitud varía dependiendo de si se trata de un paciente con una CU o con una EC. Mientras que en la CU la cirugía se sigue contemplando como «una solución definitiva» para la enfermedad, en la EC se sigue insistiendo en la conveniencia de una «actitud conservadora» ante el problema de la recurrencia postquirúrgica. Por tanto, bajo este punto de vista podríamos concluir que el significado actual de la cirugía en el tratamiento de la EII no ha experimentado cambios sustanciales durante los últimos años, e incluso, es más, las modernas terapias han podido reducir sus indicaciones. Sin embargo, y aun siendo un clínico, me gustaría matizar diferentes aspectos y para ello me voy a referir por separado a la CU y a la EC.

Aproximadamente la mitad de los pacientes con CU crónica van a requerir tratamiento quirúrgico dentro

de los primeros diez años de enfermedad, principalmente por su carácter crónico y la tendencia a la recidiva. Las indicaciones de la cirugía en el tratamiento de la CU siguen siendo las mismas de siempre (fracaso de tratamiento médico, megacolon tóxico, hemorragia digestiva y perforación, considerando el cáncer como una indicación absoluta en relación con la historia natural de la enfermedad). Por otra parte, la proctocolectomía restauradora con anastomosis ileo-anal y reservorio en «J» es en la actualidad el tratamiento de elección de la CU con buenos resultados funcionales y una clara repercusión en la calidad de vida de los pacientes⁴⁻⁶. Sin embargo, sin considerar la morbilidad derivada de la cirugía en sí, el 40% de los pacientes van a presentar inflamación aguda del reservorio (reservoiritis) que en el 10% de los casos será refractaria al tratamiento médico y que en un 2%-3% de los casos requerirá finalmente la exéresis del reservorio y la creación de una ileostomía definitiva⁷. Por tanto, deberíamos de cambiar la frase «la cirugía cura...» por «en un momento dado, la cirugía es la mejor opción que podemos ofrecerles a nuestros pacientes para mejorar su calidad de vida». Éste es un aspecto que siempre hay que tener presente y no prolongar tratamientos médicos que, aunque evidentemente rescatan a un número determinado de pacientes de la cirugía, pueden en otros incrementar la morbilidad postoperatoria; asimismo, de manera similar a lo referenciado por los autores del artículo publicado en el presente número⁸ que señalan que ninguno de los pacientes operados por CU hubiese retrasado la cirugía e incluso más de la tercera parte la hubieran aceptado antes, los estudios de calidad de vida realizados en los pacientes con CU tras la cirugía confirman la mejoría de la calidad de vida tras la intervención quirúrgica⁹.

La EC es una enfermedad de curso errático, que afecta a todo el tracto gastrointestinal e «incurable», en la que la cirugía, eficaz para el tratamiento de las complicaciones, no sólo no modifica el curso evolutivo, sino que presenta el inconveniente de la recurrencia (reaparición de la enfermedad tras la resección quirúrgica del segmento intestinal afecto). La mayoría de estos pacientes requieren al menos una operación a lo largo de su vida (75% en los primeros 20 años y el 90% a los 30 años de evolución de la enfermedad)¹⁰. Las indicaciones de la cirugía en el tratamiento de la EC son el fracaso del tratamiento médico y la aparición de complicaciones (relacionadas con el patrón clínico de la enfermedad). Sin embargo, mientras que la indicación es clara en presencia de complicaciones agudas (perforación, hemorragia, co-

litis fulminante) y en algunas complicaciones «crónicas» (obstrucción intestinal recurrente, abscesos, determinadas fistulas, cáncer) la decisión puede ser más complicada en las formas de la enfermedad consideradas como crónicas continuas o refractarias en las que la definición de fracaso de tratamiento médico es difícil. En estos casos conceptos como primer brote de la enfermedad o recidiva, cirugía previa, gravedad del brote, tratamientos médicos previos y respuesta a los mismos, recurrencia postcirugía van a influir de manera importante en la decisión final.

Por otra parte, la progresiva utilización del tratamiento inmunosupresor para el control de la actividad de la EC (especialmente en las situaciones de corticodependencia y de corticorresistencia) y de algunas de sus complicaciones ha mejorado la calidad de vida en muchos de estos pacientes y en ocasiones ha permitido una cirugía electiva donde, en otras circunstancias, hubiera sido necesaria una actitud más agresiva y en peores condiciones para el paciente¹¹. Sin embargo, aun asumiendo que el tratamiento médico puede influir en el curso evolutivo de la enfermedad, al reducir el número de recidivas y disminuir el riesgo de complicaciones, mejorando la calidad de vida de los pacientes, ¿realmente ha disminuido la necesidad de cirugía en la EC?; es decir, ¿se operan menos pacientes en la actualidad o se operan los mismos pero más tarde?, ¿en qué condiciones se operan?, ¿pueden los tratamientos médicos actuales influir en la morbilidad postquirúrgica? Éstas son cuestiones no claramente respondidas en la actualidad, y aunque las nuevas terapéuticas médicas, especialmente los anticuerpos monoclonales, han supuesto un claro avance en el manejo de pacientes en

situaciones clínicas difíciles en las que habían fracasado otras opciones médicas, el antaño «activismo quirúrgico» no debe de dejar paso a «la obstinación por el tratamiento médico».

El objetivo del tratamiento en la EII, tanto CU como EC, es el de controlar la actividad de la enfermedad en el intervalo de tiempo más corto posible y prevenir la recidiva con la menor morbilidad; esto finalmente se traduce en un objetivo prioritario que es la calidad de vida del paciente. Por tanto, el equilibrio entre un tratamiento médico adecuado y una cirugía oportuna constituyen el eje en torno al cual ha de girar el tratamiento de la EII.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sands BE. Biologic therapy for inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel disease* 1997; 3:95-113.
2. Andrés PG, Friedman LS. Epidemiology and the natural course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Clinics of North America* 1999; 28:255-281.
3. Michetti P, Peppercorn MA. Medical therapy of specific clinical presentations. *Gastroenterology Clinics of North America* 1999; 28:353-370.
4. Utsunomiya J, Iwama T, Imajo M, et al. Total colectomy, mucosal proctectomy and ileoanal-pull-through. *Dis Colon Rectum* 1980; 23:459-466.
5. Parks AG, Nicholls RJ. Proctocolectomy without ileostomy for ulcerative colitis. *BMJ* 1978; 2:85-88.
6. Irvine EJ. Quality of life issues in patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:18S.
7. Heppell J, Kelly K. Pouchitis. *Current Opinion Gastroenterology* 1998; 14:322-326.
8. Medina C, Vergara M, Casellas F, Naval J, Lara F, Malagelada JR. Valoración por el paciente de los beneficios a largo plazo de la cirugía de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Clin Esp* 2000; 200:470-474.
9. Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM, Zagami EA, Appelbaum MI. Health related quality of life in inflammatory bowel disease: functional status and patient worries and concerns. *Dig Dis Sci* 1989; 34:1.379-1.386.
10. Alexander-Williams, J. Indications for surgical intervention. En: Kumar D, Alexander-Williams J, eds. London: Springer-Verlag, 1993; 45-50.
11. Bouhnik Y, Lemann M, Mary JY, et al. Long term follow-up of patients with Crohn's disease treated with azathioprine or 6-mercaptopurine. *Lancet* 1996; 347:215-217.