



Original

Artículo español

## Tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad inflamatoria intestinal en la provincia de Albacete.

### Medical and surgical treatment of inflammatory bowel disease in the province of Albacete.

Gonzalo Fidel Martínez Jiménez<sup>1</sup>, Pedro J. Tárraga López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Gerencia de Atención Integrada de Cuenca. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. España.

<sup>2</sup>Médico de Familia. Gerencia de Atención Integrada de Albacete. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. Profesor Asociado de Medicina, UCLM. España.

#### Resumen

**Objetivo:** Analizar los distintos tipos de cirugía y tratamientos médicos utilizados en pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal en la provincia de Albacete.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal observacional en el cual se incluyeron los pacientes procedentes del servicio de cirugía general del hospital de Albacete diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal en un periodo de 7 años. Se realizó una revisión de las historias clínicas. Variables estudiadas: sexo, edad al diagnóstico, edad a la primera cirugía, antecedentes personales, tratamiento farmacológico, tipo de intervención (programada o urgente), motivo de cirugía urgente, técnica quirúrgica empleada, tipos de complicaciones postquirúrgicas, presencia de malignización y días de estancia hospitalaria.

**Resultados:** Fueron intervenidos 43 pacientes. El 55.8% fueron hombres. Un 39,5% estaban diagnosticados de colitis ulcerosa, y el 60,5% restante de enfermedad de Crohn. Los tratamientos médicos más utilizados fueron la azatioprina en la EC y la mesalazina en la CU. La primera intervención quirúrgica fue alrededor de los 35 años. La EC fue la que más intervenciones quirúrgicas de forma programada y urgente requirió, siendo el motivo principal de esta última la perforación de intestino delgado. En la CU el principal tratamiento quirúrgico fue la colectomía total, mientras que en la EC fue la resección ileocólica.

**Conclusiones:** La perforación intestinal es el motivo principal de cirugía en la Enfermedad inflamatoria intestinal.

#### Palabras clave

*Enfermedades Inflamatorias del Intestino; Colitis Ulcerosa; Enfermedad de Crohn; Terapéutica.*

#### Abstract

**Objective:** To analyze the different types of surgery and medical treatments used in patients with inflammatory bowel disease in the province of Albacete.

**Methods:** Observational cross-sectional study in which patients from the department of general surgery hospital in Albacete diagnosed with inflammatory bowel disease in a period of 7 years were included. A review of medical records was performed. Variables studied: sex, age at diagnosis, age at first surgery, medical history, drug treatment, type of surgery (elective or emergency), reason for emergency surgery, surgical technique, types of postoperative complications, presence of malignancy and days of hospital stay.

**Results:** 43 patients were operated. 55.8% were men. 39.5% were diagnosed with ulcerative colitis, and the remaining 60.5% of Crohn's disease. The most commonly used medical treatments were azathioprine in CD and mesalazine in UC. The first surgery was around 35 years. The EC was the most surgeries scheduled and urgently required, and the main reason for this latest was the drilling of small bowel. In UC main surgical treatment was total colectomy, while in EC was the ileocolic resection.

**Conclusions:** Intestinal perforation is the main reason for surgery in inflammatory bowel disease.

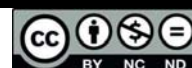
#### KEYWORDS

*Inflammatory Bowel Diseases; Colitis; Ulcerative; Crohn Disease; Therapeutics.*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pitarraga@sescam.jccm.es](mailto:pitarraga@sescam.jccm.es) (Pedro J. Tárraga López).

Recibido el 14 de julio de 2016; aceptado el 24 de julio de 2016.



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:  
Articles published in this journal are licensed with a:  
Creative Commons Attribution 4.0.  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>  
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,  
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

## Introducción:

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es un término general que se aplica a un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas de etiología desconocida que afectan al tubo digestivo<sup>1</sup>. Sus tipos principales son la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). En la CU el proceso inflamatorio afecta exclusivamente al colon. La inflamación difusa de la mucosa se inicia en el recto y, de forma continua y simétrica, se extiende proximalmente a otros segmentos del colon. Los principales síntomas incluyen diarrea, sangrado y dolor abdominal. En la EC, cualquier parte del tubo digestivo puede estar afectada, desde la boca hasta el ano, de forma focal, segmentaria, asimétrica y discontinua. En esta enfermedad, el proceso inflamatorio puede abarcar todas las capas del intestino, componente transmural, con la consiguiente aparición de fisuras, fístulas o abscesos. Al ser el íleon terminal el lugar más común de afectación, la clínica habitual consiste en episodios recurrentes de dolor cólico en el cuadrante inferior derecho del abdomen y diarrea. La fiebre también suele aparecer, mientras que la hematoquecia es mucho menos frecuente que en la CU. En el curso clínico de ambas, existe la alternancia de períodos de actividad, denominados recidivas o brotes, con períodos de inactividad, llamados fases de remisión<sup>2,3,4</sup>.

De todos los estudios existentes, tenemos algunos datos concluyentes en la actualidad. Existe una alta incidencia de EC y CU en los países industrializados y crecimiento en los países en desarrollo<sup>5</sup>. La mayor parte de los enfermos inician su enfermedad entre los 20 y los 40 años<sup>6,7</sup>. Demostrada la relación familiar con una herencia no mendeliana y la asociación con otras enfermedades autoinmunes<sup>8</sup>. El tabaquismo se asocia con una menor incidencia de CU, por el contrario, supone un factor de riesgo para la EC<sup>9</sup>. El riesgo de cáncer colorrectal es mayor en la CU, aunque en la EC también es superior al de la población general<sup>10,11</sup>.

Debido al gran impacto que en la calidad de vida supone el padecer EII, y a que los picos de mayor frecuencia se centran en las edades más productivas de la vida, podemos decir que se trata de una enfermedad con una importancia social y económica muy relevante.

El objetivo del presente estudio ha sido analizar los distintos tipos de cirugía y tratamientos médicos utilizados en pacientes diagnosticados de EII en la provincia de Albacete, valorando la relación entre el tipo de EII con los factores asociados a su aparición, las complicaciones postquirúrgicas y los días de estancia hospitalaria.

## Materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo transversal observacional en el cual se incluyeron los pacientes procedentes del servicio de cirugía general y del aparato digestivo del complejo hospitalario universitario de Albacete diagnosticados de EII en un periodo de 7 años.

Se identificaron y estudiaron 43 pacientes que cumplían criterios de inclusión, obteniéndose dicha información de la base de datos del servicio de documentación clínica del complejo hospitalario universitario de Albacete.

Se definieron las siguientes variables en el estudio: sexo, edad, edad al diagnóstico, edad a la primera cirugía y sucesivas, antecedentes personales, tratamiento farmacológico específico de la enfermedad, tipo de intervención (programada o urgente), motivo de cirugía urgente, técnica quirúrgica empleada, existencia o ausencia de complicaciones postquirúrgicas, tipo de complicaciones, días de estancia hospitalaria y presencia de malignización en el estudio de anatomía patológica.

En el análisis estadístico se recogieron los datos de filiación de los pacientes que cumplían criterios de inclusión, sacados a partir de las historias clínicas recogidas en el hospital cumplimentándose una hoja de recogida de datos estándar, para posteriormente introducir la información en una base de datos y proceder a su análisis estadístico con el programa SPSS V.12. El análisis incluyó el estudio descriptivo de las distintas variables, análisis bivalente con comparación de variables cualitativas por medio de los test Chi-Cuadrado y Exacto de Fisher.

## Resultados:

Durante el periodo de 7 años que comprende este estudio fueron intervenidos 43 pacientes diagnosticados de EII en el servicio de cirugía general y del aparato digestivo del complejo hospitalario universitario de Albacete, de los cuales el 55,8 % fueron hombres y el 44,1 % mujeres.

La edad media del diagnóstico fue de 32,2 años con una desviación estándar de  $\pm 12,1$ . Agrupando a los pacientes en tres categorías de edad al diagnóstico, se obtuvo que el 51,2 % fueron diagnosticados antes de los 35 años, el 27,9 % entre los 36 y 45 años, y el 20,9 % con más de 46 años.

Dentro de la muestra total de pacientes con EII se observó que estaban diagnosticados de CU un 39,5 % del total, y de EC el 60,5 % restante.

Analizando los antecedentes personales, cabe destacar que de entre todos los recogidos, el hábito tabáquico fue el más frecuente, llegando a estar presente en el 32,5% de los pacientes.

En relación al tratamiento específico de la enfermedad que habían recibido los pacientes de la muestra con anterioridad a la primera cirugía, se clasificaron en cuatro grupos, obteniendo los siguientes resultados: el tratamiento más empleado fue la mesalazina, utilizada en el 34,8 % del total de pacientes, seguida por los corticoides con un 30,2%, la azatioprina con un 27,9 % y, por último, la sulfasalazina con un 6,9% (Figura 1). Además, tenemos que existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de EII y el tratamiento que se utilizó ( $p < 0,05$ ), siendo la mesalazina la más administrada en pacientes con CU, por el contrario, en pacientes con EC fue más frecuente el uso del inmunosupresor azatioprina.

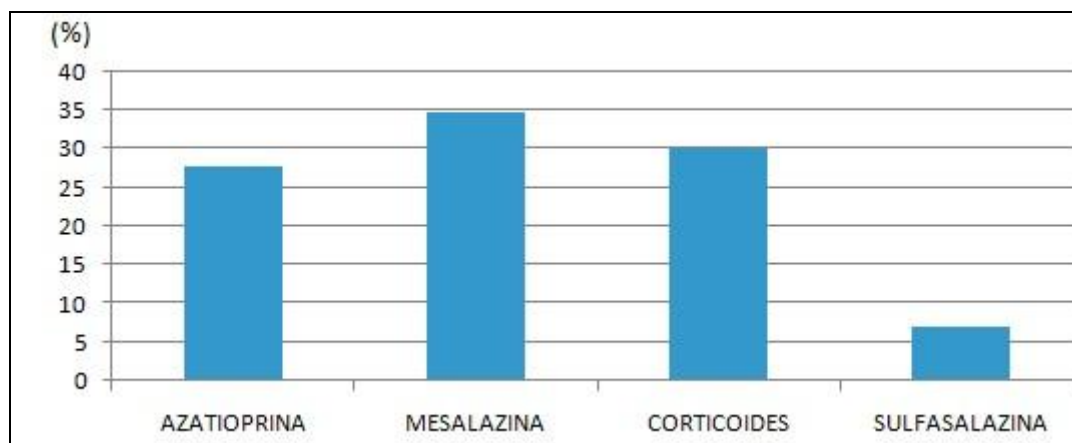


Figura 1. Tratamiento médico de pacientes con EII

La mayoría de los pacientes estudiados requirieron una primera intervención quirúrgica a una edad relativamente temprana, ya que el 44,2 % habían sido operados con menos de 35 años, el 27,9 % entre los 36 y 45 años y otro 27,9 % habían sido sometidos a una primera cirugía con más de 46 años. Cuando hablamos de una segunda y tercera intervención, las edades a las que se realizaron son posteriores, dominando el grupo de 36 a 45 años.

En cuanto al tipo de cirugía que se realizó, distinguiendo entre urgente o programada, tenemos que esta última dominó con un 86,3 %, mientras que la urgente supuso el 13,6 % restante. Por otro lado, se recogieron los principales motivos de cirugía urgente, destacando la perforación de intestino delgado con un 40 %, seguida del megacolon tóxico con un 20 %, y la anemia intensa, el absceso de pared y el absceso retroperitoneal con un 10 % respectivamente. Existe otro 10 % para otras causas (Figura 2).

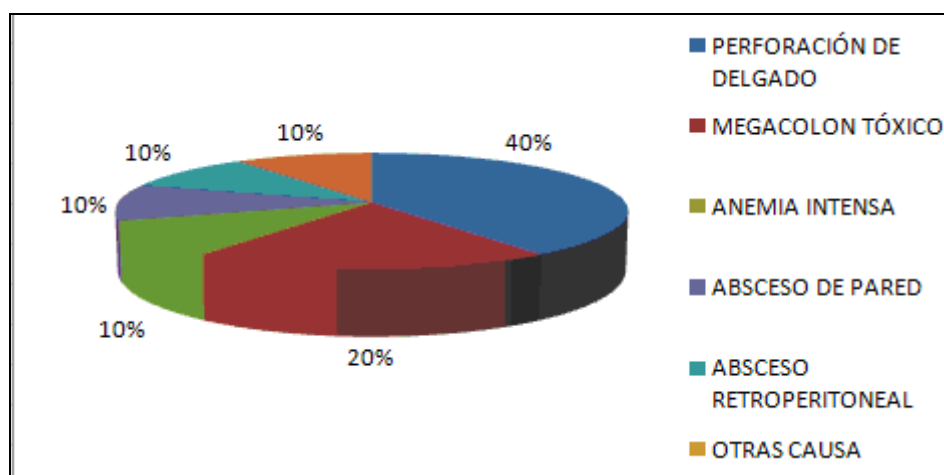


Figura 2. Motivos de cirugía urgente en pacientes con EII

Al relacionar el tipo de EII con el motivo de cirugía urgente, se obtuvo una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), así, en la CU, en el 66,6 % de los casos de cirugía urgente la causa fue debida al megacolon tóxico, mientras que en la EC, en el 80 % de los casos, el motivo de cirugía urgente fue la perforación de intestino delgado. Este último fue, además, la causa principal en pacientes mayores de 46 años ( $p < 0,05$ ).

El tipo de cirugía está muy relacionado con el diagnóstico específico, de esta forma, en la CU (Figura 3) el principal tratamiento quirúrgico fue la colectomía total (52,9 %), seguida de la proctocolectomía (29,4 %) y la colectomía subtotal (17,6 %). En los pacientes con EC (Figura 4) se observó una mayor variedad de intervenciones, siendo la más practicada la resección ileocólica (44,8 %). Es necesario aclarar que esta última pudo incluir desde ileon terminal hasta una colectomía subtotal, aunque lo habitual es que la resección en colon fuera una hemicolectomía derecha. La resección ileocólica fue seguida muy de cerca por la ileal (37,9 %), ampliada o no a ciego. La tercera cirugía más frecuente dentro de este grupo fue el drenaje de abscesos (6,8 %), que podían ser de pared abdominal, de pelvis o retroperitoneales. Le siguieron otras intervenciones como estricturoplastias, o resección de fístulas. Además, es de destacar que existe una asociación estadísticamente significativa entre los pacientes cuya edad de diagnóstico fue mayor de 46 años y el requerir como primera intervención quirúrgica una resección ileocólica, realizándose en el 66,6 %.

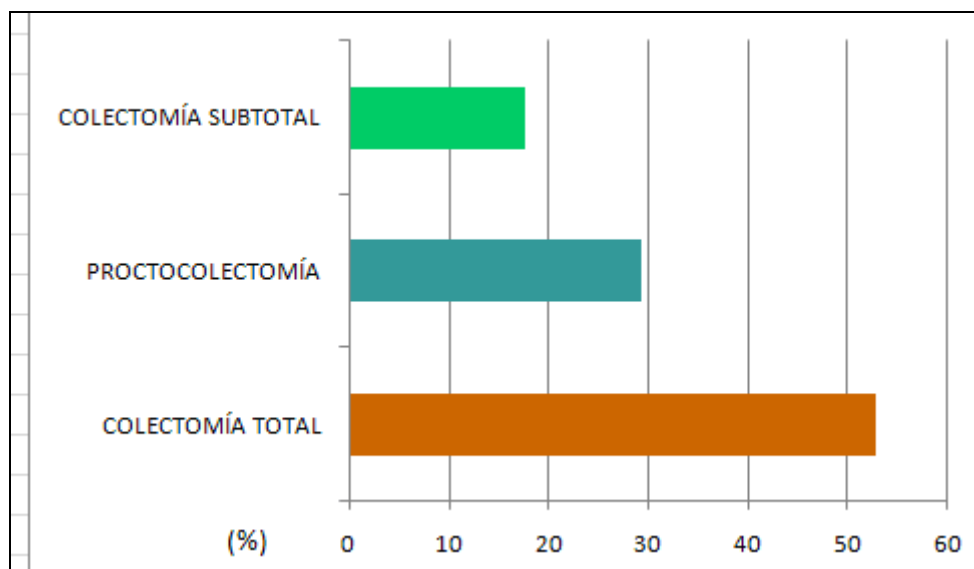


Figura 3. Técnicas quirúrgicas empleadas en pacientes con CU

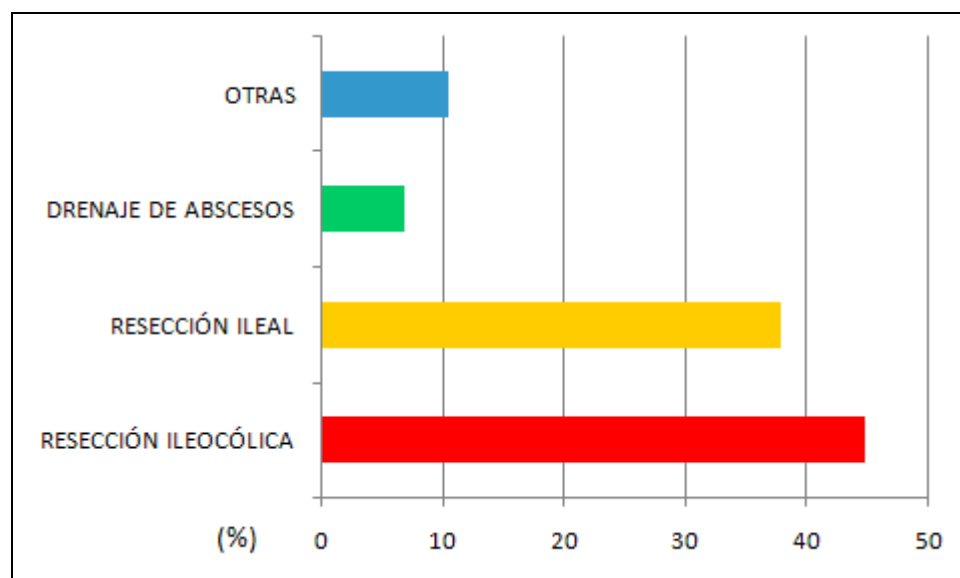


Figura 4. Técnicas quirúrgicas empleadas en pacientes con EC

La mayoría de los actos quirúrgicos no presentaron una posterior complicación, siendo así en el 73,9 % de los casos. Por el contrario, si existió algún tipo de problema en el 26 % restante, y entre los más frecuentes destacaron el absceso de pared abdominal (15,3 %), seroma de herida quirúrgica (11,5 %), fiebre (11,5 %), drenaje purulento (7,6 %), íleo paralítico (7,6 %) y dehiscencia de sutura (7,6 %). Algo menos frecuentes fueron las complicaciones como anemia, drenaje hemático, vómitos, absceso subfrénico, infección del tracto urinario, neumonía, fístula reservorio-vaginal, rechazo a grapas de sutura, etc (Figura 5).

Con respecto a la estancia hospitalaria, se agruparon a los pacientes en tres períodos: 1 a 20 días, 21 a 35 días y más de 36 días. Dentro del primero se incluyeron el 48,8 %, en el segundo el 27,9 % y en el último período encontramos el 23,3 % restante. En este apartado cabe destacar que los días de estancia hospitalaria se alargaron considerablemente en el caso de los pacientes con CU (hasta el 47 % estuvieron en el hospital más de 46 días), al contrario de los pacientes con EC, que presentaron una estancia notablemente menor (el 61,5% estuvieron durante menos de 20 días en el hospital) ( $p < 0,05$ ).

Por último, se recogieron los casos en los que se demostró una posterior malignización, tratándose de sólo 2 pacientes, lo que supone un 4,7 % del total de la muestra, ambos del grupo de CU.

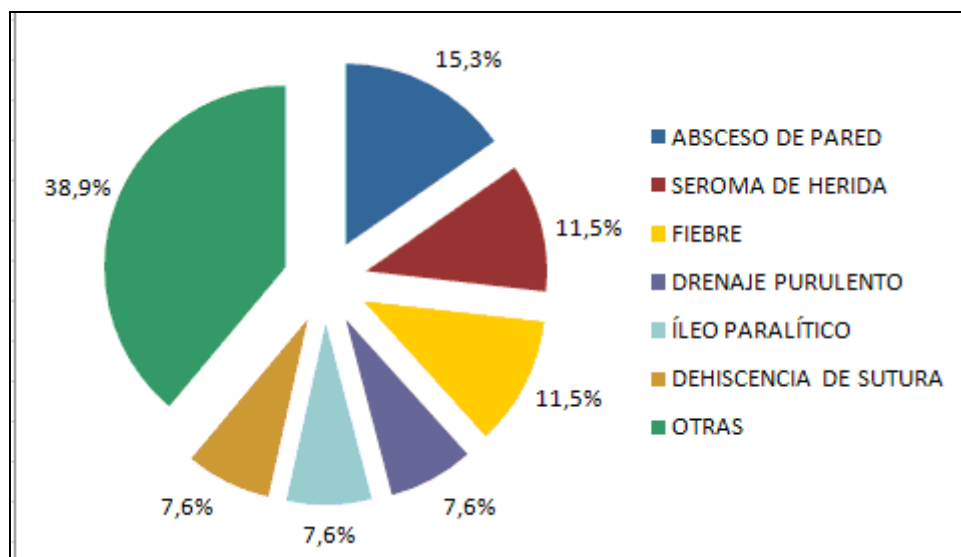


Figura 5. Complicaciones postquirúrgicas

## Discusión:

La hipótesis etiológica actual para la EII propone que en individuos genéticamente predispuestos la combinación de factores exógenos y factores del huésped se combinan para provocar un estado crónico de alteración de la función inmunitaria de la mucosa, que se altera todavía más por la presencia de factores ambientales, como por ejemplo, el tabaco<sup>12</sup>. Y es que este último parece ser un factor riesgo para padecer EC, pues en varios estudios se ha demostrado que el fumar se asocia con un incremento del riesgo del doble. Al contrario sucede con la CU, en la que hay mayor prevalencia en los no fumadores y en los exfumadores<sup>9</sup>. En el presente estudio se intentó verificar esta asociación, encontrando que el 32,5 % del total de la muestra eran fumadores, y de estos, el 64,2 % eran pacientes con EC y el 35,7 % padecían CU.

Según la literatura, la edad de máxima incidencia en ambas enfermedades se sitúa entre los 20–40 años, con un segundo pico de incidencia hacia los 60 años<sup>7</sup>. Esto queda reflejado en estos resultados, pues el grupo de pacientes que fueron diagnosticados antes de los 35 años alcanza el 51,2 %, con otro 27,9 % en los diagnosticados entre los 36 y 45 años.

La distribución demográfica que encontramos en artículos revisados nos dice que la EC tiene un predominio en la población femenina, mientras que en la CU no hay diferencias significativas entre sexos<sup>13</sup>. En este estudio se observó que el 47 % de CU eran varones y el 52,9 % mujeres, y en la EC el predominio es claramente masculino con un 65,3 %. En principio estos resultados pueden estar limitados por el tamaño de la muestra.

Un dato destacable del estudio es que en los pacientes con CU el fármaco más empleado fue la mesalazina, a diferencia de la EC, en la que fue más habitual el uso de azatioprina. Por la información consultada sabemos que en la CU una vez inducida la remisión clínica mediante salicilatos o esteroides, es aconsejable seguir tratamiento de mantenimiento de la remisión, y ya que los esteroides no han demostrado ser eficaces en esta indicación, únicamente se pueden administrar salicilatos. En la EC el uso clínico de la mesalazina como tratamiento de mantenimiento está por definir y se utiliza en los pacientes que han entrado en remisión recibiendo únicamente 5-ASA. En este grupo la azatioprina es útil en el mantenimiento de la remisión inducida por ella, por ciclosporina o por infliximab<sup>14,15,16,17</sup>.

Atendiendo a los resultados del estudio, se puede decir que no existen diferencias significativas entre la CU y la EC en cuanto a la edad media a la que se realizó el diagnóstico de una u otra enfermedad. Tampoco hay diferencias en relación a la edad media de la primera intervención quirúrgica.

Cabe mencionar que en esta serie el megacolon tóxico figura como el principal motivo de cirugía urgente en la CU con el 66,6 % de los casos, mientras que en la EC, en el 80 % de los casos el motivo de cirugía urgente fue la perforación de intestino delgado. Estos datos se apoyan en la literatura consultada<sup>18</sup>, ya que el megacolon tóxico se produce hasta en un 5 % de pacientes con CU (siendo mucho más raro en la EC), y la perforación intestinal, habitualmente en íleon terminal, aparece en el 2 % de los pacientes con EC. Además, es estadísticamente significativa la relación entre esta última complicación y la edad de los pacientes, siendo más frecuente en mayores de 46 años.

Al tratarse de dos patologías que afectan al tubo digestivo de una forma muy diferente, tenemos que el tipo de cirugía que se realiza en una u otra varía notablemente, tal y como se refleja en estos resultados. Así, en la CU, que únicamente afecta a la mucosa del colon y recto, las técnicas quirúrgicas más empleadas fueron la colectomía total (52,9%), la proctocolectomía (29,4%) y la colectomía subtotal (17,6%), siendo las dos primeras también las más frecuentes la bibliografía consultada<sup>19,20</sup>. Por otro lado tenemos la EC, en la que, por el hecho de afectar a la totalidad del tracto digestivo junto con su carácter transmural y cicatricial (que justifica la frecuente aparición de fístulas y estenosis), se realizan una mayor variedad de técnicas en la primera intervención, como son la resección ileocólica (44,8 %), la resección ileal (37,9 %), el drenaje de abscesos (6,8 %), u otras como estricturoplastias, resección de fístulas, etc. Esta mayor diversidad quirúrgica también está recogida en los artículos revisados<sup>21,22</sup>.

No se encontró una asociación significativa entre el tipo de cirugía, atendiendo a si será programada o urgente, y el tipo de EII. De la misma manera, tampoco se observaron diferencias entre CU y EC en cuanto a una mayor o menor aparición de complicaciones postquirúrgicas.

Se considera interesante destacar que se obtuvo un porcentaje del 4,7 % de malignizaciones sobre el total de la muestra, siendo los dos casos pacientes con CU. Este resultado concuerdan con los estudios consultados<sup>10,11</sup> que consideran que la degeneración neoplásica es más frecuente en la CU que en la EC, y está en relación con la extensión y duración de la enfermedad, por lo que un despistaje de cáncer de colorrectal es obligatorio en los pacientes con colitis extensa de 8-10 años de evolución<sup>23-24</sup>.

## Referencias

1. Bernstein CN, Fried M, Krabshuis JH, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, et al. World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010. *Inflamm Bowel Dis.* 2010;16(1):112-24.
2. Strober W, Fuss I, Mannon P. The fundamental basis of inflammatory bowel disease. *J Clin Invest.* 2007 Mar;117(3):514-21.
3. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *New Engl J Med* 2002;347:417-429.
4. García de Tena J, Espinosa LM, Alvarez-Mon M. Inflammatory bowel disease. *N Engl J Med.* 2002 Dec 12;347(24):1982-4.
5. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, et al. – Incidente of inflammatory bowel disease across Europe: is there a. *Gut* 1996; 39:690-7.
6. Fumery M, Dauchet L, Vignal C, Gower-Rousseau C. Epidemiology, risk factors and factors associated with disabling course in inflammatory bowel disease. *Rev Prat.* 2014 Nov;64(9):1210-5.
7. López-Serrano P, Pérez-Calle JL, Carrera-Alonso E, Pérez-Fernández T, Rodríguez-Caravaca G, Boixeda-de-Miguel D, et al. Epidemiologic study on the current incidence of inflammatory bowel disease in Madrid. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101(11):768-72.
8. Lakatos PL, Szalay F, Tulassay Z, Molnar T, Kovacs A, Gasztonyi B, Papp J, Lakatos L; Hungarian IBD Study Group. Clinical presentation of Crohn's disease. association between familial disease, smoking, disease phenotype, extraintestinal manifestations and need for surgery. *Hepatogastroenterology.* 2005 May-Jun;52(63):817-22.
9. López Rubio MA, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, Frías López MC, Solera Albero J, Bermejo López P. Alteración del perfil lipídico y del riesgo cardiovascular en pacientes con Hipotiroidismo subclínico. *JONNPR.* 2016;1(2):45-49. DOI: DOI: 10.19230/jonnpr.2016.1.2.970
10. Fraga XF, Vergara M, Medina C, Casellas F, Bermejo B, Malagelada JR. Effects of smoking on the presentation and clinical course of inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997;9:683-687.
11. Ullman TA, Itzkowitz SH. Intestinal inflammation and cancer. *Gastroenterology.* 2011;140(6):1807-16.
12. Bernstein CN, Blanchard JF, Kliever E, Wajda A. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *Cancer.* 2001;91(4):854-62.
13. Fiocchi C. Inflammatory bowel disease: etiology and pathogenesis. *Gastroenterology* 1998;182-205.
14. Bernstein CN, Blanchard JF, Rawsthorne P, et al. Epidemiology of Crohn's disease and ulcerative colitis in a central Canadian province: a population-based study. *Am J Epidemiol.* 1999;149:916-924.
15. Talley NJ, Abreu MT, Achkar JP, Bernstein CN, Dubinsky MC, Hanauer SB, et al.; American College of Gastroenterology IBD Task Force. An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol.* 2011;106 Suppl 1:S2-25.
16. Burger D, Travis S. Conventional medical management of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 2011;140(6):1827-1837.e2.
17. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al.; IBD Section of the British Society of Gastroenterology. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut.* 2011;60(5):571-607.
18. Ford AC, Achkar JP, Khan KJ, Kane SV, Talley NJ, Marshall JK, et al. Efficacy of 5-aminosalicylates in ulcerative colitis: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2011;106(4):601-16.
19. Berg DF, Bahadursingh AM, Kaminski DL, Longo WE. Acute surgical emergencies in inflammatory bowel disease. *Am J Surg.* 2002 Jul;184(1): 45-51.
20. Millán Scheiding M, Rodríguez Moranta F, Kreisler Moreno E, Golda T, Fracalvieri D, Biondo S. Estado actual del tratamiento quirúrgico electivo de la colitis ulcerosa. Revisión sistemática. *Cir Esp.* 2012 Nov;90(9):548-57.
21. Blumberg D, Beck DE. Surgery for ulcerative colitis. *Gastroenterol Clin North Am* 2002;31(1):219-35.
22. Hwang JM, Varma MG. Surgery for inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2008;14:2678-90.
23. Lewis RT, Maron DJ. Efficacy and complications of surgery for Crohn's disease. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2010 Sept;6(9):587-96.
24. Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA. ¿Se deben publicar los resultados negativos o no positivos?. *JONNPR.* 2016;1(2):43-44. DOI: 10.19230/jonnpr. 2016. 1.2. 928