



Manejo quirúrgico de las estenosis en la Enfermedad de Crohn

José Ignacio Rodríguez García

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo

Hospital de Cabueñes

Departamento de Cirugía y Especialidades MQ
Universidad de Oviedo

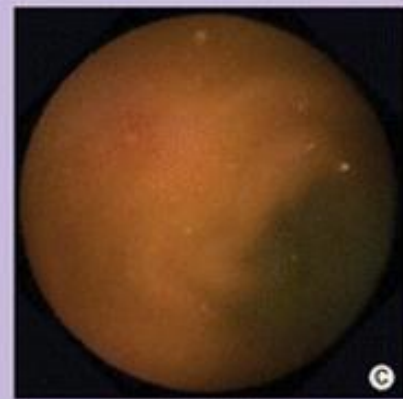


La EI puede presentar un curso evolutivo y patrones “clínicos” muy variables, en ocasiones con remisiones clínicas, pero generalmente con persistencia de lesiones visibles en las exploraciones endoscópicas y/o radiológicas. Y una progresión a estenosis o lesiones penetrantes (fístulas o abscesos) que condicionan un daño estructural del intestino, representando la resección intestinal la última fase de la enfermedad.

Truelove SC, Witts LJ. Br Med J 1954

Indices clínicos

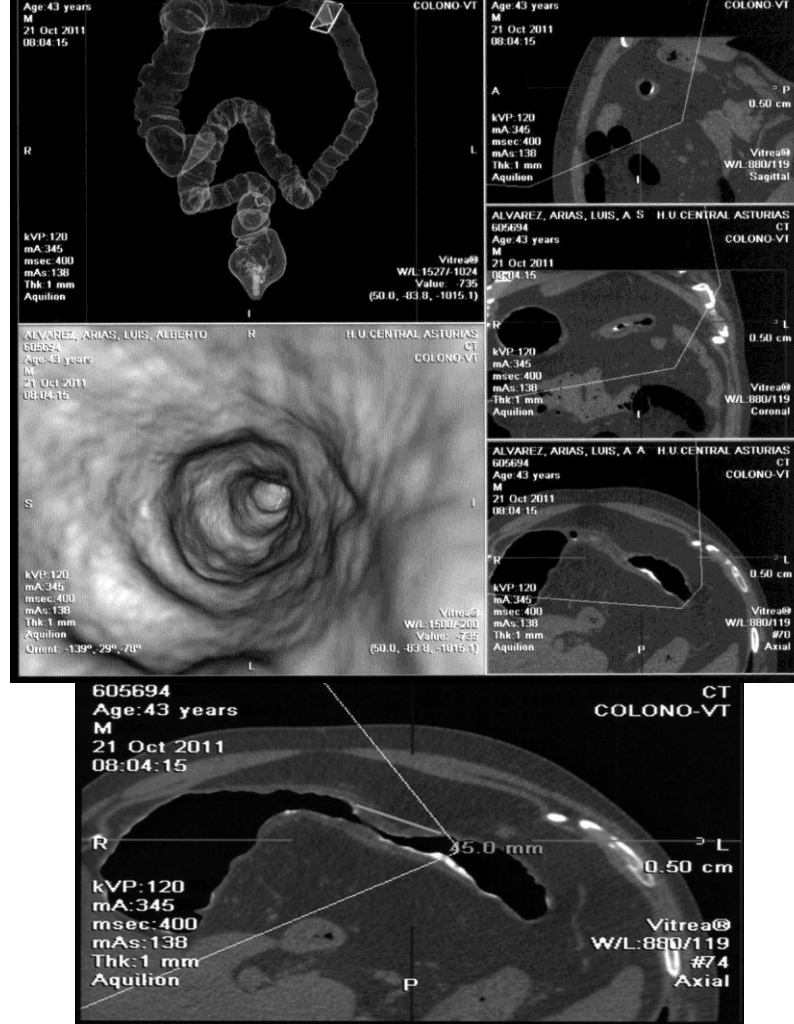
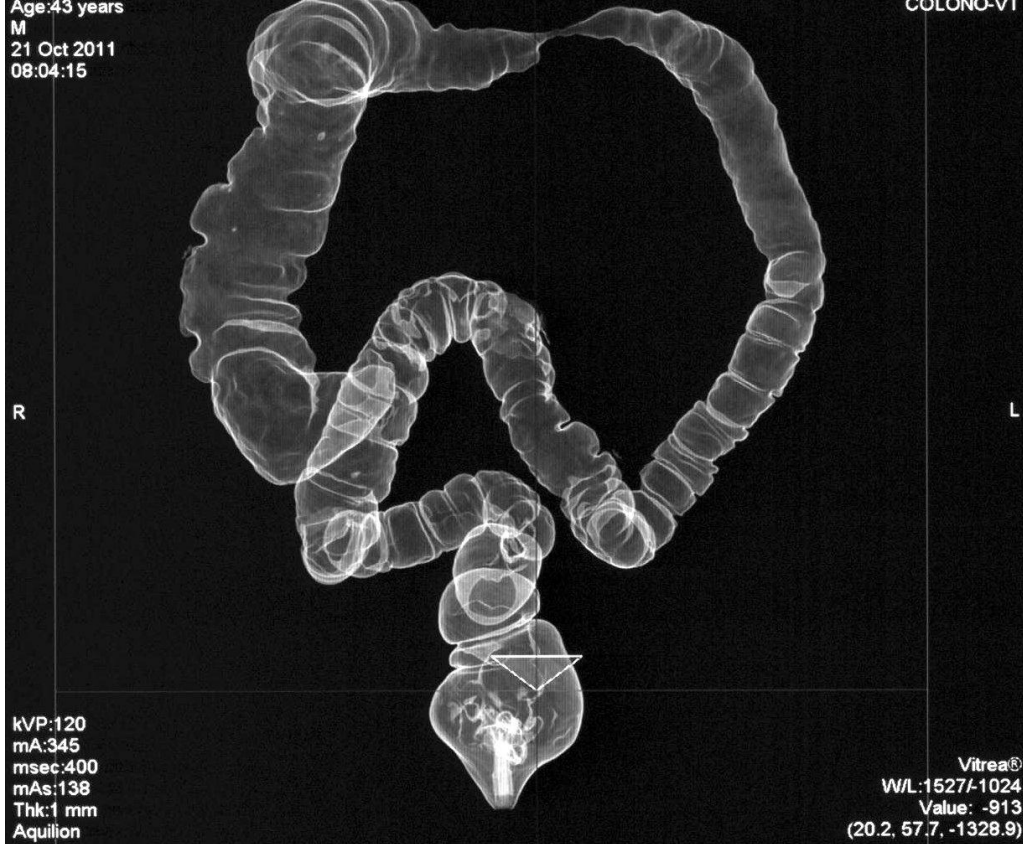
- Crohn's Disease Activity Index (CDAI)
 - Deposiciones (Nº y consistencia), dolor abdominal, estado general, síntomas asociados (artritis, eritema nodoso, fiebre), masa abdominal...
- Harvey-Bradshaw Index
- Crohn's Disease Endoscopic Index of Severity (CDEIS)
 - Nº aftas, inflamación, úlceras, estenosis...
- Simplified Endoscopy Score (SES-CD)
- Rutgeerts' Score (postoperatorio)





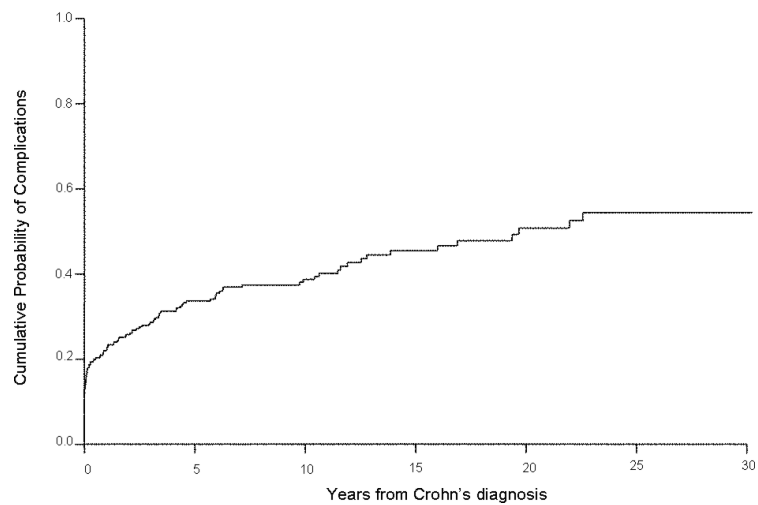
TC: Fecaloma
RMN: Estenosis rectal.
Irregularidades en la pared

Age: 43 years
M
21 Oct 2011
08:04:15

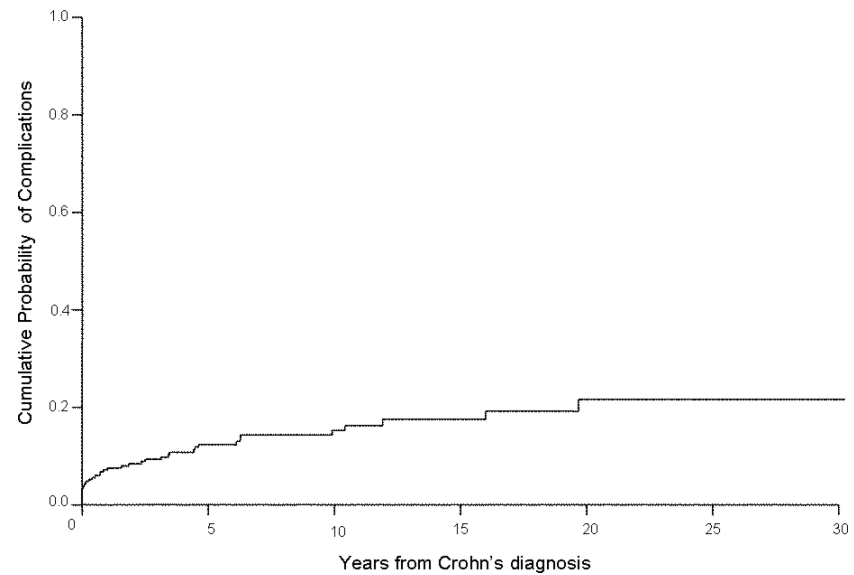


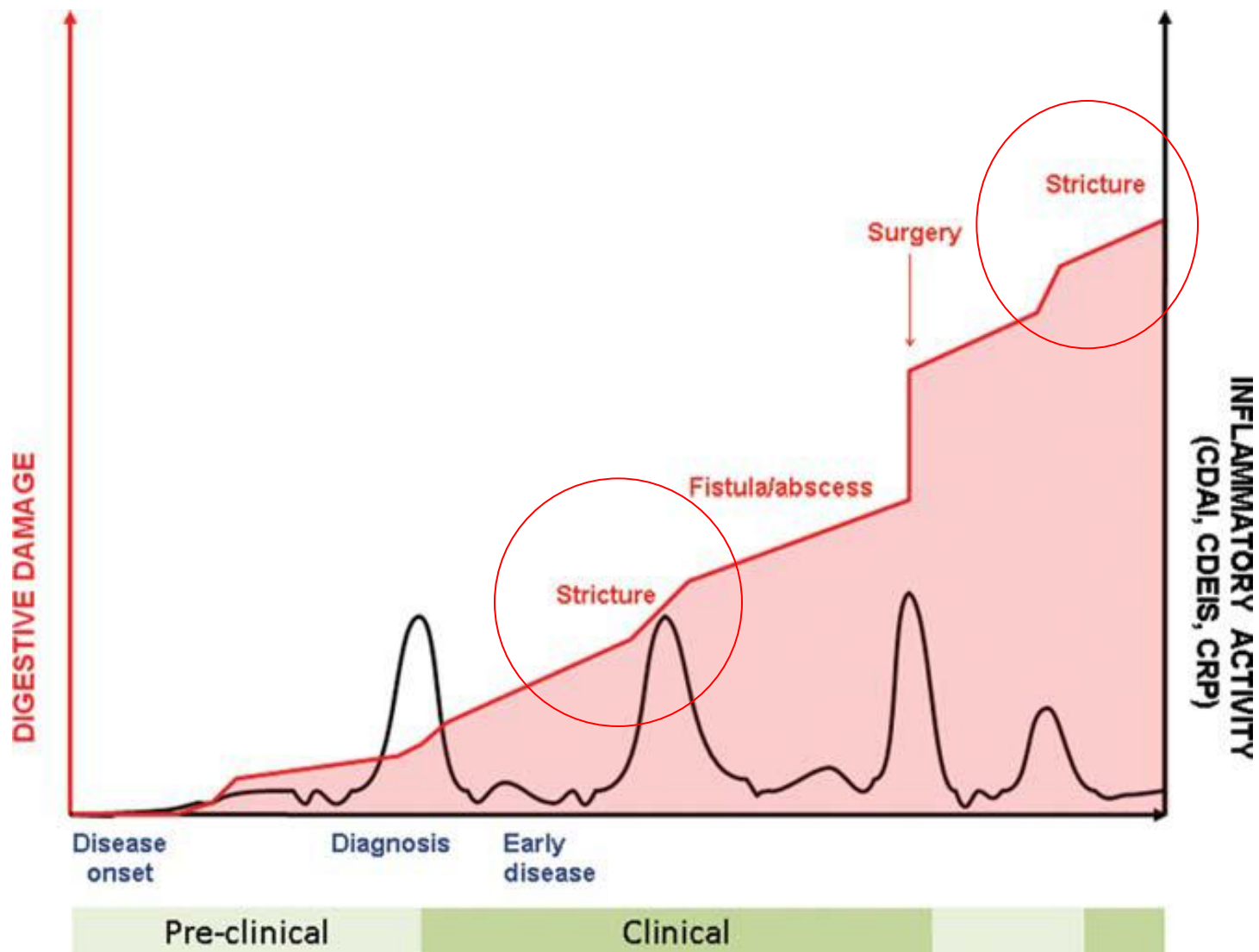


a. Penetrating or stricturing complications



b. Stricturing complications





Lémann score

Grado	Lesión estenosante	Lesión penetrante	Cirugía u otro procedimiento intervencionista
0	Normal	Normal	No
1	Grosor pared <3mm y/o afectación segmentaria sin dilatación preestenótica		
2	Grosor pared >3mm y/o estratificación mural sin dilatación preestenótica	Ulceración profunda transmural	Bypass o estricturoplastia
3	Estenosis con dilatación proximal	Absceso o algún tipo de fístula	Resección

Development of the Crohn's disease digestive damage score, the Lémann score. Pariente B y cols. Inflammatory Bowel Diseases 2011; 17(6): 1415–1422.

Principios generales

- Los pacientes que requieren cirugía deben ser atendidos por un cirujano y un gastroenterólogo con interés en la EII (gr.C)
- La elección del sitio para el estoma debe decidirse con un/a estomaterapeuta (gr.C)
- Deben evitarse anastomosis ante malnutrición o sepsis local (gr. B)
- Las resecciones en EC deben limitarse a zonas macroscópicamente afectadas (gr. A)

Indicaciones de IQ en Obstrucción (NE:III, GR:B)

- Estenosis sintomáticas (tanto fibróticas con inflamación mínima como las que no responden al tratamiento médico).
- Estenosis >6cm y < si fracaso endoscópico y/o masa abdominal con posibilidades de **malignidad**
(Limitar dilatación endoscópica a estenosis de anastomosis)
- Estenosis **cólicas** asintomáticas no biopsables con garantías (**7% malignas**).

Cirugía en EC

- **Abordaje**

- Abierta
- Laparoscópico
- Puerto único

- **Procedimiento quirúrgico**

- **Resección**

- Anastomosis
 - Intracorporea/extracorporea
 - Manual/mecánica
 - T-T/L-L
- Ileostomía/Colostomía
- Estoma virtual

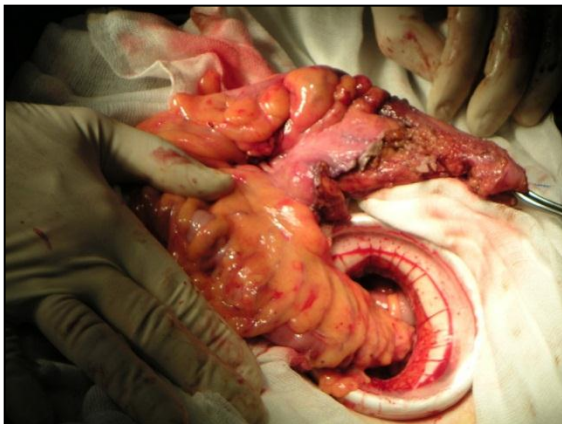
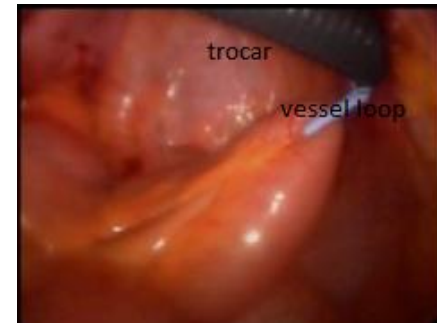
- **Stricturoplastia**

- **Estoma**

Extracción espécimen:

Incisión de asistencia
Puerto de estoma
Transanal

Posibilidades laparoscópicas



Ventajas del abordaje laparoscópico

Menos dolor

Más tiempo (115 vs 90min, $p < 0.003$)

Menos morbilidad

postoperatoria (10% vs 33%, $p = 0.028$)

Menos estancia

hospitalaria (5 vs 7d, $p = 0.008$)

Igual QoL

Más jóvenes Lap

Tiempo (sin diferencias-SD)

Morbilidad postoperatoria (SD)

Menos estancia

hospitalaria (5,5 vs 7d, $p = 0.001$)

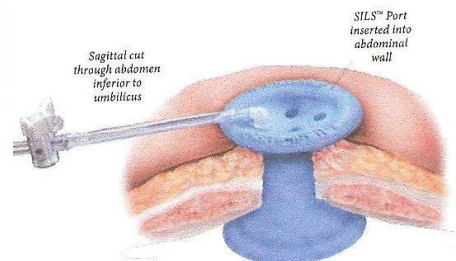
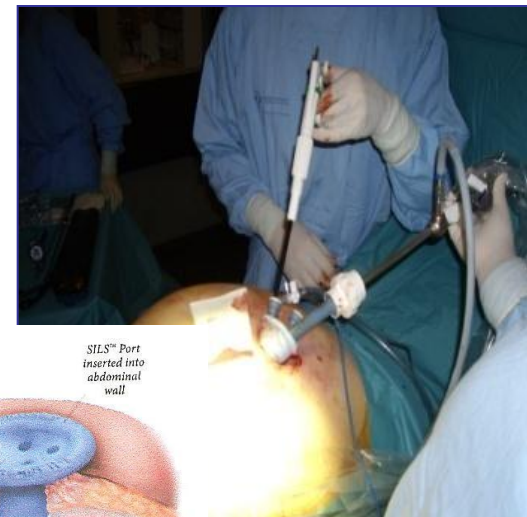
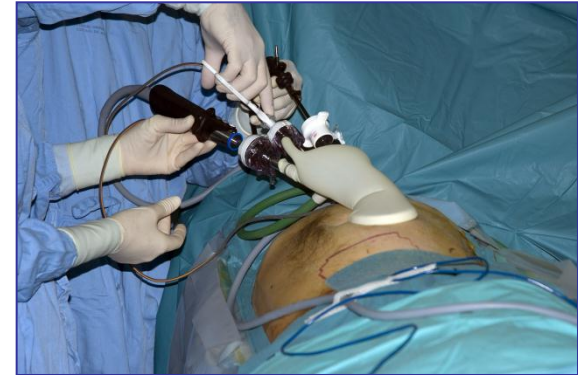
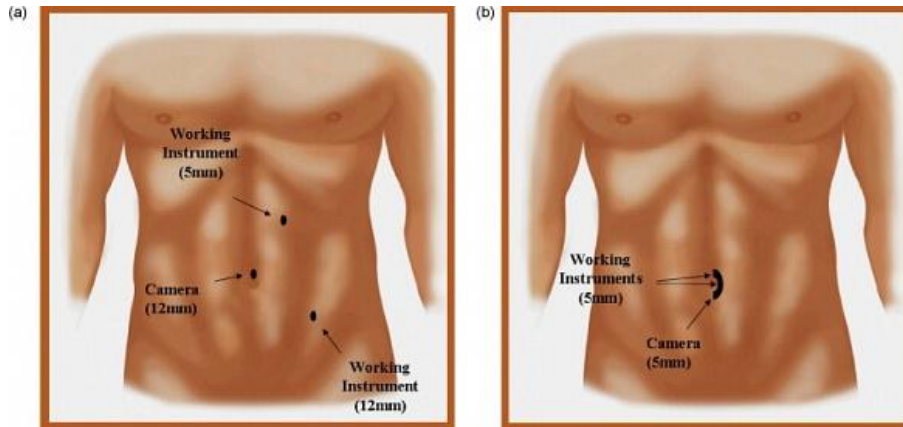
Maartense S y cols. Laparoscopic-assisted versus open ileocolic Resection for Crohn's Disease. A randomized trial. *Ann Surg* 2006; 243 (2): 143-9.

Fichera A y cols. Laparoscopic or conventional surgery for patients with ileocolonic Crohn's disease?. A prospective Study. *Surgery* 2007; 142: 566-571

Laparoscopic surgery for Crohn's disease: a meta-analysis.

- Más tiempo Lap (25,5 min, $p=0,03$)
- *Menos morbilidad postoperatoria (or, 0,57; IC95% 0,37-0,87; $p=0,01$)*
- *Menos estancia hospitalaria (-1,82d, $p=0,02$)*
- *Misma recurrencia*

Puerto único



Single-incision laparoscopic surgery for ileocolic resection in Crohn's disease

Rijcken E, Mennigen R, Senninger N, Bruewer M
Dis Colon Rectum 2012; 55:140-6

	S-I (20 pacientes) 2010-2011	Lap (20 pacientes) 2007-2010
Edad, Sexo H:M	31.6+/-10.8, 6:14	31.7+/-10.7, 6:14
BMI	21.5	21.2
Tiempo quirúrgico*	137.4+/-28.4	166.4+/-37.5
Conversión	1	2
Complicaciones	4 (1dehisc.)	4 (1 dehisc.)
Estancia	9+/-3.5	9.2+/-5.9

*p=0.009

Anastomosis

- Manual/mecánica
- T-T/L-L

Mecánica (< fugas)

(OR=0.48, 0.24-0.95, p=0.03)

Choy PY y cols. Cochrane
Database Syst Rev 2011 Sep 7;
9:CD004320

L-L=T-T

Similis C y cols. Am J Gastroenterol 2008;
103(1):196-205 (Meta-análisis)

Mc Leod RS y cols. Dis Colon rectum
2009; 52(5): 919-927

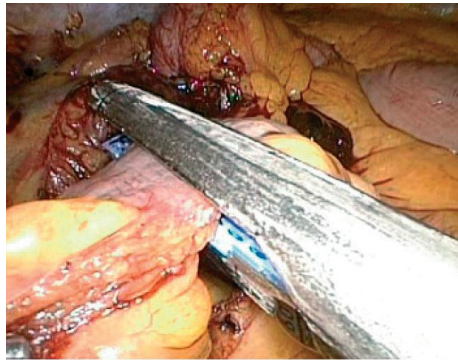
L-L (< fugas y < reintervenciones)

Zurbuchen U y cols. (ISRCTN-45665492)
Langenbecks Arch surg (On line January
2012)

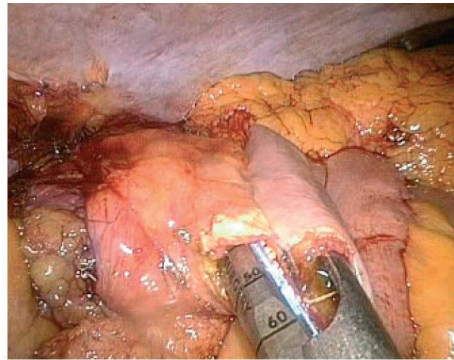
Laparoscopic resection with **transcolonic specimen extraction** for ileocecal Crohn's disease

Eshuis EJ, y cols

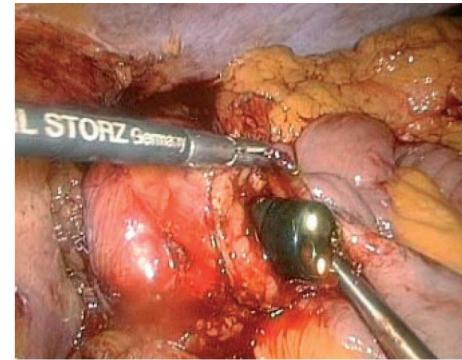
Br J Surg 2010; 97:569-574



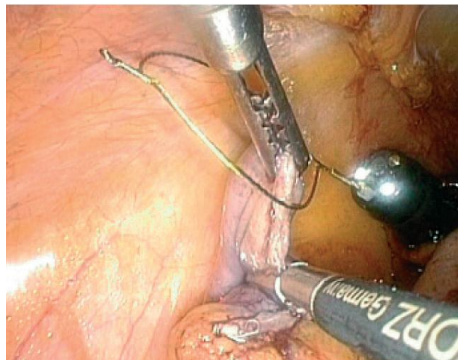
1. Sección intestinal



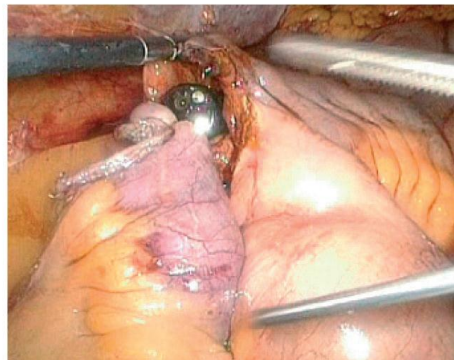
2. Anastomosis con EndoGIA



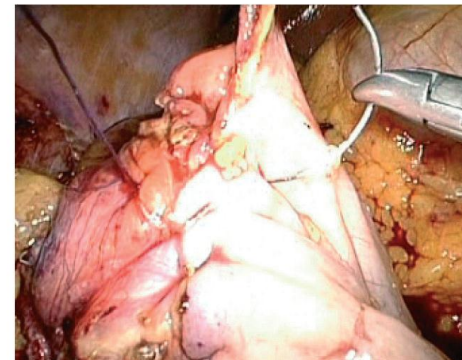
3. Salida del colonoscopio



4. Fijación del espécimen con asa



5. Arrastre al interior del colon, hasta el ano.



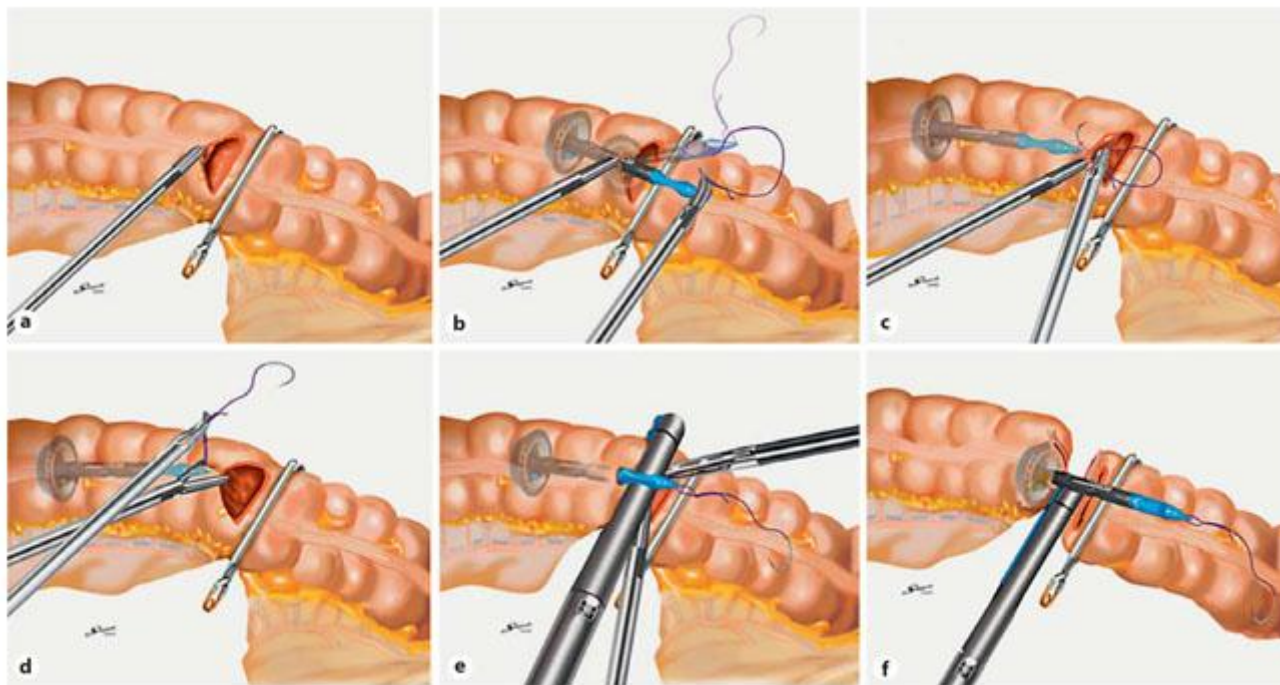
6. Sutura-cierre anastomosis

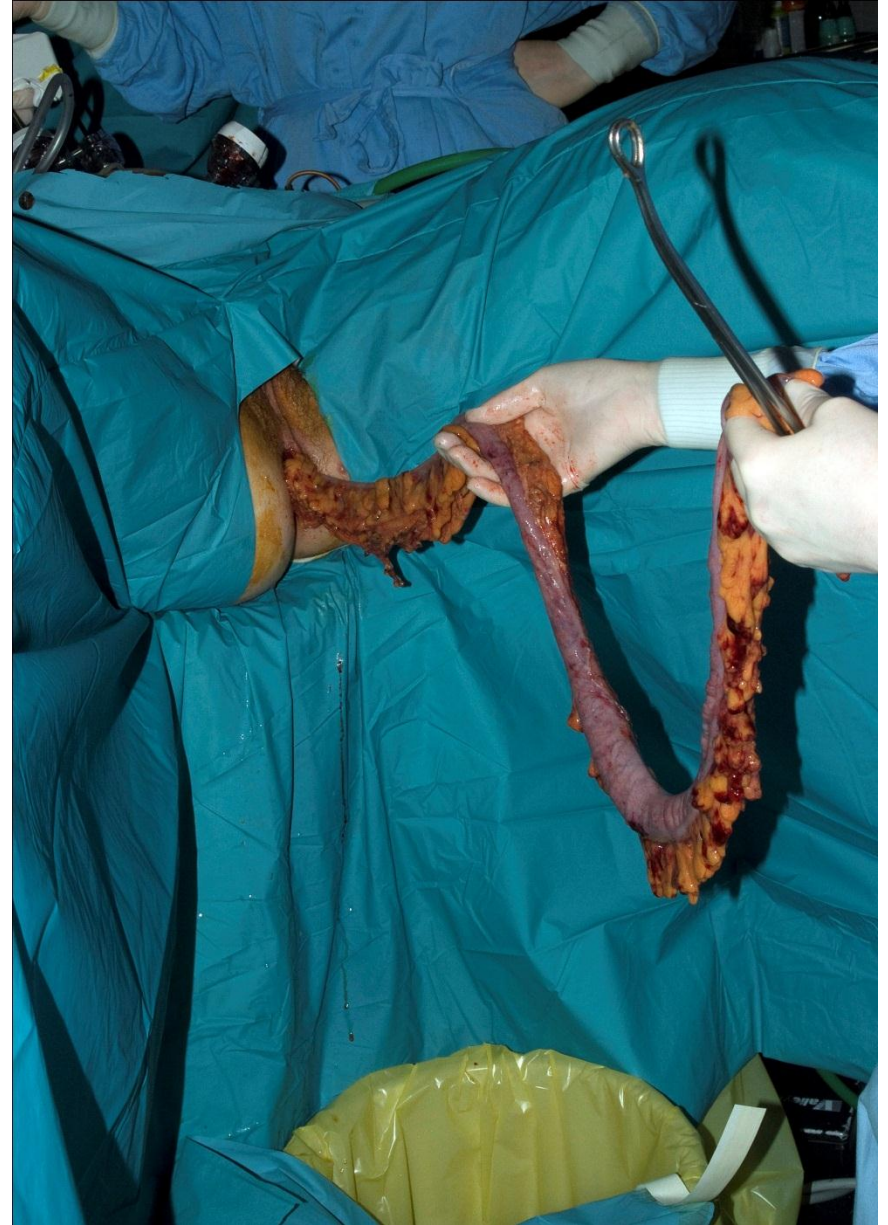
Laparoscopic resection with transcolonic specimen extraction for ileocecal Crohn's disease

Eshuis EJ, y cols

Br J Surg 2010; 97:569-574

	Transcolonic (n=10) 8 factibles	Asistida por laparoscopia (n=30)	
Tiempo quirúrgico	208(157-327)	115(70-225)	<0.01
Complic sitio quirúrgico	3 (2 drenajes percutaneos)	1	0.04
Estancia	5 (2-10)	5 (3-13)	ns
Reingreso <30d	2	0	0.06



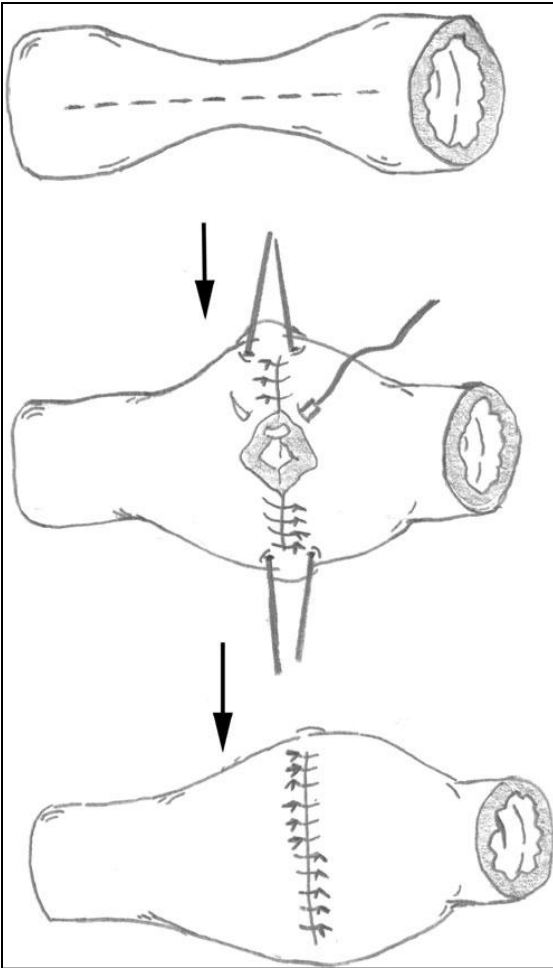


laparoscopic colorectal resection with transanal specimen extraction

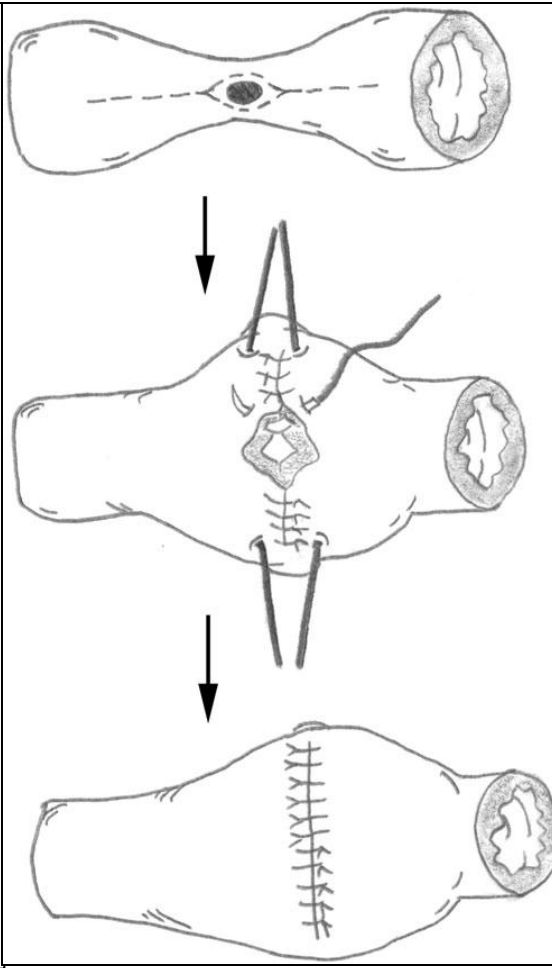
*Solar L, Rodríguez JI, Frunza y cols.
(In press)*

	Transcolonic (n=15) 14 factibles
Indicaciones:	Ca colorrectal PAF Diverticulosis Vólvulo
Tiempo quirúrgico	154(100-230)
Complic sitio quirúrgico	0
Otras complicaciones	1 (Ileo)
Estancia hospitalaria (media)	7
Reingreso <30d	1

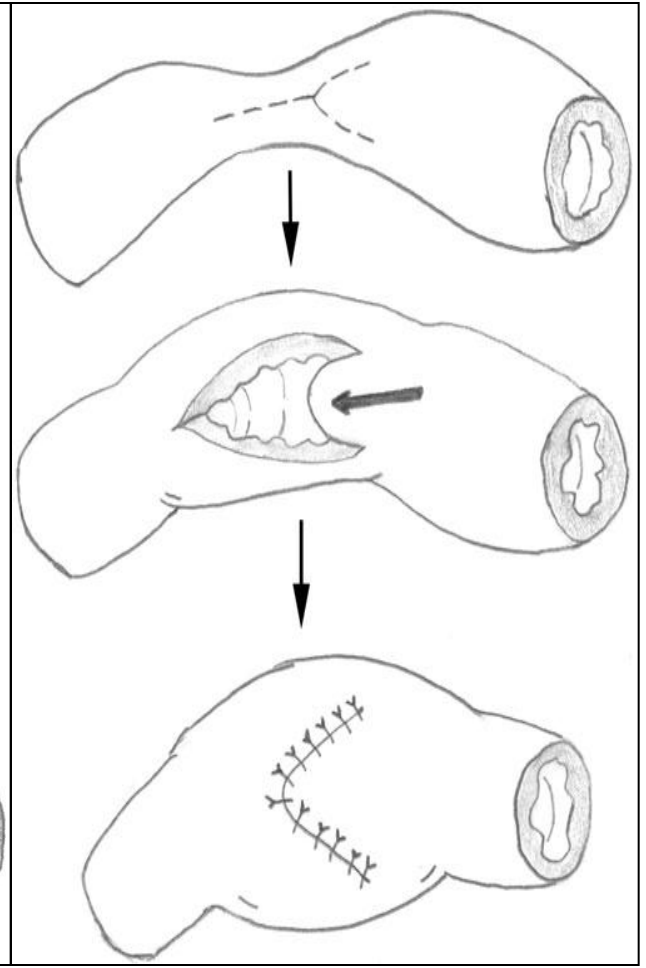
Stricturoplastia



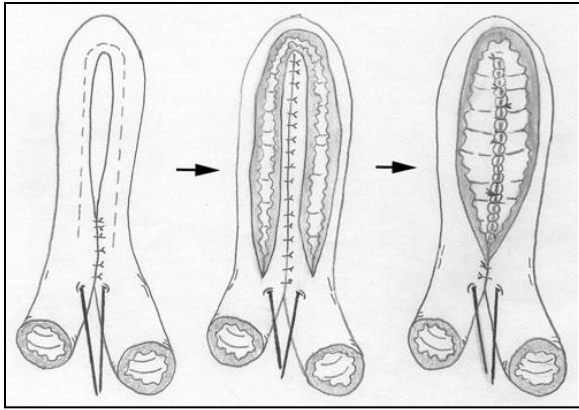
Heineke-Mikulicz



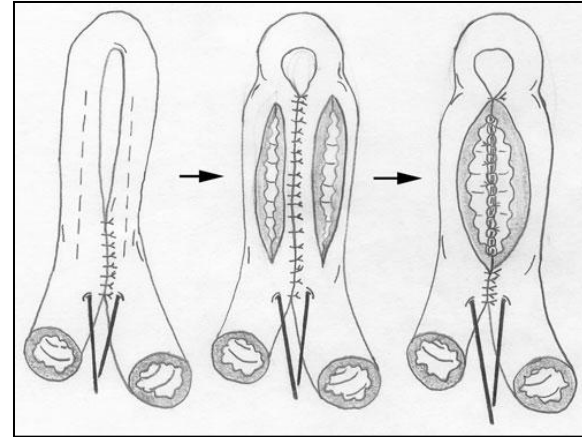
Judd



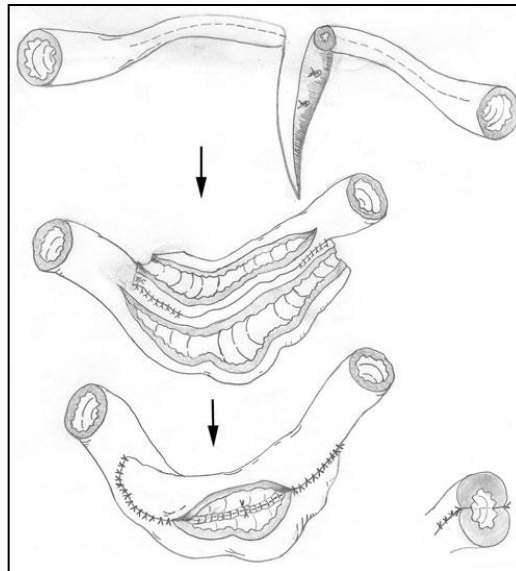
Moskel-Walske-Neumeyer



Finney



Jaboulay



Michelassi/Poggioli

Estricturoplastia

- 1122pacientes (3259 estricturoplastias)
- 815 (91%)Heinecke-Mikulicz/321 (10%)Finney
- Complicaciones: 13%
 - Fugas anastomosis: 4%
 - Hemorragia: 3%
 - Infección herida:32%
 - Obstrucción intestinal:1%

Yamamoto T, Fazio VW, Tekkis PP. Safety and efficacy of strictureplastiy for Crohn's disease: **a systematic review and meta-analysis** Dis Colon Rectum 2007; 50(11):1968-86

Selección del procedimiento

Resección:

- Estenosis >8cm
- Importante componente inflamatorio
- Evidencia de carcinoma, lesión o masa asociada a displasia (DALM), displasia de alto grado, multifocal o de bajo grado en el colon-recto (NE:III, GR:B):
- Fístula asociada

Estricturoplastia:

- Riesgo de intestino corto. Estenosis múltiples <8cm

Estoma de eliminación (con o sin resección):

- Esteroides preoperatorios
- Desnutrición preoperatoria
- Anemia grave
- Cirugía de urgencia (emergencia)

Post cirugía

- Recurrencia: **28%** (5 años) (Jóvenes y corta duración de la enfermedad)

Sin diferencias entre estricturoplastia y resección abierta o laparoscópica

- Otras complicaciones:

Complicación/Abordaje	Abierto(26)	Laparoscópico(29)
Eventración y adherencias (con reintervención)	6	2
QoL	++	++
Cosmesis Scale*	14	22

*:p<0.01

Eshius EJ, Slors JFM, Stokkers PCF, Sprangers MAG, Ubbink DT, Cuesta MA y cols.
Long-term outcomes following laparoscopically assisted versus open ileocolic
resection for Crohn's disease. Br J Surg 2010; 97:563-568

-Complic. quirúrgicas a largo plazo
- Imagen corporal

