



Tratamiento quirúrgico de las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas: enfermedad de Crohn

D.-J. Birnbaum, T. Bège, S.-V. Berdah

El lugar de la cirugía ha cambiado considerablemente en los últimos años, debido al desarrollo de nuevos tratamientos médicos eficaces. Sin embargo, más del 60% de los pacientes con enfermedad de Crohn se operan al menos una vez en la vida. Las decisiones quirúrgicas se toman en reuniones de concertación multidisciplinarias. Las indicaciones quirúrgicas se limitan al tratamiento de las complicaciones (estenosis, masas inflamatorias, perforaciones y fístulas sintomáticas) y de los fracasos del tratamiento médico. En la actualidad, el acceso laparoscópico es la vía de acceso de elección. La resección ileocecal es la intervención más utilizada para la enfermedad de Crohn del intestino delgado. El objetivo principal es la preservación intestinal. La resección debe limitarse a las lesiones macroscópicas responsables de la sintomatología. Las estricturoplastias se han propuesto como alternativa a la resección intestinal. Su indicación se plantea cuando la resección conlleva un riesgo de intestino corto (lesiones múltiples o recidiva reiterada). El colon se afecta en un 25% de los pacientes. El objetivo del tratamiento es retrasar la ileostomía definitiva. La colitis grave es la principal indicación quirúrgica de urgencia cuando existe una afectación colorrectal. El tratamiento consiste en una colectomía subtotal sin restablecimiento de la continuidad digestiva. Fuera de los casos urgentes, las indicaciones quirúrgicas son las colitis refractarias al tratamiento médico y las lesiones estenosantes sintomáticas o infranqueables por endoscopia. Las otras indicaciones son la presencia de una displasia o de un cáncer. Cuando no existe afectación rectal, o si es mínima, está justificado realizar una colectomía subtotal con anastomosis ileorrectal. En las otras situaciones (afectación grave, lesiones anoperineales que comprometan la función esfinteriana, incontinencia), la coloproctectomía con ileostomía terminal definitiva es la intervención de referencia. La alternativa a esta intervención, en pacientes seleccionados, es la coloproctectomía total con anastomosis ileoanal.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Enfermedad de Crohn; Ileostomía; Laparoscopia; Resección ileocecal; Colectomía; Estricturoplastia

Plan

■ Introducción	2
■ Determinación de las indicaciones quirúrgicas	2
Intestino delgado	2
Colon	3
Esófago y duodeno	3
Situación particular de la ileítis como hallazgo casual	3

■ Elección del estudio preoperatorio	3
■ Elección de la técnica	4
Principios comunes	4
Vía de acceso	5
Elección de una anastomosis manual o mecánica	6
Procedimiento según la localización	6
■ Cuándo realizar una ostomía	10

■ Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) es una patología inflamatoria que afecta a todo el intestino, crónica y recidivante, cuya etiología, probablemente multifactorial, se desconoce. Aunque no son excluyentes, se han descrito tres formas distintas (clasificación de Montreal)^[1]: las formas «estenosantes», las formas «penetrantes» (fístula, absceso y peritonitis) y las formas «inflamatorias».

La EC evoluciona en accesos no previsible, que pueden dar lugar a complicaciones. No existe un tratamiento curativo de la EC. El objetivo del tratamiento médico es controlar los síntomas, y las indicaciones quirúrgicas se limitan al tratamiento sintomático de las complicaciones y de los fracasos del tratamiento médico.

El lugar de la cirugía ha cambiado considerablemente en los últimos años, debido al desarrollo de nuevos tratamientos médicos eficaces. Sin embargo, la cirugía conserva un lugar fundamental, que además no ha disminuido, pues el número anual de resecciones digestivas por EC se ha mantenido estable desde la introducción de los inmunosupresores^[2] o de los antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF)^[3]. De este modo, más del 60% de los pacientes con enfermedad de Crohn se operan al menos una vez en la vida^[4]. La decisión de optar por un tratamiento médico (cambio de línea terapéutica) o por cirugía debe tomarse de forma conjunta entre los gastroenterólogos y los cirujanos, idealmente en reuniones de concertación multidisciplinaria (RCM), con presencia de los radiólogos. Los progresos de los tratamientos médicos no deben ir en detrimento de la cirugía al diferir demasiado su indicación. El plan terapéutico debe tener en cuenta la actividad, la localización y el comportamiento de la enfermedad, y se debe comentar con el paciente. Las opciones terapéuticas pueden seguir las directrices de la conferencia de consenso europea (European Crohn's and Colitis Organisation [ECCO]) celebrada en 2009^[5].

La cirugía no permite un tratamiento curativo de esta enfermedad y, por consiguiente, muchos pacientes presentarán una recidiva. La tasa de recidiva endoscópica es considerable, pues el 70-80% de los pacientes presenta una recidiva endoscópica en el año posterior a la cirugía^[6,7]. La tasa de recidiva clínica es menor, pero un 50% de los pacientes se opera una segunda vez en los 10 años posteriores a la primera intervención^[8], y en el 5-15% de los pacientes se realizará una tercera intervención. El 12% de los pacientes requieren una ostomía definitiva.

En este artículo no se abordará el tratamiento quirúrgico de las lesiones anoperineales.

■ Determinación de las indicaciones quirúrgicas

Aunque la EC puede afectar a todo el intestino, existen localizaciones preferentes que determinan la frecuencia de las distintas indicaciones quirúrgicas. El intestino delgado se afecta por esta enfermedad en el 11-48% de los casos y el colon en el 19-51%. En alrededor del 55% de los casos, la afectación es ileocólica. El duodeno y el esófago se afectan en muchas menos ocasiones, en el 2%^[9] y 0,2%^[10] de los pacientes con EC.

Intestino delgado

Fracaso del tratamiento médico

Constituye la indicación quirúrgica más frecuente^[11]. El fracaso se define por la persistencia o la agravación de los síntomas a pesar de un tratamiento médico óptimo, o bien por la aparición de efectos secundarios o por el

mal cumplimiento terapéutico por parte del paciente. Cuando la enfermedad está localizada, la cirugía se debe plantear como alternativa al cambio de línea terapéutica médica en caso de episodio agudo grave refractario a los corticoides o en las recidivas en pacientes que reciben inmunosupresores (recomendación ECCO). La elección de una intervención como último recurso conlleva un riesgo de agravación del estado local (con los riesgos asociados infeccioso y de mayor dificultad quirúrgica). Una intervención precoz evita los riesgos, sobre todo linfoproliferativos, asociados a un tratamiento médico a largo plazo. En cambio, el tratamiento médico es la opción preferida cuando la intervención expone al paciente a consecuencias nutricionales (síndrome del intestino corto) o funcionales (incontinencia, diarrea).

Oclusión digestiva (formas estenosantes)

Se trata de una complicación frecuente de la EC^[11,12]. Suele ser secundaria a una o varias estenosis o a una compresión extrínseca (absceso, fístula). La oclusión aguda del intestino delgado, secundaria a una estenosis «inflamatoria» suele responder bien a un tratamiento conservador médico^[13]. Por el contrario, se puede plantear una indicación quirúrgica en caso de oclusión refractaria a un tratamiento médico con corticoides bien realizado. La oclusión intestinal crónica, generalmente secundaria a una estenosis «fibrosa» del intestino, requiere en principio un tratamiento quirúrgico^[13]. En caso de oclusión en un paciente con antecedentes de resección ileocecal con estenosis anastomótica corta, se puede intentar primero un tratamiento con dilatación antes de una resección quirúrgica^[14,15].

Complicaciones infecciosas (formas perforantes)

Requieren un tratamiento quirúrgico en la mayoría de las ocasiones. Estas complicaciones engloban las fístulas y los abscesos, y pueden ser responsables de oclusión, una masa inflamatoria o peritonitis. El tratamiento depende de la gravedad de los síntomas, de su localización, del número y de la complejidad de su trayecto, así como de la presencia o no de una estenosis digestiva asociada^[11,12].

La fístula enteroentérica es la más frecuente. Cuando es asintomática, no requiere ningún tratamiento. La indicación quirúrgica se establece cuando existe una inflamación asociada o una complicación. El tratamiento de estas fístulas suele requerir una resección del segmento de intestino delgado donde existe una afectación inflamatoria denominada «culpable» y un simple desbridamiento con sutura del otro segmento de intestino delgado que es simplemente «víctima» de la afectación inflamatoria^[16]. En caso de fístula ileosigmoidea, se debe identificar si el colon es víctima o no. Cuando el colon es «víctima», se puede efectuar una simple sutura o una resección mínima. En el caso contrario, que es la situación menos frecuente en la que el colon es «culpable», se puede efectuar una resección corta del sigmoide, con una mortalidad baja^[17].

Las fístulas con la vagina o el aparato urinario también son indicaciones quirúrgicas y responden al mismo tratamiento que las fístulas enteroentéricas. Las fístulas ileovesicales se producen en el 3-5% de los pacientes. El orificio fistuloso vesical puede suturarse simplemente o ignorarse, con mantenimiento de una sonda vesical permanente en el postoperatorio durante 10 días, cuando no se encuentra de forma evidente durante la intervención (o si su acceso se considera demasiado arriesgado, sobre todo cerca del triángulo). No existe ninguna indicación para realizar un estudio urológico postoperatorio.

Los abscesos, que complican una EC en el 25% de los casos^[18], deben tratarse en la fase aguda mediante antibióticoterapia y drenaje. El drenaje puede ser radiológico o quirúrgico (formas multitabicadas o muy voluminosas).



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287104>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287104>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)