

¿EN QUÉ CONSISTEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN? ¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS NECESARIOS PARA EL ESTOMA?



Ignacio Fernández Hurtado

Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía y Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. Baleares

Vocabulario quirúrgico

Uno de los primeros problemas que se encuentra un paciente cuando busca información sobre cirugía es la interpretación de la terminología médica. A continuación se definen los términos más usuales para facilitar la comprensión.

Intestino delgado: es el tramo de intestino que va desde la salida del estómago hasta el colon. Está dividido en tres partes: la primera parte es el duodeno, luego viene el yeyuno y finalmente, el último tramo, es el íleon, que acaba en el colon, a nivel del ciego.

Intestino grueso: es el tramo de intestino que va desde el íleon hasta el ano. Lo dividimos en ciego (que es el trozo que está unido al íleon y es donde también está el apéndice), colon, recto y ano.

Resección: utilizamos esta palabra cuando nos referimos a quitar un trozo de algún órgano. Siempre va asociado al órgano. Por ejemplo: resección de íleon equivaldría a decir que se ha quitado un trozo de íleon. Otra forma de decirlo es poner al final del órgano el sufijo "ectomía". Así, colectomía sería sinónimo de resección de colon y equivaldría a decir que se ha quitado un trozo de colon.

Anastomosis: Tras quitar un trozo de intestino debemos unir de nuevo los extremos del corte. A la nueva unión que hacemos para que el contenido del intestino pueda seguir circulando lo llamamos anastomosis. Siempre debemos poner tras la palabra anastomosis el tipo de intestino que unimos. Ejemplo: anastomosis ileo-cólica equivale a decir que hemos unido el íleon con el colon.

¿En qué consiste la cirugía que se realiza en la enfermedad de Crohn?

Con la cirugía se pretende, primero, quitar el trozo o trozos de intestino enfermo y después, si se cumplen una serie de condiciones, anastomosar el intestino y si no, realizar una ostomía (también llamado estoma. Más adelante definiremos lo que es un estoma).

Los enfermos de Crohn presentan unas peculiaridades que todo cirujano conoce y que son:

- La cirugía no cura la enfermedad.
- Un número importante de pacientes intervenidos sufrirán una segunda cirugía a lo largo de su vida.

Estas peculiaridades obligan a los cirujanos a ser muy cuidadosos y económicos a la hora de resear o quitar trozos de intestino, porque puede suceder que a lo largo de las cirugías que un paciente puede sufrir quede insuficiente intestino para que cumpla su función (es el llamado síndrome de intestino corto).

Así pues, la técnica estándar de la cirugía de los enfermos de Crohn es la **resección económica intestinal** con posterior anastomosis. Cuando la situación del enfermo no es buena o cuando existe una importante inflamación dentro del abdomen no se aconseja realizar una anastomosis porque tiene un alto riesgo de que no pegue. En estos casos, tras la resección se realiza una ostomía.

¿Siempre hay que quitar el trozo enfermo?

En un principio, sí, porque cuando se indica la cirugía es porque el segmento de intestino enfermo no se puede curar con medicación. Pero existe una situación especial que está indicada en los pacientes que manifiestan la enfermedad en forma de varias estrecheces cortas en el intestino. En estos casos, en vez de quitar los trozos estrechos, se realiza un ensanchamiento de los mismos: lo llamamos **stricturoplastia**.

¿Se puede realizar la cirugía por laparoscopia?

Para poder acceder al contenido que se encuentra dentro del abdomen, es decir a los intestinos, es necesario realizar un corte en la piel y los músculos que forman lo que llamamos pared abdominal (es el abordaje abierto). La longitud del corte depende de dónde se localice la enfermedad y del tipo de enfermo (cuanto más obeso esté, más grande será el corte). Este corte hace que el postoperatorio sea doloroso y además deja una cicatriz. Desde hace algunos años se ha desarrollado una técnica que pretende acceder al interior del abdomen a través de pequeñas heridas. Es la llamada cirugía laparoscópica. Para ello utilizamos una cámara que se introduce en una de las heridas (que tienen un tamaño entre 0,5 cm y 1,5 cm) y unas pinzas especiales. Con esta técnica conseguimos menos dolor tras la cirugía y unas cicatrices mucho más estéticas. Pero es una cirugía más larga y requiere unos cirujanos más experimentados.

Existe la creencia de que al operar a un paciente por vía laparoscópica se realiza un tipo de cirugía diferente. Esta creencia es totalmente falsa: se realiza lo mismo dentro del abdomen sea por vía abierta o laparoscópica. Eso quiere decir que resecamos la misma cantidad de intestino y hacemos el mismo tipo de unión. Lo único que cambia es la vía de entrada, en cirugía abierta una herida más o menos larga y en cirugía laparoscópica varias heridas pequeñas.

Los enfermos de Crohn pueden beneficiarse de la técnica laparoscópica, pero debemos tener en cuenta que, aunque hagamos toda la cirugía por laparoscopia, al final tendremos que hacer un corte para poder sacar el trozo de intestino enfermo. Si el trozo de intestino es muy grande o está muy inflamado, será necesario realizar un corte grande y entonces no tiene ningún sentido hacer la laparoscopia, porque con ese mismo corte se puede hacer toda la operación.

¿Cuáles son las complicaciones más importantes después de la cirugía?

Se pueden tener las mismas complicaciones que cualquier otro paciente operado de intestino por otra causa que no sea una EC, como sangrado, infecciones...

Si la cirugía se ha realizado por laparoscopia, tiene una recuperación algo más rápida, ya que al presentar el paciente menos dolor empieza a comer y a andar antes.

Existen unas particularidades en los enfermos de Crohn que hacen que una de las complicaciones más temidas, que la anastomosis no pegue (el nombre técnico es dehiscencia o fallo de sutura), sea más frecuente que en otro tipo de pacientes (oscila entre un 10-15% de los pacientes).

Es importante señalar que un paciente que se opera por vía abierta tiene las mismas posibilidades de sufrir un fallo de sutura que un paciente operado por vía laparoscópica. Se ha visto que los pacientes con mala nutrición y que toman dosis altas de corticoides tienen más riesgo de que la unión no pegue bien. Una anastomosis o unión puede tardar hasta 10 días en pegar. Eso no significa que sea necesario estar sin comer ni ingresado esos días. Consideramos que la anastomosis ha pegado bien cuando una persona come bien, hace deposiciones, no tiene dolor y no tiene fiebre. Si la unión falla, puede ser una complicación grave y a veces es necesaria cirugía urgente y hacer un estoma.

¿Qué secuelas puede dejar la cirugía?

Como ya se ha comentado anteriormente, con la cirugía quitamos trozos de intestino que están enfermos. Si la longitud total de intestino que tenemos que quitar es larga o si el trozo que resecamos corresponde al íleon terminal y ciego, es posible que inicialmente se produzcan diarreas. Aunque la mayoría de veces ceden con el tiempo porque el intestino restante asume las funciones del que hemos quitado, a veces es necesaria medicación para el control de las mismas.

Durante las primeras semanas puede presentar dolor abdominal. Si se controla con analgésicos menores y no impiden la correcta alimentación, no reviste de ninguna importancia y desaparece con el paso del tiempo.

La presencia de cicatrices en el abdomen es otra de las secuelas que, aunque sólo sea estética, es importante porque el enfermo de Crohn es un paciente joven que da gran importancia a su imagen corporal. Aquí, el abordaje laparoscópico juega un papel muy importante porque consigue cicatrices más pequeñas.

Tras la cirugía, ¿me encontraré mejor que antes?

Sí. El paciente, tras pasar el postoperatorio inmediato, presenta una calidad de vida mejor que antes de la cirugía cediendo los síntomas que presentaba (dolor abdominal, hinchazón abdominal, diarreas, pérdida de peso).

Lo que es importante señalar es que, al no curar la enfermedad con la cirugía, es importante ponerse de nuevo en las manos del gastroenterólogo para control.

Enfermedad de Crohn del ano (enfermedad de Crohn perianal)

La enfermedad de Crohn puede afectar desde la boca hasta el ano. En el ano, la enfermedad se manifiesta hasta en un 20% de los pacientes. Y dentro de las diferentes manifestaciones clínicas que puede adoptar la enfermedad en el ano (fisuras, estrecheces...) la manifestación más frecuente y que motiva mayor discomfort al paciente es la fístula perianal. En las fístulas perianales, nuestra función consiste en facilitar la acción de la medicación colocando unos drenajes, no siempre necesarios, para evitar que las fístulas cierren en falso. En determinados pacientes se pueden realizar las mismas cirugías que hacemos en pacientes que tienen fístulas sin enfermedad de Crohn.

¿Qué es un estoma?

Un estoma intestinal es una salida artificial (se saca el intestino a la piel) que se da al intestino. Esto significa que tras realizar un estoma las heces saldrán por allí y dejarán de salir por el orificio natural que es el ano.

Lo realizamos cuando no podemos volver a unir el intestino que queda tras sacar el trozo enfermo.

Esta salida se realiza a nivel del abdomen de tal manera que según qué parte de intestino se saque, el estoma estará por debajo del nivel del ombligo a la derecha del mismo o a la izquierda.

La inmensa mayoría de pacientes que llevan un estoma realizan una vida completamente normal. Llevar un estoma no impide trabajar, si exceptuamos trabajos con gran esfuerzo abdominal, no impide realizar ejercicio, ni viajar, ni bañarse, ni tener relaciones personales.

Sin embargo, puede resultar difícil y complejo aceptar un estoma. El rechazo y el miedo son unas reacciones muy frecuentes debido al desconocimiento. Para evitar estas reacciones es importante contar con un buen apoyo del personal sanitario que enseñe los cuidados del estoma. Hay personal de enfermería especializado en estomas (se llaman estomaterapeutas). A ellas/ellos debes dirigirte para resolver cualquier duda o problema, porque son los que tienen más experiencia.

Como la salida de heces por el estoma no se puede controlar por el paciente (es totalmente automática), se necesita llevar algún tipo de dispositivo permanente que cubra el estoma y recoja las heces. Utilizamos unos dispositivos que tienen dos partes: una placa que se adhiere a la piel de alrededor del estoma y una bolsa que se adhiere a la placa. En medio de la placa recortamos un orificio para permitir la salida del estoma. Existen muchos modelos y, con la ayuda del estomaterapeuta, cada persona tendrá la que más le convenga.

¿Qué cuidados necesita un estoma?

A continuación le expongo unos consejos básicos para el cuidado del estoma:

- La función de la placa que adherimos a la piel es permitir la fijación de la bolsa y además proteger la piel de alrededor del estoma de la irritación de las heces.

Consejo: a la hora de realizar el agujero debemos cortar la placa de tal manera que sólo exponga el estoma y no se vea nada de piel. De lo contrario, la piel expuesta se irritará por las heces.

- La placa está unida a la piel con un pegamento especial que no es irritante para la piel.

Consejo: el mejor método para retirar la placa es poco a poco, sin tirones, y despegando de arriba abajo.

- La piel alrededor del estoma debe permanecer totalmente sana.

Consejo: la mejor manera de limpiarla es frotándola suavemente con agua y jabón neutro. Conseguiremos el mejor secado utilizando una toalla y realizando unos suaves golpecitos. No utilice secador. Si tiene vello por la zona, córtelo con tijeras y nunca con maquinilla.

Otras preguntas sobre estomas

¿Puedo tocar el estoma? Sí. No sentirá dolor, al no tener terminaciones nerviosas. Evite rascarlo, porque puede sangrar.

¿Puedo bañarme/ducharme sin la bolsa? Sí. El estoma no sufre con el contacto con el agua ni ésta puede entrar en el interior del estoma. Si se baña en la piscina o en el mar debe hacerlo con la bolsa puesta, por higiene.

Bibliografía

The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery. Ed. Springer. 2007

Asociación Americana de Colitis y Crohn. <http://www.ccfa.org/>

PACE (Programa de Ayuda en el Cuidado del Estoma). Coloplast. <http://www.coloplast.es/>