

CIRUGÍAS NO PROGRAMADAS DEBIDAS A FRACASOS EN LA COLECTOMÍA POR COLITIS ULCEROSA

C. Taxonera^a, X. Calvet^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,d}, L. Rodrigo^e, L. Bujanda^{b,f}, F. Muñoz^g, M. Ponce^{b,h}, F. Gomez-Camachoⁱ, I. Oyagüez^j, F.J. Sabater^k, M. Diaz-Rubio^a

^aH. Clínico San Carlos

^bCIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III

^cH. Parc Taulí

^dH. La Princesa

^eH. Central de Asturias

^fH. de Donosita

^gH. Virgen Blanca

^hH. La Fe

ⁱH. Reina Sofía

^jPharmacoeconomics & Outcomes Research

^kSchering-Plough

Objetivo: Este estudio, parte del estudio COSCOL, tuvo como objetivo determinar la tasa de fracasos en la colectomía planificada y el número de cirugías no programadas que se requirieron para completar el procedimiento en pacientes en los que se practicó una colectomía total debido a colitis ulcerosa (CU).

Métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes con CU que habían sufrido una colectomía completa en 35 centros. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo mínimo de 24 meses desde la colectomía inicial recogiéndose los fracasos producidos de la cirugía planificada y el número y el tipo de las cirugías no previstas en esta población.

Resultados: 209 pacientes con colectomía completa debida a la CU fueron incluidos en el estudio (44,5% mujeres, edad media $41,6 \pm 13,2$ años en el momento de la primera colectomía). Duración media de la enfermedad $5,0 \pm 6,3$ años, 19,6% con extensión izquierda y 80,4% extensa. 143 (68,4%) pacientes recibieron inmunosupresores. En un 46,9% de los pacientes la colectomía inicial fue realizada de urgencia. La cirugía planificada fracasó en 29 (13,9%) pacientes, no encontrándose diferencias significativas en las características basales de los pacientes con fracasos y los que no. La tabla muestra los fracasos de la colectomía planificada y el tipo colectomía realizada finalmente. En la población con fracasos se realizaron 21 cirugías no programadas en 20 pacientes (13 resecciones del muñón rectal, 4 reileostomías, 3 protectomías con ileostomía, 2 protectomías, 1 protectomía con anastomosis ileoanal y 1 cierre del muñón rectal con ileostomía).

Conclusiones: Hasta un 14% de las cirugías programadas fracasan. Solamente un 15% de las panproctocolectomías con anastomosis ileoanal desarrollan fracaso del reservorio que precisa resección de éste u ostomía permanente. La anastomosis ileorectal, considerada como un procedimiento inadecuado en los pacientes

con UC, fracasó en un 40% de los pacientes. El 69% de los pacientes con fracasos en la colectomía planificada se requirió al menos una cirugía no programada. (Véase tabla a pie de página)

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.068

COLECTOMÍA DEBIDA A COLITIS ULCEROSA: CIRUGÍAS FINALES Y TIEMPOS

C. Taxonera^a, X. Calvet^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,d}, L. Rodrigo^e, L. Bujanda^{b,f}, F. Muñoz^g, M. Ponce^{b,h}, F. Gomez-Camachoⁱ, J.L. Mendoza^a, I. Oyagüez^j, F.J. Sabater^k

^aH. Clínico San Carlos

^bCIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III

^cH. Parc Taulí

^dH. La Princesa

^eH. Central de Asturias

^fH. de Donosita

^gH. Virgen Blanca

^hH. La Fe

ⁱH. Reina Sofía

^jPharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia

^kSchering-Plough S.A.

Objetivo: En estudio, parte del estudio COSCOL, se describen los tipos de colectomías y el número de tiempos en los que se realizan en una población con colitis ulcerosa (CU) y con un elevado uso previo de inmunomoduladores.

Métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes con CU que habían sufrido una colectomía completa entre 2000 y 2005 en 35 centros. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo mínimo de 24 meses desde la colectomía inicial recogiendo los datos de todas las cirugías realizadas, programadas o no, hasta completar el procedimiento.

Resultados: 209 pacientes con colectomía total debida a la CU fueron incluidos en el estudio (44,5% mujeres, edad media $41,6 \pm 13,2$ años en el momento de la primera colectomía). Duración media de la enfermedad $5,0 \pm 6,3$ años, 19,6% con extensión izquierda y 80,4% extensa. 77 pacientes (36,8%) precisan cirugía temprana, definida como aquella que se realizó en menos de dos años desde el diagnóstico de la CU. 143 (68,4%) pacientes recibieron inmunosupresores (30,8% azatioprina y/o mercaptopurina y/o metotrexato sólo, 28% ciclosporina sólo, y 41,2% ambos). En un 46,9% de los pacientes la colectomía inicial fue realizada mediante un procedimiento de urgencia. La tabla I muestra los tipos de cirugía realizados y los tiempos necesarios para completar el proceso.

Conclusiones: Aunque la panproctocolectomía con anastomosis ileoanal es reconocida como la cirugía “gold standard” para la

Colectomía programada (nº)	% de fracaso	Colectomía realizada (nº)		
Panproctocolectomía+anastomosis ileoanal	132	15%	Panproctocolectomía+anastomosis ileoanal	112
			Proctocolectomía+ileostomía	13
Proctocolectomía+ileostomía	48	4%	Proctocolectomía+anastomosis ileoanal+ileostomía	7
			Proctocolectomía+ileostomía	46
Colectomía+anastomosis ileorectal	18	39%	Colectomía+muñón rectal	2
			Colectomía+anastomosis ileorectal (no fracaso)	11
			Proctocolectomía+ileostomía	5
Colectomía+muñón rectal	11	0%	Proctocolectomía+anastomosis ileoanal	1
TOTAL	209		Colectomía+muñón rectal	1
			Colectomía+muñón rectal	11
				209

Tabla: Tasa de fracasos en la colectomía programada y tipo de colectomía realizada