



Guía Cirugía para la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa

0800 222 0614
info@masvida.org.ar
www.masvida.org.ar





Disclaimer

El material (o porción de material) contenido en este folleto fue desarrollado por Crohn's & Colitis Foundation of America (CCFA).

A través de los permisos para reimpresión y utilización firmados con la CCFA, Fundación Mas Vida de Crohn & Colitis Ulcerosa posee la autorización para traducir y difundir el material educativo e informativo diseñados por la CCFA con el fin de incrementar el conocimiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en Argentina.

Acerca de CCFA.

Establecida en 1967, la Fundación de Crohn & Colitis de Norteamérica, (CCFA- Crohn's & Colitis Foundation of America) es una organización nacional privada sin fines de lucro dedicada a buscar una cura para EII. Su misión es financiar la investigación, brindar recursos educativos a los pacientes y sus familias, a profesionales de la medicina y al público; y también proveer servicios de apoyo a gente con Enfermedad de Crohn o Colitis Ulcerosa.

Defender la causa es también un componente fundamental de la misión de CCFA. CCFA ha sido de vital importancia para obtener mayores fondos para la investigación de EII en los Institutos Nacionales de Salud y para promover legislación que mejore la vida de los pacientes en todo el país.

Acerca de Fundación Mas Vida de Crohn & Colitis Ulcerosa.

Fundación Mas Vida es una organización sin fines de lucro, fundada en Septiembre de 2010 en Argentina. Su misión es promover, fomentar y ejecutar estudios, investigaciones y todo tipo de acciones que contribuyan, con carácter preventivo, a difundir en el colectivo de niños y adultos, núcleos familiares y comunidad en general, el conocimiento y alcance de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, y las destinadas a mejorar las condiciones que favorezcan el tratamiento, diagnóstico y calidad de vida de aquellos que las padecen.

La Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa son enfermedades crónicas, es decir, que duran mucho tiempo. El tratamiento con medicación es la primera opción terapéutica. Eventualmente, algunas personas que viven con Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa pueden necesitar cirugía. Esta guía hace una revisión de los motivos posibles por los que pueda ser necesaria una cirugía, describe los distintos procedimientos y te ayuda a saber cuáles son las expectativas.

(Descargo: la información sobre cirugía está actualizada al momento de la publicación. debido a los rápidos avances y descubrimientos, con el tiempo puede haber cambios en la información. siempre deberás verificar con tu médico para tener la información actualizada. Esta información no debe reemplazar las recomendaciones y consejos de tu médico).

1. Acerca de la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa

La Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa pertenecen a la misma categoría: Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

La EII produce inflamación crónica del tracto gastrointestinal (GI). La inflamación crónica afecta la capacidad de los órganos de funcionar adecuadamente, provocando síntomas tales como calambres abdominales, diarrea, sangrado rectal y fatiga.

Mientras que ambas enfermedades comparten los mismos síntomas, hay algunas diferencias importantes. La Colitis Ulcerosa está limitada al intestino grueso (colon) y al recto. La inflamación aparece sólo en la capa superficial de las paredes intestinales. Generalmente comienza en el recto y se expande hasta el colon de manera continua.

La Enfermedad de Crohn afecta mayormente al final del intestino delgado (el íleon) y el comienzo del colon, pero puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal (GI) desde la boca hasta el ano. La Enfermedad de Crohn también puede aparecer en "parches", afectando algunas áreas del tracto GI pero dejando otras secciones intermedias completamente intactas. (Estas se

conocen como áreas "salteadas"). En la Enfermedad de Crohn la inflamación puede extenderse a través de todas las capas del intestino, incluyendo el área que rodea al canal anal (área perianal).

Los medicamentos utilizados para tratar tanto la Colitis Ulcerosa como la Enfermedad de Crohn se prescriben para disminuir la inflamación intestinal. Aún cuando no pueden curar las enfermedades, a menudo traen un estado de remisión (período en el que la persona está libre de síntomas). Las remisiones pueden durar meses o años, dependiendo del individuo. Con el tiempo, pueden hacer falta cambios en la dosis o tipo de medicación para mantener la remisión.

La medicación tal vez no pueda controlar adecuadamente los síntomas de todos los que sufren EII, y algunas personas con estas condiciones desarrollan complicaciones que pueden necesitar tratamiento más agresivo. En estos casos, puede ser necesaria o recomendable una cirugía.





2. ¿Cuándo es necesaria una cirugía?



Aproximadamente entre el 23% y 45% de la gente con Colitis Ulcerosa y hasta un 75% de los que padece Enfermedad de Crohn necesitarán eventualmente una cirugía.

Algunas personas con estas enfermedades tienen la opción de elegir la cirugía mientras que para otros, la cirugía es absolutamente necesaria debido a las complicaciones de su enfermedad.

3. Los motivos para la cirugía electiva

Algunas personas con EII se deciden por la cirugía porque ya no toleran los síntomas de su enfermedad o porque ya no responden a la medicación prescrita y existe una posibilidad de mejorar con una cirugía.

Los medicamentos utilizados para tratar la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa no son necesariamente efectivos para todos los pacientes todo el tiempo. Algunos pacientes andan bien con un medicamento en particular durante un tiempo, y luego, por motivos desconocidos, dejan de responder a él. Algunas personas experimentan muchos efectos secundarios con los medicamentos. La cirugía se tendrá en consideración si la calidad de vida de una persona se ha visto seriamente afectada a pesar del tratamiento médico o si los efectos secundarios de éstos son significativos.





4. Cáncer colorectal

La cirugía electiva puede también ser recomendada en personas con EII para eliminar el riesgo del cáncer colorectal. Los pacientes con Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn del colon tienen mayor riesgo de cáncer colorectal que el resto de la población. El cáncer colorectal raramente aparece en los primeros 8 o 10 años luego del diagnóstico inicial del EII. El riesgo aumenta cuánto más tiempo la persona viva con la enfermedad. La gente cuya enfermedad afecta la mayor parte del colon son las que tienen mayor riesgo de desarrollo de cáncer colorectal.

En la mayoría de los casos, el cáncer colorectal comienza como un pólipo (una pequeña protuberancia que crece en la pared del intestino). Los pólipos comienzan siendo benignos pero con el tiempo se vuelven cancerosos. No obstante, los pacientes con EII no siempre forman pólipos precancerosos. En cambio, tejido anormal y potencialmente precanceroso (llamado displasia) puede quedar pegado a la pared del intestino. Además, las células anormales, precancerosas, pueden estar presentes en un área de la pared intestinal que parece normal en el momento de la colonoscopia.

Las personas que han sufrido EII durante más de 8 o 10 años deberán hacerse colonoscopías cada año, o cada 2 años (según los factores de riesgo, tales como una historia familiar de cáncer colorectal). La colonoscopia estándar habitualmente va acompañada de una serie de biopsias – pequeñas muestras de tejido para exanimación microscópica. Si se encuentra una displasia (aún cuando no sea cancerosa), se recomienda generalmente extirpar el colon y el recto para eliminar el riesgo de desarrollar cáncer de colon.

5. Condiciones que requieren una cirugía inmediata

5.1 Colitis Ulcerosa

- Colitis Ulcerosa severa y repentina.

Esta es la principal razón para efectuar una cirugía de urgencia. Aproximadamente 15% de los pacientes con Colitis Ulcerosa pueden tener un brote tan grave de la enfermedad que los medicamentos, inclusive los esteroides intravenosos, no pueden controlar los síntomas. La cirugía puede ser necesaria en estos casos.

La Colitis Ulcerosa repentina y severa también incluye el sangrado incontrolable del colon (cosa bastante infrecuente) y el megacolon tóxico. El megacolon tóxico está causado por una seria inflamación que conduce al ensanchamiento rápido del colon. Los síntomas incluyen dolor, distensión (hinchazón) del abdomen, fiebre, latido rápido del corazón, constipación y deshidratación. Esta complicación potencialmente amenazante para la vida requiere tratamiento inmediato y cirugía.

- Perforación del colon.

La inflamación crónica del colon puede debilitar la pared hasta un punto tal en que se produce una perforación. Esto es una amenaza potencial para la vida ya que el contenido del intestino puede filtrarse al abdomen y causar una infección seria llamada peritonitis.



5.2 Enfermedad de Crohn

- Obstrucción u oclusión intestinal.

La inflamación crónica de los intestinos puede hacer que las paredes de los órganos digestivos se engrosen o formen tejido cicatricial. Esto puede estrechar una sección del intestino (causando lo que se llama estenosis), que puede conducir a una oclusión intestinal. Los signos de una estenosis pueden ser náuseas y vómitos o constipación.

- Sangrado excesivo en el intestino.

Esta es una complicación poco común de la Enfermedad de Crohn. La cirugía se realiza sólo si el sangrado no puede ser controlado por otros medios.

- Perforación del intestino grueso.

Como en el caso de la Colitis Ulcerosa, la inflamación crónica puede debilitar la pared del intestino al punto tal en que se produzca un agujero. Ocasionalmente, una porción del intestino grueso próximo a una estenosis puede también expandirse, haciendo que la pared se debilite y se produzca un agujero.

- Fístula.

La inflamación puede hacer que se formen úlceras (llagas) en la pared interna de los intestinos u otros órganos. Estas úlceras pueden extenderse a través de todo el grosor de la pared del intestino grueso y formar un túnel hacia otra parte del intestino, entre el intestino y otro órgano como por ejemplo la vejiga o vagina, o a la superficie de la piel. Estas se llaman fístulas. Las fístulas también pueden formarse alrededor de la zona anal, y pueden causar el drenaje de mucus o heces de un área adyacente al ano. La reparación de esta conexión exige cirugía.

- Absceso.

Un absceso es una acumulación de pus que puede desarrollarse en el abdomen, pelvis, o alrededor de la zona anal. Puede llevar a síntomas de mucho dolor en el abdomen, evacuaciones intestinales dolorosas, liberación de pus por el ano, fiebre, o un bulto al borde del ano que se presenta hinchado, rojo, y blando. Un absceso no sólo requiere antibióticos sino drenaje quirúrgico de la cavidad de pus para permitir su cura.

- Megacolon tóxico.

Como con la Colitis Ulcerosa, una inflamación severa puede llevar a un megacolon tóxico y requerir tratamiento inmediato y cirugía.

6. El equipo de asistencia médica

Algunas personas con EI se deciden por la cirugía porque ya no toleran los síntomas de su enfermedad o porque ya no responden a la medicación prescrita y existe una posibilidad de mejorar con una cirugía.

Los medicamentos utilizados para tratar la Enfermedad de Crohn y la Colitis Ulcerosa no son necesariamente efectivos para todos los pacientes todo el tiempo. Algunos pacientes andan bien con un medicamento en particular durante un tiempo, y luego, por motivos desconocidos, dejan de responder a él. Algunas personas experimentan muchos efectos secundarios con los medicamentos. La cirugía se tendrá en consideración si la calidad de vida de una persona se ha visto seriamente afectada a pesar del tratamiento médico o si los efectos secundarios de éstos son significativos.





7. Procedimientos comunes para la Colitis Ulcerosa

El procedimiento quirúrgico estándar para la Colitis Ulcerosa es la resección del colon y el recto, llamado proctocolectomía.

Debido a que la Colitis Ulcerosa afecta solamente al colon y al recto, una vez que estos órganos son extirpados, la persona está curada. Durante muchos años, aquellos que habían sido sometidos a una proctocolectomía debían llevar una bolsa sobre un pequeño agujero en el abdomen para drenar la materia fecal. Este procedimiento se llama proctocolectomía con ileostomía terminal. Aunque este procedimiento todavía se sigue realizando, las modificaciones al mismo permiten a muchos pacientes ser sometidos a variaciones que eliminan la necesidad de usar una bolsa externa permanente.

Para comprender las descripciones de estos procedimientos, es útil conocer el significado de estos términos:

- **Proctocolectomía:** remoción quirúrgica del colon y recto.
- **Colectomía:** remoción quirúrgica del colon.
- **Ileon:** la porción inferior del intestino delgado.
- **Ileostomía:** una abertura creada quirúrgicamente en el abdomen para el drenaje de la materia fecal. La ileostomía puede ser permanente o temporaria.
- **Estoma:** una abertura en el abdomen creada durante la ileostomía.
- **Bolsa de colostomía:** pequeño reservorio de plástico que se usa sobre el estoma para recoger la materia fecal.

7.1 Proctocolectomía con anastomosis ileo-anal de reservorio.

La proctocolectomía con anastomosis ileo-anal de reservorio (siglas en inglés IPAA) es el procedimiento quirúrgico más comúnmente realizado en la Colitis Ulcerosa. Es una opción interesante para mucha gente porque elimina la necesidad de usar permanentemente una bolsa de colostomía (reservorio, dispositivo, etc.). Se preservan los nervios y músculos necesarios para la continencia y la materia fecal pasa a través del ano.

El procedimiento puede ser realizado en una, dos o tres etapas, aunque generalmente se realiza en dos. En la primera cirugía, se extirpan el colon y el recto, pero el ano y los músculos de esfínter anal se preservan. Al ileon entonces se le da forma de reservorio y se lo baja para conectarlo al ano. El reservorio puede ser en forma de J, S, o W.

Debido a que el reservorio recientemente creado necesita tiempo para cicatrizar, a menudo se practica una ileostomía temporaria para desviar la materia fecal lejos del reservorio. En este procedimiento se arrastra un ansa (lazo) del intestino delgado a través de una abertura en el abdomen para permitir la eliminación de la materia fecal. Durante este tiempo, se usa una bolsa de colostomía continuamente, la que debe ser vaciada varias veces al día. Los problemas relacionados con la ileostomía temporaria son similares a aquellos experimentados con una ileostomía permanente.

Aproximadamente 12 semanas después de la cirugía inicial (una vez que el reservorio cicatrizó), la ileostomía se cierra durante una segunda operación, más sencilla. El intestino delgado se reconecta y se restablece la continuidad de la evacuación intestinal. A partir de este momento, el reservorio interno sirve como reservorio para las heces, y la materia fecal pasa a través del ano cuando se evacúa. No se requiere más la bolsa externa.

Este procedimiento también puede ser realizado en una etapa. En este caso, el colon y el recto se extirpan y se crea el reservorio, uniéndolo al ano sin una ileostomía temporaria. Debido al riesgo de infección, el procedimiento se realiza con menos asiduidad que el procedimiento en 2 etapas.

En algunos casos, la proctocolectomía con anastomosis ileo-anal de reservorio puede practicarse en tres etapas. En la primera cirugía, se extirpa el colon y se crea una ileostomía. En la segunda cirugía, se extirpa el recto y se forma el ileon en un reservorio que se conecta al ano. Como en el caso del procedimiento en dos etapas, esto se hace para permitir que el reservorio cicatrice. Unas 12 semanas más tarde, se practica la tercera cirugía para cerrar la ileostomía y reconectar el intestino delgado al reservorio. Entonces el paciente puede comenzar a utilizar el reservorio recién creado y pasar la materia a través del ano. El procedimiento en 3 etapas puede ser recomendado para pacientes con Colitis Ulcerosa que tengan una salud deficiente, con altas dosis de esteroides, o cuando sea necesaria una cirugía de urgencia debido a sangrado o megacolon tóxico.



7.2 Proctocolectomía total con ileostomía terminal.

En el procedimiento de proctocolectomía tradicional, se reseccionan el colon, el recto y el ano, y se crea una ileostomía terminal. En este procedimiento, el final del intestino delgado (ileon) se trae a través de un orificio en la pared abdominal para crear el estoma, lo que permite el drenaje de la materia fecal fuera del cuerpo. El estoma, que es aproximadamente del tamaño de una moneda de 1 peso, va a sobresalir ligeramente. Tendrá un color tirando a rosado, y será húmedo y brillante.

Luego del procedimiento, debe usarse una bolsa de colostomía externa constantemente para juntar la materia fecal. La bolsa es un componente de un sistema de reservorio que también incluye una barrera en la piel. La bolsa se vacía varias veces al día. El sitio usual para una ileostomía es el abdomen inferior justo debajo de la línea de la cintura, a la derecha del ombligo.

7.3 Vivir con una ileostomía

Las personas pueden vivir una vida larga, activa y productiva con una ileostomía. En la mayoría de los casos, pueden volver a las mismas actividades que hacían antes de la cirugía, incluyendo los deportes, jardinería, actividades al aire libre, deportes acuáticos, viajar, y trabajar. Se supone que habrá un período inicial de ajuste.

Hay varios sistemas de reservorio disponibles para elegir y será necesario aprender a usar el sistema, así como a cuidar la piel que rodea al estoma. No hay restricciones dietarias específicas para una persona con ileostomía, pero es importante beber mucho líquido para evitar la deshidratación y la pérdida de electrolitos (sales y minerales). También es útil comer alimentos altos en pectina para engrosar la materia fecal y controlar la diarrea. Estos alimentos incluyen el puré de manzana, bananas, o manteca de maní.

Las implicancias psicológicas de un cambio en la imagen corporal pueden ser un problema al principio. Mucha gente se siente inicialmente acomplejada por usar una bolsa de colostomía. Sin embargo, el reservorio es relativamente chato bajo la ropa y no es visible. Nadie necesita saberlo a menos que decidas decirlo.

En la Enfermedad de Crohn, la cirugía puede permitir muchos años libres de síntomas haciendo que los pacientes se sientan mucho mejor después de que el segmento enfermo del intestino se quita, incluso la intervención puede ser capaz de lograr reducir los medicamentos. Sin embargo, la cirugía en la EC no es considerada una cura debido a que la enfermedad puede volver a manifestarse.

Es importante tener en cuenta que las nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, ayudan al paciente a recuperarse más rápido, permitiéndoles regresar a sus actividades normales en menor tiempo.

Hay una serie de cirugías que se realizan en circunstancias específicas en pacientes con EII. Para aprender más acerca de estas cirugías, puedes consultar la **Guía de Cirugía**.





8. Modificación de estilo de vida

Pueden ser necesarios realizar algunos ajustes para ayudar a tu hijo a hacer frente a la vida con EII, referidos a cambios en la dieta o su adecuación a las actividades diarias.

8.1 Dieta y nutrición.

Todos los niños necesitan una adecuada nutrición para ayudar a su crecimiento y desarrollo. Mientras que la mayoría de los niños con EII requieren relativamente pocos cambios o ninguno en la dieta, puede haber momentos en que la modificación de la dieta pueda ser útil, especialmente cuando la enfermedad está activa. Una variación en la dieta puede ser recomendada por el médico tratante, en base al período en que se encuentra el paciente. En ocasiones, una dieta sin lactosa (un azúcar que se encuentra en la leche y productos lácteos) o una dieta con bajo contenido de fibra insoluble, es mejor tolerada en momentos de brotes.

Algunos niños con EII pueden tener deficiencia de ciertas vitaminas y minerales (incluyendo la vitamina D, B-12 y C, ácido fólico, hierro, calcio, zinc y magnesio), que pueden complementarse. Los niños con EII pueden tener problemas para tolerar el hierro por vía oral; el médico puede prescribir el hierro por vía intravenosa en casos especiales.

El médico de tu hijo podría recomendar otros suplementos que se conocen como probióticos y prebióticos. Los probióticos son bacterias buenas que restablecen el equilibrio de la microflora intestinal (las bacterias que viven en todo el intestino). Los prebióticos son ingredientes alimentarios no digeribles que proporcionan nutrientes para permitir que las bacterias beneficiosas en el intestino se multipliquen. También estimulan el crecimiento de los probióticos. La creciente evidencia sugiere que el uso de probióticos -disponibles en cápsulas, polvos, líquidos, y obleas - puede representar una opción terapéutica para las personas con EII, sobre todo para ayudar a mantener la remisión.

Antes de suministrarle estos u otros suplementos alimenticios a tu hijo, consulta con el médico cuál de ellos recomienda, en el caso de necesitarlo.

Dos cosas a las que debería permanecer atento en tu hijo son: **el peso y su tasa de crecimiento.**

Dado que la pérdida de peso es un síntoma de la EII, ésta debe ser notificada al especialista. Del mismo modo, el crecimiento puede disminuir o cesar durante los períodos de actividad de la enfermedad. Si el crecimiento de tu hijo parece ir

considerablemente más lento, por supuesto dependiendo de la edad, (usa la ropa del mismo tamaño por más de un año, parece más pequeño que otros niños de su misma edad, etc.), también debe ser comentado en la próxima visita.

Tu hijo debe continuar viendo un pediatra para ayudar a supervisar su desarrollo físico y asegurarse que esté al día con las vacunas anuales, incluyendo la vacuna contra la gripe. Asegúrate que el pediatra esté plenamente informado acerca de los medicamentos que esta tomando tu hijo; los niños en tratamiento con inmunosupresores o terapias biológicas no deben recibir vacunas de virus vivos.

8.2 Las actividades diarias.

Ahora que tu hijo tiene una enfermedad que causa una mayor dependencia con respecto al acceso a un baño, debes planear actividades con acceso a un baño, a veces, en forma imprevista. Puedes animar a tu hijo a identificar los baños más cercanos en los centros comerciales, parques infantiles, salas de cine, u otras áreas habitualmente utilizadas fuera del hogar. Ello puede ayudar a que tu hijo se sienta más seguro.

Durante la época de brotes, llevar una muda de ropa extra y toallitas húmedas en una mochila, puede ser útil.

8.3 La escuela.

Debido a que los niños pasan la mayor parte del día en la escuela, los maestros y otro personal escolar, deben ser informados sobre la enfermedad de tu hijo por varias razones, incluyendo:

- La EII puede requerir de ausencias frecuentes u hospitalizaciones; trabajo de recuperación y otras necesidades educativas que deben ser contempladas.
- Los niños con EII pueden tener una mayor dependencia de los baños y, por lo tanto, necesitan tener libre acceso a ellos.
- Puede ser necesario tomar ciertos medicamentos durante la jornada escolar.

Solicita una reunión con los directivos y maestros para conversar acerca de la enfermedad y las necesidades derivadas. De este modo, evitarás posibles problemas futuros.

Si bien informar a las autoridades y maestros sobre las necesidades de tu hijo es necesario, el niño puede sentir vergüenza de que los demás lo sepan. Debido a que puede ser importante para él, deja que decida con quién y cuándo debes compartir esa información.

7.4 Complicaciones post-quirúrgicas.

Pueden ocurrir algunas complicaciones luego de la cirugía, incluyendo una infección producto de la cirugía o en el sitio del estoma.

Además, el intestino delgado puede sufrir una obstrucción debido a la comida o al tejido cicatricial. Si la obstrucción es por la comida, debería ser temporaria y aliviarse cuando la comida se mueve a través de los intestinos. Si no sale material de desecho del estoma por más de 4 a 6 horas, y va acompañado de síntomas de calambres y/o náuseas, puede ser que tenga una oclusión. Se debe informar inmediatamente al médico si experimentas esos síntomas.

Algunas personas a quienes se les extirpó el recto todavía sienten como si necesitaran mover el vientre. A esto se le llama recto fantasma. Es normal sentirlo luego de la cirugía y no requiere ningún tratamiento. A menudo desaparece con el tiempo.

7.5 La vida después de la cirugía de reconexión del intestino.

La mayoría de la gente se repone muy bien de la cirugía y luego de la recuperación puede volver a trabajar y a una actividad normal. Se supone que hay un período de ajuste de hasta un año luego de la cirugía. Inicialmente, puede haber hasta 12 evacuaciones por día. La materia fecal puede ser blanda o líquida, y puede haber urgencia y pérdida de materia.

A medida que el reservorio aumenta gradualmente de tamaño y los músculos esfínteres se fortalecen, las heces se volverán más espesas y menos frecuentes. Luego de varios meses, la mayoría de la gente baja a 6 u 8 evacuaciones por día. La consistencia de las heces varía pero es mayormente blanda, casi tipo masilla.

Si bien no hay restricciones dietarias, es aconsejable masticar completamente la comida y evitar los alimentos que puedan producir gases, diarrea o irritación anal (ver tabla). También es importante beber mucho líquido (6 a 8 vasos diarios) preferentemente entre comidas.



7.6. Complicaciones potenciales a largo plazo.

La complicación más común de la cirugía es la "pouchitis". La inflamación del reservorio o pouch ocurre en un 50% de los pacientes, generalmente dentro de los primeros dos años de la cirugía.

Los síntomas son diarrea, calambres abdominales, aumento de la frecuencia de la defecación, fiebre, deshidratación, y dolor articular. La condición se trata con un antibiótico prescrito por el médico.

La obstrucción del intestino delgado también es otra complicación potencial de la cirugía, aunque menos común. Se puede producir debido a las adherencias resultantes de la cirugía. La obstrucción del intestino provoca calambres abdominales con náuseas y vómitos. En los dos tercios de la gente que tiene esta complicación se la puede manejar con descanso intestinal (no comer por unos días) y fluidos intravenosos durante una corta internación. El otro tercio necesitará cirugía para eliminar el bloqueo.

Otras complicaciones posibles incluyen abscesos pélvicos y fístulas del reservorio, que pueden necesitar tratamiento adicional. La falla en el reservorio, que requiere extirpación del mismo y conversión a una ileostomía permanente, ocurre en un pequeño porcentaje de pacientes.



7.7 Referencia de alimentos para pacientes con Colostomía

En la tabla que se da a continuación se indican algunos efectos generales que los alimentos pueden provocar luego de una cirugía de ostomía.

Utiliza el ensayo y error para determinar tu tolerancia individual. No temas probar alimentos que te gustan; comienza con pequeñas cantidades.

Que provocan gases

Bebidas alcohólicas
 Porotos
 Soja
 Repollo
 Bebidas gaseosas
 Coliflor
 Pepinos
 Productos lácteos
 Chicle
 Leche
 Frutos secos
 Cebollas
 Radichas

Que producen olor

Espárrago
 Porotos horneados
 Brócoli
 Repollo
 Aceite de hígado
 de bacalao
 Huevos
 Pescado
 Ajo
 Cebollas
 Manteca de maní
 Quesos fuertes

Aumento de defecaciones

Bebidas alcohólicas
 Cereales integrales
 Salvado
 Repollo cocido
 Frutas frescas
 Verduras de hoja
 Leche
 Ciruelas
 Pasas de uva
 Vegetales crudos
 Picantes

Obstrucción de la estoma

Piel de manzana
 Repollo crudo
 Apio
 Vegetales chinos
 Granos de choclo
 Cocos
 Fruta deshidratada
 Hongos
 Frutos secos
 Naranjas
 Ananá
 Pochoclo
 Semillas

Cambios en el color

Espárragos
 Remolachas
 Colorantes de alimentos
 Píldoras de hierro
 Caramelos de oruzus
 Gelatina Roja
 Frutillas
 Salsas de tomate

Control odorífero

Manteca
 Jugo de arándanos
 Jugo de naranja
 Perejil
 Jugo de tomate
 Yogurt

Alivio de la constipación

Café
 Frutas en compota
 Vegetales cocidos
 Frutas frescas
 Jugos de fruta
 Agua
 Cualquier bebida tibia o caliente

Control de diarrea

Puré de manzana
 Bananas
 Arroz hervido
 Manteca de maní
 Suplemento de pectina (fibra)
 Tapioca
 Tostadas

Fuente: Asociaciones Unidas de Colostomía de América.



7.8 Técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas.

En los últimos años, los cirujanos han desarrollado métodos para realizar algunas de las cirugías con técnicas mínimamente invasivas. En el método quirúrgico abierto tradicional, se hace una larga incisión en el abdomen que permite al cirujano el acceso directo a los órganos. Con la cirugía mínimamente invasiva – también llamada cirugía laparoscópica – se hacen pequeñas incisiones en el abdomen a través de las cuales se insertan instrumentos especializados. Uno de estos instrumentos, llamados laparoscopio, tiene una pequeña cámara en el extremo. La imagen de esta cámara se exhibe en un monitor y permite al equipo de cirugía ver dentro del cuerpo. Los instrumentos para realizar la cirugía se insertan a través de 4 o más pequeñas incisiones adicionales.

La cirugía mínimamente invasiva para la Colitis Ulcerosa generalmente se realiza en menor tiempo y los resultados y posibles complicaciones son los mismos que con la cirugía tradicional. Sin embargo, el tiempo de recuperación en el hospital luego de la cirugía a menudo es más corto.



8. Procedimientos comunes para la Enfermedad de Crohn

Se pueden realizar diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos para la Enfermedad de Crohn, dependiendo de la complicación, la gravedad de la dolencia, y la ubicación de la enfermedad en los intestinos.

En muchos casos, la cirugía se realiza para extirpar una porción enferma del tracto gastrointestinal. Esta cirugía puede involucrar la resección de una parte de un intestino, o la extirpación de un órgano completo (como el colon y/o el recto).

A diferencia de la Colitis Ulcerosa, la Enfermedad de Crohn no puede curarse con cirugía salvo en algunos casos en que solamente están afectados el colon, el recto y el ano. Si la porción enferma del intestino se extirpa, la inflamación puede reaparecer adyacente al sitio de la cirugía, aún cuando esa parte del intestino era normal con anterioridad a la cirugía. Los objetivos primarios de la cirugía para la Enfermedad de Crohn son los de conservar la mayor parte del intestino, disminuir las complicaciones, y ayudar al paciente a lograr la mejor calidad de vida posible.

8.1 Enfermedad del intestino delgado.

Cuando la Enfermedad de Crohn afecta al intestino delgado, algunas áreas del intestino enfermo pueden alternar con áreas de intestino normal. Las áreas de enfermedad activa pueden angostarse, formando estenosis que pueden bloquear el pasaje de los alimentos digeridos. Las secciones del intestino normal compensan, empujando contra el área con estenosis, provocando fuertes calambres. Hay dos procedimientos quirúrgicos para las estenosis: estenoplastia y resección del intestino delgado.



8.2 Estenoplastia.

En una estenoplastia, se ensancha el área angostada del intestino delgado sin extirpar ninguna porción del mismo. El cirujano hace un corte longitudinal a lo largo del área angostada y luego la sutura transversalmente. Esto acorta y ensancha el segmento del intestino. Varias estenosis pueden tratarse en un único procedimiento quirúrgico. La estenoplastia es más efectiva en las secciones inferiores del intestino delgado (íleon y yeyuno), y menos efectiva en la sección superior (duodeno).

El realizar estenoplastia evita la necesidad de extirpar una sección del intestino delgado, que puede conducir a veces a una condición llamada síndrome del intestino corto (ver más abajo). La estenoplastia generalmente es segura y efectiva, pero aproximadamente la mitad de la gente que pasó por este procedimiento requerirá cirugía posterior.

8.3 Resección del intestino delgado.

Las estenosis también pueden ser tratadas con la resección del intestino delgado. En este procedimiento, se extirpa un segmento del intestino delgado y se unen los dos extremos del intestino sano (anastomosis). También se puede necesitar la resección del intestino delgado si se produce un agujero en la pared del mismo.

La resección del intestino delgado puede ofrecer muchos años de alivio a los pacientes. Sin embargo, un 50% de pacientes adultos tendrán recurrencia de la enfermedad sintomática de Crohn dentro de los 5 años de haberseles practicado una resección. La enfermedad generalmente recurre en el lugar de la anastomosis. La Enfermedad de Crohn recurrente a menudo puede ser tratada con éxito mediante medicamentos, tales como inmunomoduladores o biológicos. No obstante, la mitad de las personas con síntomas recurrentes necesitarán una segunda cirugía.

Otra posible complicación de la resección del intestino delgado es una condición llamada síndrome del intestino corto. El intestino delgado tiene la función esencial de absorber los nutrientes de los alimentos digeridos dentro del torrente sanguíneo, adonde se dirigen para nutrir el cuerpo. Si se acorta demasiado el intestino delgado, pueden ocurrir deficiencias nutricionales.

8.4 Enfermedad del colon.

Algunas personas tienen Enfermedad de Crohn severa, que afecta al colon y/o al recto. Puede ser necesaria la cirugía para extirpar el colon (colectomía), el colon y el recto (proctocolectomía), o una porción del colon (resección).

8.5 Resección del intestino grueso.

En una resección del intestino grueso, la porción enferma del colon se extirpa y ambos extremos de intestino del área extirpada se suturan. Esto es similar a la resección del intestino delgado (descrita en la página anterior). Como con ese procedimiento, la Enfermedad de Crohn es recurrente aproximadamente en un 50% de las veces, generalmente en el sitio donde el intestino está unido.

8.6 Colectomía y proctocolectomía.

Si se debe extirpar todo el colon pero el recto no se encuentra afectado por la enfermedad, se realizará una colectomía. Una vez que se retira el colon, el íleon se une al recto. Esto permite que la persona continúe pasando la materia fecal por el ano.

Si el recto se ve afectado y debe ser extirpado junto con el colon, el cirujano realizará una proctocolectomía con ileostomía terminal. Este procedimiento es el mismo que se describe en páginas anteriores para personas con Colitis Ulcerosa. A diferencia de los pacientes con Colitis Ulcerosa, los pacientes con Enfermedad de Crohn generalmente no sufren la variación del procedimiento que elimina la necesidad de usar una bolsa de colostomía externa (proctocolectomía con anastomosis ileo-anal de reservorio). Esto se debe a que frecuentemente la enfermedad es recurrente en el reservorio interno, lo que hace que se deba eliminar.

8.7 Enfermedad perianal y fístulas intestinales.

Alrededor del 35% al 50% de adultos con Enfermedad de Crohn van a desarrollar una fístula durante su vida. Una fístula generalmente comienza como una infección. Un conjunto de pus, bacterias intestinales y fluidos penetra a través de la pared de un órgano intestinal, y se forma un canal hacia otra ansa (lazo) de intestino u órgano (vejiga, vagina o piel). Debido a que contienen material infestado, las fístulas pueden al principio ser tratadas con antibióticos. La cirugía de fístula puede ser necesaria si sus síntomas no responden a la medicación. En algunos casos, es necesaria la cirugía para prevenir que la infección se disemine.

Una fístula anal es un túnel que se forma entre el interior del ano y la piel que rodea al ano. En un procedimiento quirúrgico llamado fístulotomía, el objetivo es curar la fístula sin dañar los músculos del esfínter anal, que son necesarios para la continencia fecal. En estas fístulas, la tasa de recurrencia es medianamente baja luego de la cirugía y hay poco impacto en la continencia. Las complicaciones de este procedimiento son escasas. Si no se puede practicar la fístulotomía, serán necesarias otras técnicas.

Las mujeres con Enfermedad de Crohn pueden desarrollar una fístula entre el recto y la vagina, lo cual puede ser difícil de tratar. El procedimiento que se practica dependerá de las circunstancias individuales.



8.8 Técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas.

Muchos de los procedimientos quirúrgicos descritos anteriormente pueden ser practicados utilizando una técnica mínimamente invasiva (descrita en páginas anteriores). Las ventajas de una técnica mínimamente invasiva para la cirugía de la Enfermedad de Crohn incluyen menos dolor luego de la operación, menos posibilidades de infección, y una internación más corta. Los candidatos ideales para la cirugía laparoscópica son los pacientes no obesos que no hayan tenido operaciones previas, estén siendo sometidos a procedimientos electivos, y tengan pocos problemas de salud, o ninguno. Durante la cirugía de urgencia debido a complicaciones con riesgo de vida, no siempre es posible practicar cirugía con técnicas mínimamente invasivas.

8.9 Trasplante intestinal.

En un reducido número de personas con Enfermedad de Crohn severa se debe extirpar la mayor parte del intestino delgado. Sin este órgano, el cuerpo no puede absorber los nutrientes de los alimentos digeridos y la persona debe recibir nutrición por medios intravenosos. A largo plazo, la alimentación intravenosa puede traer complicaciones vitales, tales como infección o insuficiencia hepática.

Las personas con estas complicaciones son candidatas potenciales a un trasplante intestinal. En este procedimiento poco frecuente, el intestino delgado de un donante fallecido se trasplanta a una persona con Enfermedad de Crohn. En algunos casos, sólo se trasplanta el intestino delgado mientras que en otros se trasplantan también el hígado y posiblemente otros órganos digestivos.

El éxito de este procedimiento ha mejorado con los años, pero sigue siendo difícil y riesgoso, y generalmente es un último recurso. Hay alto riesgo de muerte durante o después de la cirugía. También hay posibilidades de que el cuerpo rechace el órgano trasplantado. Las personas que tienen trasplante de órganos tienen que tomar medicación por el resto de sus vidas para prevenir el rechazo de los mismos.

9. Tomar la decisión de una cirugía

Algunas personas con EII sufren innecesariamente debido a que tratan de evitar la cirugía.

Si la terapia medicinal no permite mantener la enfermedad bajo control, se debe considerar seriamente la cirugía.

La cirugía es una opción de tratamiento cuyos objetivos son los de aliviar los síntomas, reducir el riesgo de cáncer y mejorar la calidad de vida.

La decisión de someterse a una cirugía será tomada entre el paciente, su médico (gastroenterólogo, cirujano, y otros) y familiares cercanos. Cuando los padres consideren una cirugía para un niño con EII, será importante decidir cómo y cuándo involucrarlos en la discusión. Involucrar y educar a los niños ayudará a reducir su preocupación y posible angustia por la cirugía.

Al tomar la decisión de hacerse operar, es útil comprender por qué se puede necesitar cirugía, informarse sobre las distintas opciones quirúrgicas y preguntar al equipo de asistencia médica. Tal vez, se quiera hablar con pacientes que han sido sometidos al procedimiento que se está considerando.

Toda cirugía conlleva algunos riesgos. Algunos son comunes a todas las cirugías y otros son específicos de procedimientos individuales. Los riesgos de cualquier cirugía incluyen sangrado, infección y problemas asociados con la anestesia general. Estos generalmente pueden ser manejados por el equipo quirúrgico en caso de ocurrir.

Pedile al cirujano explicación de todos los riesgos asociados con el procedimiento que tengas por delante y con su condición particular



10. Preparándose para la cirugía

En algunos casos, la cirugía será un procedimiento de urgencia y habrá poco tiempo para prepararse. No obstante, si es posible, es importante que te prepares para la cirugía.

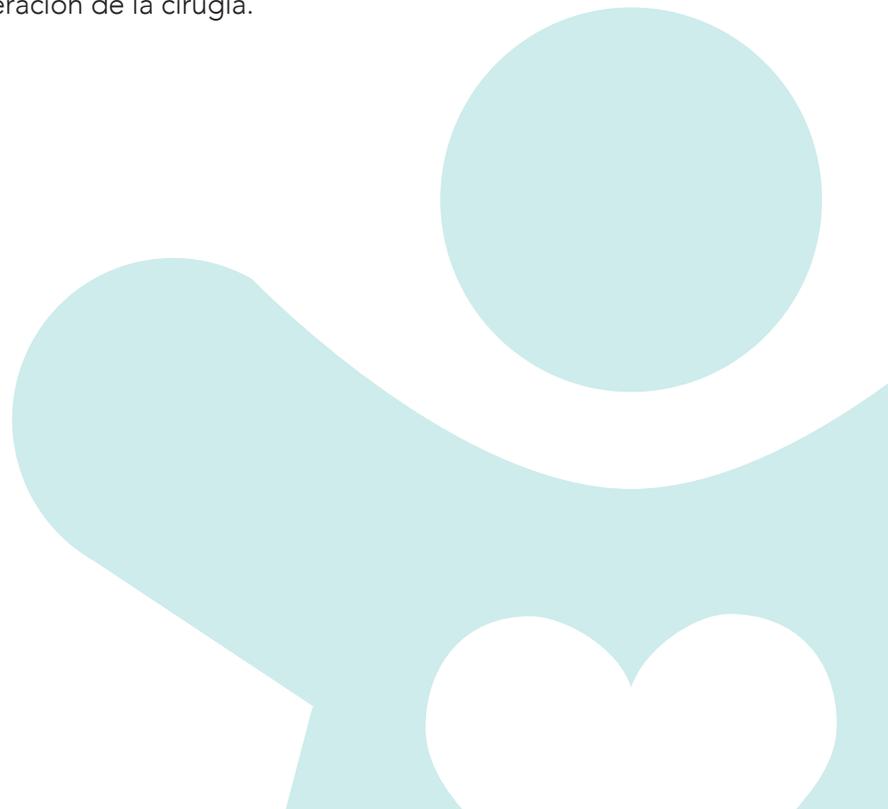
- Trata de estar lo mejor posible física y mentalmente antes del procedimiento. La nutrición es sumamente importante porque cuando estás bien alimentado, tu sistema inmune está fortalecido lo que disminuye la posibilidad de complicaciones quirúrgicas tales como una infección.
- Prepárate mentalmente para la cirugía y la recuperación. Si el procedimiento resulta en una colostomía, tendrás mucho que aprender. Es mejor comenzar a prepararse por adelantado consultando al profesional que atiende colostomías (un profesional que se especializa en colostomías).
- Arma un equipo de apoyo entre familia, amigos y otros que puedan asistirte antes y después de la cirugía con transporte, preparación de comidas y otras tareas diarias.
- Trata de resolver las obligaciones laborales, familiares y escolares por anticipado. Habla con tu empleador para tomarte un tiempo libre o pregunta por la política de la empresa sobre alguna licencia médica. Averigua por los programas de discapacidad temporaria, seguridad social u otros programas adecuados.
- Para los chicos, trata de programar procedimientos fuera del ciclo escolar. Si esto no es posible, asegúrate de contar con un tutor para tu hijo y hace los arreglos escolares que sean necesarios.

11. Luego de la cirugía

Recibirás instrucciones específicas para el cuidado postoperatorio luego de la cirugía.

Se te suministrarán drogas, tales como analgésicos o antibióticos, y probablemente habrá instrucciones específicas con respecto a la dieta, la actividad física y otros temas sobre el estilo de vida. Estos podrán aplicarse temporaria o permanentemente.

Debido a la posibilidad de complicaciones por la cirugía o la recurrencia de la enfermedad (para los pacientes con Enfermedad de Crohn), será necesario hacer el seguimiento con tu gastroenterólogo y tu cirujano luego de la recuperación de la cirugía.





12. Recomendaciones dietarias

En algunos casos, la cirugía será un procedimiento de urgencia y habrá poco tiempo para prepararse. No obstante, si es posible, es importante que te prepares para la cirugía.

Según el tipo de cirugía a la que te sometas, vas a necesitar hacer algunos ajustes a tu dieta. Estos pueden ser temporarios o permanentes. Cada órgano del tracto digestivo (desde la boca hasta el ano) tiene una función altamente especializada en la descomposición y absorción de los nutrientes esenciales de los alimentos y en la eliminación del material de desecho. A muchas personas que han sido sometidas a cirugía de EII se les ha extirpado una porción de su tracto digestivo. El tipo exacto de cirugía, el estado del intestino restante y la salud general del paciente pueden tener impacto en la necesidad de modificaciones alimenticias luego de la cirugía.

En general, es importante que todos tengan una dieta bien balanceada que provea las vitaminas y minerales necesarios e incluya alimentos de los grupos más importantes (granos, vegetales, fruta, leche, carne y porotos). Luego de una cirugía de ostomía, puede recomendarse una dieta baja en fibras durante las primeras 6 a 8 semanas.

Debido a que las cirugías tienen un impacto sobre la capacidad del cuerpo para absorber adecuadamente los nutrientes de los alimentos, mucha gente necesita tomar suplementos nutricionales luego de la cirugía. Tu médico puede recomendarte suplementos específicos, o un complejo vitamínico para tomar.

A los pacientes que han sufrido una cirugía proctocolectomía con anastomosis ileo-anal de reservorio (siglas en inglés IPAA), se le ofrecen los siguientes consejos:

- Comer regularmente, no saltarse las comidas. Los intestinos vacíos producen gases.
- Cuando agregues nuevos alimentos a tu dieta, prueba un poco con otros alimentos que sabes serán fáciles de digerir.
- Comidas pequeñas y frecuentes son lo mejor, siempre masticando completamente.
- Arroz, papas o pastas una vez al día pueden reducir la frecuencia de evacuación y la irritación.
- Los alimentos con alto contenido de potasio ayudarán a compensar los efectos secundarios de la diarrea.
- Limita alimentos que contengan azúcares simples, agravan la diarrea.

Los alimentos que se mencionan a continuación son potenciales irritantes anales:

- Coco
- Frutas deshidratadas (pasas de uva, higos)
- Alimentos con semillas o frutos secos
- Frutas crudas (naranjas, manzanas)
- Verduras crudas (apio, maíz, coleslaw (ensalada de repollo, zanahoria y cebolla)
- Alimentos picantes

Además de comer los alimentos adecuados, asegúrate de beber suficiente agua, así como también, leche si te gusta y tolera.

Limita la cantidad de líquidos gaseosos y con cafeína. Trata de beber de 8 a 10 vasos de líquido por día, pero no con las comidas. Para mayor información, mira la tabla de referencia de alimentación.