

# CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

## ¿Qué es la enfermedad de Crohn?

Se trata de una enfermedad inflamatoria crónica de **causa desconocida y posiblemente debida a varios factores**, entre ellos los genéticos en alrededor de un 20%, y también los inmunológicos (sistema de defensa del organismo), o bacterianos. Es más frecuente en **adultos jóvenes** y puede afectar a **cualquier parte del tubo digestivo** desde la boca hasta el ano produciendo pequeñas y múltiples úlceras. También puede afectar todo el espesor de la pared intestinal. Estas son las diferencias más importantes con otra enfermedad inflamatoria: la colitis ulcerosa, aunque en algunos casos puede ser difícil distinguirlas. La enfermedad de Crohn produce costes sanitarios muy importantes.

## ¿Cuáles son sus síntomas?

Puede producir dolor abdominal, fiebre, diarrea y fístulas entre otros síntomas. En ocasiones existe también inflamación de otros órganos como las articulaciones, la piel o los ojos. Se desarrolla habitualmente como **crisis o brotes inflamatorios** de más o menos gravedad con periodos de estabilidad entre ellos y puede originar comunicaciones anormales entre el intestino y la piel o entre diferentes zonas del intestino (**fístulas**), y también estrecheces que dificultan el paso del contenido intestinal (**estenosis**). La parte del intestino más frecuentemente afectada es el **final del intestino delgado** (ileon), y el **inicio del colon** (ciego), seguida del colon y el recto, pero puede aparecer en otros tramos, o en varios simultáneamente. En ocasiones afecta al ano pudiendo producir supuración por fístulas, que pueden ser complejas, dolor o sangrado.

## ¿Cómo se trata?

El tratamiento inicial es **médico**. La enfermedad no se cura pero puede aliviarse de forma importante e incluso no presentarse brotes durante años. Incluye el uso de **antiinflamatorios** como prednisona o 5-ASA (Mesalazina), y en ocasiones antibióticos. La prednisona (corticoide) tiene muchos efectos secundarios y por tanto se intenta reducir o eliminar cuando es posible. Los brotes graves de enfermedad requieren un tratamiento más potente con ingreso hospitalario, y en ocasiones el uso de medicaciones especiales como los **inmunosupresores**, los denominados **tratamientos biológicos** (Infliximab y otros), o nutrición artificial para dejar en reposo el intestino. Trabajamos en colaboración con gastroenterólogos expertos para la orientación del tratamiento médico.

## ¿Cuándo se precisa la cirugía?

Se requiere al menos una intervención quirúrgica entre el 50 y 70% de pacientes y la intervención puede indicarse de urgencia ante complicaciones graves como hemorragia, obstrucción o perforación del intestino, pero mucho más frecuentemente en los que padecen una **forma crónica** de la enfermedad bien sea cuando **fracasa el tratamiento médico**, tienen **complicaciones**, o presentan **brotes frecuentes o severos o efectos secundarios graves** derivados del uso de corticoides u otras medicaciones. Otras indicaciones son la existencia o sospecha de **cáncer**, o las **alteraciones nutricionales**. Además, es frecuente necesitar cirugía por **problemas anales**, fundamentalmente abscesos (acúmulos de pus), o fístulas. La cirugía no es el último recurso en el tratamiento de esta enfermedad y debe indicarse **de forma consensuada por el digestólogo y el cirujano** que tratan el paciente. En el *Centro Europeo Cirugía Colorrectal* colaboramos con gastroenterólogos expertos en su tratamiento.

## ¿En qué consisten las intervenciones quirúrgicas por enfermedad de Crohn?

Cuando existe una afectación de uno o varios segmentos intestinales la cirugía habitual es la **extirpación** del o de las zonas causantes del problema. Aunque los cirujanos hemos aprendido que la cirugía debe ser **lo menos agresiva** posible en esta enfermedad, y extirpamos el mínimo intestino necesario y frecuentemente con el empleo de cirugía **laparoscópica**, cuando existen fístulas o afectación graves, la intervención puede significar un reto técnico que exige un **cirujano colorrectal con experiencia**.

En casos en los que solamente hay pequeñas estrecheces causantes de los síntomas, podemos a veces ensancharlas sin necesidad de quitar intestino (**estenosis-plastia**). Dado que **la cirugía no es curativa** y es posible que un paciente sea intervenido a lo largo de su vida en varias ocasiones, interesa preservar la mayor cantidad de intestino posible para evitar problemas nutricionales futuros. Es posible que el paciente requiera llevar un estoma (bolsa para evacuar) en algún momento, de forma temporal o definitiva.

Si lo afectado gravemente es el recto, puede ser necesario extirparlo, y en ese caso efectuamos intervenciones que disminuyan el riesgo de complicaciones potenciales, como la amputación inter-esfintérica, siguiendo la línea de la menor agresividad posible.

Cuando existe afectación del ano, se requiere en ocasiones **vaciar acúmulos de pus** (abscesos), colocando a veces pequeños **drenajes de goma** en el ano similares a los *piercings* (sedales o setones), de forma continuada, para evitar molestias y complicaciones. A veces hay que tratar estrecheces anales, fisuras, y más frecuentemente fístulas a la piel, o a órganos vecinos, como a la vagina en las mujeres. El tratamiento ha de ser muy respetuoso con los esfínteres anales dado que el paciente puede requerir varias operaciones y alterarse su continencia anal, dado que además la frecuente diarrea es más difícil de contener que las heces sólidas.

## ¿Cómo es el postoperatorio?

Es variable dependiendo del tipo de intervención, su complejidad y el estado previo del paciente (medicaciones, nutrición). Las complicaciones más importantes pero poco frecuentes son el fallo de la sutura intestinal o la aparición de fístulas, pero en general, y dado que la enfermedad afecta a pacientes jóvenes, la recuperación es buena, y al corregirse los problemas que indicaron la cirugía, el paciente mejora su estado y calidad de vida. Además, empleamos de forma sistemática protocolos de *Rehabilitación rápida postoperatoria* (Ver folleto específico) que disminuyen las complicaciones y acortan la estancia hospitalaria y recuperación.

## ¿Y después?

Tras la intervención, y de acuerdo con el digestólogo, habrá que continuar determinados tratamientos médicos destinados a enfermedad existente en otras zonas o a prevenir su aparición, así como continuar con **revisiones y seguimiento**. El tabaco es un factor de riesgo muy importante en la aparición de nuevos brotes de enfermedad y en la necesidad de nuevas intervenciones, por lo que el paciente deberá **abstenerse de fumar**. Es interesante para conocer más aspectos de la enfermedad, opiniones de pacientes y consejos de expertos, entablar relación con asociaciones tales como **ACCU** en Valencia (Asociación de pacientes con Crohn y colitis ulcerosa) <http://www.accu-valencia.es/> o bien la confederación nacional de asociaciones de pacientes ACCU España <http://www.accuesp.com/es/>