



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-117 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

Galán, Clara; Bollo, Jesús; Hernández, Pilar; Sánchez, Ana; Martínez, Carmen; Targarona, Eduardo

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por la afectación inflamatoria de cualquier segmento del tubo digestivo, de localización única o múltiple, con un compromiso transmural que condiciona la formación de estenosis y fístulas a órganos vecinos o a la pared abdominal. La localización íleo-cólica es la más frecuente (60-65%). El 70-90% de los pacientes con EC requerirán cirugía como tratamiento en algún momento de su vida y la mitad de ellos, precisarán de una segunda intervención en los 10 años siguientes. A pesar de que la necesidad de cirugía y la tasa de recidiva se ha visto disminuida gracias a la actuación de los fármacos biológicos, la falta de respuesta al tratamiento médico sigue siendo una de las indicaciones más importantes de cirugía. Tradicionalmente se ha cuestionado el abordaje laparoscópico en esta enfermedad debido a su naturaleza inflamatoria, la presencia de adherencias por cirugías previas y al tratamiento médico inmunosupresor. Actualmente la laparoscopia es considerada el mejor abordaje para el manejo de los pacientes con EC que requieran resecciones ileales o colónicas, pero todavía no existe suficiente evidencia para su recomendación respecto al tratamiento en las formas complicadas (recurrentes o penetrantes).

Caso clínico: Se presenta un vídeo sobre un paciente afecto de enfermedad de Crohn ileo-cólica que presenta una fístula enterocutánea ileal, realizándose una ileocequ Coastomía con resección de la fístula por laparoscopia.

Discusión: Las indicaciones más frecuentes de cirugía en la EC son: estenosis sintomática, fístula compleja, fracaso en el drenaje percutáneo de un absceso intraabdominal o falta de respuesta al tratamiento médico óptimo. Las alteraciones patológicas propias de la enfermedad como el engrosamiento y friabilidad del mesenterio junto con la presencia de adherencias por cirugías previas, ha generado controversia acerca de la seguridad y eficacia sobre el abordaje laparoscópico en estos pacientes. Varios artículos en la literatura comparan la laparoscopia con la cirugía vía laparotomía en la resección ileocólica en la EC estenosante no complicada, demostrando una menor estancia hospitalaria y un menor número de complicaciones a corto y largo plazo (menos eventraciones, mejor calidad de vida y mejor resultado estético) en el grupo intervenido mediante laparoscopia. Únicamente destaca el mayor tiempo operatorio respecto a la cirugía por laparotomía. Dichos resultados abogan por el abordaje laparoscópico como el más idóneo para las resecciones ileales o colónicas en la EC. Sin embargo, en casos complejos como presencia de fístulas o enfermedad recurrente con resecciones previas, lesiones múltiples del intestino delgado o

eventraciones de la pared abdominal, todavía no existe suficiente evidencia para recomendar la laparoscopia como técnica de primera elección, aunque quede demostrada la menor formación de adherencias respecto a la vía laparotómica. En todos los casos queda patente la importancia de la experiencia del cirujano en la cirugía laparoscópica. La laparoscopia es considerada la técnica de elección para la cirugía del intestino delgado y colon en la EC pero se necesitan estudios con seguimiento a más largo plazo sobre la evidencia de su uso en el caso de la EC complicada (penetrante o recurrente).