



UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
CAMPUS COMITÁN  
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



## TORAX

# TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Docente:

Dra. ROMEO ANTONIO MOLINA ROMAN

Alumno: Jorge Alberto Hilerio González

Grado: 6 to      Grupo: A

COLITIS ULCEROSA (CUCI)

Comitán de Domínguez Chiapas, Mayo; 2024.

## INTRODUCCION:

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria y ulcerosa crónica de la mucosa del colon, caracterizada la mayoría de las veces por diarrea sanguinolenta.

Puede haber síntomas extraintestinales, en particular artritis. El riesgo a largo plazo de cáncer de colon es alto en comparación con el de las personas no afectadas. El diagnóstico se efectúa por colonoscopia. El tratamiento consiste en ácido 5-aminosalicílico, corticosteroides, inmunomoduladores, agentes biológicos, antibióticos y, en ocasiones, cirugía.

## FISIOPATOLOGÍA DE LA COLITIS ULCEROSA

La colitis ulcerosa suele comenzar en el recto. Puede permanecer localizada allí (rectitis ulcerosa) o extenderse en sentido proximal, a veces con compromiso de todo el colon. Es inusual que afecte de una vez gran parte del intestino grueso.

La inflamación causada por la colitis ulcerosa compromete la mucosa y la submucosa, y hay un límite definido entre el tejido normal y el afectado. Sólo en la enfermedad grave compromete la muscular de la mucosa. En estadios tempranos de la enfermedad, se observa una mucosa eritematosa, finamente granulosa y friable, con pérdida del patrón vascular normal y, a menudo, con zonas hemorrágicas dispersas. La enfermedad grave se caracteriza por grandes úlceras mucosas, con exudado purulento abundante. Por encima de las zonas de mucosa ulcerada, se proyectan islas de mucosa relativamente normal o hiperplásica inflamatoria (seudopólipos). No hay fístulas ni abscesos.

## COLITIS TÓXICA

La colitis tóxica o fulminante aparece cuando la extensión transmural de la ulceración provoca íleo y peritonitis localizados. En el término de horas a días, el colon pierde el tono muscular y comienza a dilatarse.

No se recomienda usar los términos megacolon tóxico ni dilatación tóxica, porque el estado inflamatorio tóxico y sus complicaciones pueden aparecer sin megacolon franco (definido como colon transverso > 6 cm de diámetro durante una exacerbación).

La colitis tóxica es un urgencia médica que suele sobrevenir espontáneamente en el curso de una colitis muy grave, pero a veces es precipitada por fármacos opiáceos o



antidiarreicos anticolinérgicos. Puede haber una perforación colónica, que aumenta significativamente la mortalidad.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Crisis de diarrea sanguinolenta de intensidad y duración variables intercaladas con intervalos asintomáticos

Por lo general, un episodio comienza de manera insidiosa, con mayor urgencia por defecar, cólicos abdominales bajos leves y deposiciones con sangre y moco. Algunos casos se producen después de una infección

## DIAGNÓSTICO DE LA COLITIS ULCEROSA

No se dispone de un estándar de oro para el diagnóstico de EC. El diagnóstico se confirma mediante la evaluación clínica y una combinación de hallazgos endoscópicos, histológicos, radiológicos y/o investigaciones bioquímicas.

- No existe un índice único con el que se pueda cuantificar la actividad de la enfermedad para permitir una evaluación objetiva
- Las pruebas genéticas actualmente no se recomiendan para el diagnóstico de rutina de la EC.
- El dolor abdominal crónico y/o diarrea en individuos jóvenes sugiere la posibilidad de EC, sobretodo cuando se acompaña por la pérdida de peso y fiebre.
- Una historia clínica completa debe incluir un interrogatorio detallado acerca del inicio de los síntomas, viajes recientes, intolerancia a los alimentos, medicamentos (incluidos antibióticos y anti-inflamatorios no esteroideos) y antecedente de apendicectomía
- El examen físico incluye estado general, pulso, presión arterial, temperatura, sensibilidad abdominal, búsqueda de distensión, obstrucción intestinal, masas palpables o sangrado rectal pueden indicar EC. Se requiere de inspección perianal, oral y examen rectal digital. Las lesiones perianales características deberán ser evaluadas preferentemente por cirujanos colorrectales familiarizados con EC). Además se recomienda evaluación de peso e índice de masa corporal.
- A pesar de que la aparición de la EC es por lo general en edades tempranas, no es raro en las personas mayores.

## TRATAMIENTO:

- Tratamiento dietético y loperamida (excepto en los ataques agudos graves) para el alivio de los síntomas
- Ácido 5-aminosalicílico (5-ASA)
- Corticosteroides icoides y otros fármacos según los síntomas y la gravedad
- Antimetabolitos, agentes biológicos e inhibidores de la Janus cinasa o modulador del receptor de esfingosina 1-fosfato (S1P)
- En ocasiones cirugía

## PRONÓSTICO:

Por lo general, la colitis ulcerosa es crónica, con exacerbaciones y remisiones repetidas. En alrededor del 10% de los pacientes, un episodio inicial se torna fulminante, con hemorragia masiva, perforación o sepsis y toxemia. Otro 10% presenta recuperación completa después de un episodio aislado.

### Terapia de mantenimiento

Después del tratamiento eficaz de una exacerbación, se reducen gradualmente los corticosteroides basándose en la respuesta clínica y luego se los suspende, ya que no son eficaces para el mantenimiento. Los pacientes deben recibir 5-ASA por vía oral o rectal, según la localización de la enfermedad, indefinidamente, porque suspender el tratamiento de mantenimiento a menudo posibilita la recidiva. Los intervalos de dosificación de los preparados rectales pueden prolongarse gradualmente a cada 2 o 3 días. Existe amplia evidencia de que la combinación de tratamiento oral y rectal es significativamente más eficaz que uno u otro solo.

Los pacientes en los que no se pueden suspender los corticosteroides deben recibir tiopurinas (azatioprina o 6-mercaptopurina), fármacos anti-TNF, un inhibidor de la Janus cinasa (tofacitinib) o una combinación de tiopurinas o metotrexato y fármacos anti-TNF. Para los casos más refractarios, se puede usar la molécula anti-integrina vedolizumab, así como infliximab, adalimumab, golimumab o ustekinumab para el tratamiento de mantenimiento tanto de la colitis ulcerosa como de la enfermedad de Crohn. Por último, en algunos pacientes que no responden a los corticosteroides, los inmunosupresores o los agentes biológicos, puede intentarse el tofacitinib u el ozanimod como terapia de mantenimiento.

## Cirugía

Casi un tercio de los pacientes con colitis ulcerosa extensa requiere finalmente cirugía. La colectomía total es curativa: se normaliza la esperanza de vida, y se reduce de forma significativa el riesgo de cáncer de colon. Sin embargo, algunos estudios informan que hasta el 25% de los pacientes desarrollan posteriormente inflamación en la mucosa del intestino delgado compatible con enfermedad de Crohn (1, 2); esto puede ocurrir muchos años después de la cirugía. Después de la proctocolectomía con anastomosis anal con ileal reservorio (AARI), queda un pequeño riesgo de displasia o cáncer en el manguito rectal e incluso en el reservorio ileal. Después de la proctocolectomía con ileostomía o AARI, la calidad de vida mejora; sin embargo, se crean nuevos retos para la calidad de vida.

En caso de hemorragia masiva, colitis tóxica fulminante o perforación, está indicada la **colectomía de urgencia**. Por lo general, el procedimiento de elección es la colectomía subtotal con ileostomía y cierre del rectosigmoides (procedimiento de Hartmann) o fístula mucosa, porque los pacientes más comprometidos no pueden tolerar una cirugía más prolongada. Puede researse en forma programada el muñón rectosigmoideo y realizar una anastomosis ileoanal con un reservorio. No se debe dejar

## CONCLUSION:

La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) es una enfermedad crónica de la mucosa del colon que resulta de la interacción de factores genéticos y ambientales. El curso clínico de la enfermedad es impredecible, y se caracteriza por episodios de remisión y recaídas o exacerbaciones.

Múltiples estudios han sugerido el papel de los factores genéticos en la fisiopatología de la CUCI. El compartir genes de susceptibilidad, así como factores ambientales, en miembros de la misma familia parece resultar en un incremento en el riesgo de agregación familiar

## BIBLIOGRAFIA:

- Abel Archundia © 2014 Cirugía 1. Educación quirúrgica, 5e Quinta edición McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
- Schwartz Principios de cirugía, Onceava edición (2020) McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.