



INTITUTO: Universidad del sureste

ASIGNATURA: enfermedades gastrointestinales

TEMA: resúmenes

DOCENTE: Rodrigo Manuel Bravo López

ALUMNA: Mariam de los ángeles Martínez Villagrán

FECHA: 14/10/22

CIRUGÍA DEL ESÓFAGO

La esofagectomía es un procedimiento quirúrgico para retirar parte o todo el esófago entre la boca y el estómago (esófago) y luego reconstruirlo usando parte de otro órgano, generalmente el estómago. La esofagectomía es un tratamiento común para el cáncer de esófago avanzado y se utiliza ocasionalmente para el esófago de Barrett si hay presentes células precancerosas agresivas. También se puede recomendar una esofagectomía para las afecciones no cancerosas cuando ocurrieron intentos fallidos anteriores de salvar el esófago, como en el caso de la acalasia o constricción en estadio terminal, o después de la ingestión de material que dañe el revestimiento del esófago.

Por qué se realiza: La esofagectomía es el tratamiento quirúrgico principal para el cáncer de esófago. Se realiza para extirpar el cáncer o aliviar los síntomas. Durante una esofagectomía abierta, el cirujano extirpa todo o parte del esófago a través de una incisión en el cuello, el pecho o el abdomen. El esófago se reemplaza utilizando otro órgano, más comúnmente el estómago, pero ocasionalmente el intestino delgado o grueso. En la mayoría de las circunstancias, la esofagectomía puede realizarse con una cirugía de invasión mínima, ya sea por laparoscopia, asistida por robot o una combinación de estos enfoques. Cuando la situación individual es adecuada, estos procedimientos se realizan a través de varias pequeñas incisiones y puede disminuir el dolor y acelerar la recuperación en comparación con la cirugía convencional.

Riesgos: La esofagectomía conlleva un riesgo de complicaciones, que pueden incluir las siguientes:

- Sangrado
- Infección
- Tos
- Fuga en la conexión quirúrgica del esófago y el estómago
- Cambios en la voz
- Reflujo biliar o ácido
- Náuseas, vómitos o diarrea
- Complicaciones respiratorias, como neumonía
- Dificultades para tragar (disfagia)
- Fibrilación auricular
- Muerte

Técnicas de esofagectomía

La esofagectomía se puede realizar de diferentes maneras. Independientemente de la técnica que se utilice, la esofagectomía no es una operación simple y puede requerir de una hospitalización prolongada. Es importante realizar esta operación en un centro con personal que tenga mucha experiencia en el tratamiento de estos cánceres y realizando estos procedimientos.

Esofagectomía abierta: en la técnica convencional y abierta, el cirujano opera a través de una o más incisiones (cortes) grandes en el cuello, el tórax o el abdomen.

- Si las incisiones principales se hacen en el cuello y el abdomen, se le llama esofagectomía transhiatal.
- Si las incisiones principales se hacen en el pecho y el abdomen, se le llama esofagectomía transtorácica.
- Algunos procedimientos se pueden realizar a través de incisiones en los tres lugares: el cuello, el pecho y el abdomen.

Esofagectomía mínimamente invasiva: para algunos cánceres en etapas iniciales (pequeños), el esófago se puede extirpar a través de varias incisiones pequeñas en lugar de incisiones grandes. El cirujano coloca un laparoscopio (un tubo delgado y flexible con luz) a través de una de las incisiones para observar todo durante la operación. Luego, los instrumentos quirúrgicos son insertados a través de otras incisiones pequeñas. Para poder realizar bien este tipo de procedimiento, el cirujano necesita tener mucha habilidad y experiencia en la extirpación de esófagos mediante este método. Debido a que se hacen incisiones más pequeñas, una esofagectomía mínimamente invasiva puede permitir que el paciente pase menos tiempo en el hospital, pierda menos sangre y se recupere con mayor prontitud.

Posibles riesgos de la esofagectomía

Al igual que la mayoría de las operaciones mayores, la cirugía de esófago conlleva algunos riesgos.

- Los riesgos a corto plazo incluyen reacciones a la anestesia, más sangrando de lo esperado, coágulos sanguíneos en los pulmones o en cualquier otra parte, e infecciones. La mayoría de las personas experimentará al menos algo de dolor tras la operación, lo que usualmente se puede aliviar con medicinas contra el dolor.
- Además, las complicaciones pulmonares son comunes. Se puede desarrollar una pulmonía que pudiera causar una estadía más prolongada en el hospital, y en algunas veces, pudiera causar incluso la muerte.
- Algunas personas podrían presentar cambios en sus voces después de la cirugía.
- Puede haber una fuga en el lugar en el que el estómago (o intestino) se conecta con el esófago, lo que podría requerir de otra operación para solucionar este problema. Gracias al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, este problema no es tan común como lo era en el pasado.

Tratamiento médico

Terapia endoscópica: Los siguientes tratamientos utilizan un tubo largo y flexible llamado endoscopio para tratar el cáncer de esófago y para manejar los efectos secundarios ocasionados por el tumor.

- Endoscopia y dilatación. Este procedimiento expande el esófago. Es posible que deba repetirse si el tumor crece.
- Endoscopia con colocación de endoprótesis. Este procedimiento utiliza una endoscopia para insertar una endoprótesis en el esófago. Una endoprótesis esofágica es un dispositivo de malla de metal que se expande para mantener el esófago abierto.
- Crioterapia. Este es un tipo de tratamiento paliativo que utiliza un endoscopio con una sonda que puede congelar y extirpar el tejido tumoral.

Radioterapia: La radioterapia es el uso de rayos X u otras partículas con alta potencia para eliminar las células cancerosas. El médico que se especializa en administrar radioterapia para tratar el cáncer se conoce como radiooncólogo. Un régimen o programa de radioterapia, normalmente consiste en una cantidad específica de tratamientos que se administran durante un período determinado. Cuando se administra tratamiento con radiación directamente dentro del cuerpo, el tratamiento se denomina radioterapia interna o braquiterapia. Para el cáncer de esófago, esto implica la inserción temporal de una fuente de material radioactivo en el esófago mediante el uso de un endoscopio. La terapia con haz de protones se está estudiando en ensayos clínicos para el cáncer de esófago. La terapia con haz de protones es un tipo de radioterapia con haz externo que usa protones en lugar de rayos X. Con alta potencia, los protones pueden destruir las células cancerosas.

Los efectos secundarios de la radioterapia pueden incluir fatiga, reacciones leves en la piel, dolor en la garganta y el esófago, dificultad o dolor al tragar, malestar estomacal, náuseas y deposiciones líquidas. La mayoría de los efectos secundarios desaparecen poco tiempo después de finalizado el tratamiento.

Quimioterapia: La quimioterapia es el uso de fármacos para destruir las células cancerosas, generalmente al evitar que las células cancerosas crezcan, se dividan y produzcan más células. Un régimen o programa de quimioterapia, por lo general consiste en una cantidad específica de ciclos que se administran durante un período determinado. Un paciente puede recibir 1 fármaco a la vez o una combinación de diferentes fármacos administrados al mismo tiempo. Como se explicó anteriormente, la quimioterapia y la radioterapia a menudo se administran al mismo tiempo para tratar el cáncer de esófago, lo cual se denomina quimiorradioterapia.

Terapia dirigida: La terapia dirigida es un tratamiento que apunta a los genes o a las proteínas específicas del cáncer, o a las condiciones del tejido que contribuyen al crecimiento y a la sobrevivencia del cáncer. Este tipo de tratamiento bloquea el crecimiento y la diseminación de las células cancerosas y, a la vez, limita el daño a

las células sanas. No todos los tumores tienen los mismos objetivos. Para determinar cuál es el tratamiento más eficaz, el médico puede realizar pruebas para identificar los genes, las proteínas y otros factores involucrados en el tumor. Esto ayuda a que los médicos puedan encontrar el tratamiento más eficaz que mejor se adapte a cada paciente, siempre que sea posible.

La terapia dirigida para el cáncer de esófago incluye lo siguiente:

Terapia dirigida a HER2 y Terapia antiangiogénica

Tratamiento nutricional

- Usted tomará una dieta líquida al principio. Después puede comer alimentos suaves durante las primeras 4 a 8 semanas después de la cirugía. Una dieta suave contiene solo alimentos que sean blandos y no necesiten masticar mucho.
- Cuando vuelva a una dieta normal, evite el bistec y otras carnes densas, ya que pueden ser difíciles de tragar.

Beba líquidos 30 minutos después de consumir alimento sólido. Tómese de 30 a 60 minutos para terminar una bebida.

Siéntese en una silla cuando coma o beba. No coma ni beba nada cuando esté acostado. Párese o siéntese erguido durante una hora después de comer o beber cualquier cosa, ya que la gravedad ayuda a movilizar la comida y los líquidos hacia abajo.

Consuma comidas y bebidas en cantidades pequeñas:

- En las primeras 2 a 4 semanas, no coma ni beba más de 1 taza (240 mililitros) a la vez. Está bien comer más de 3 e incluso hasta 6 veces al día.
- Su estómago quedará más pequeño de lo que era antes de la cirugía. Consumir comidas más pequeñas a lo largo del día en lugar de 3 comidas más grandes será más fácil.

CIRUGÍA DE ESTÓMAGO

La gastrectomía es una cirugía que se hace para tratar el cáncer de estómago. Durante su gastrectomía, es posible que el cirujano le extirpe parte del estómago o todo el estómago. Hay varios tipos de gastrectomías:

- Una gastrectomía parcial incluye la extirpación de la parte del estómago que tiene cáncer, los ganglios linfáticos cercanos y posiblemente partes de otros órganos cercanos al tumor
- Una gastrectomía total consiste en extirpar todo el estómago, los ganglios linfáticos cercanos y partes del esófago y el intestino delgado. El esófago se reconecta con el intestino delgado para que pueda seguir comiendo y tragando.

Una gastrectomía se puede hacer de diferentes maneras. Su cirujano hablará con usted sobre las opciones que sean adecuadas para su caso. Según la cirugía que se le haga, el cirujano le hará una o varias incisiones (cortes quirúrgicos) en el abdomen (vientre).

- Si se hace una sola incisión larga, entonces la cirugía se llama cirugía abierta. A través de esta incisión se extirpa parte del estómago o todo el estómago.
- Cuando se hacen varias incisiones pequeñas, la cirugía se llama cirugía laparoscópica de invasión mínima. Por las incisiones se introducen instrumentos quirúrgicos pequeños y un laparoscopio (un instrumento con forma de tubo que tiene una cámara) para extirpar la parte del estómago que tiene cáncer.

Posibles complicaciones y efectos secundarios de la cirugía

La cirugía del cáncer de estómago es complicada y podrían presentarse complicaciones, como sangrado después de la cirugía, coágulos de sangre y daño a los órganos cercanos durante la operación. Rara vez, las conexiones nuevas hechas entre los extremos del estómago o el esófago y el intestino delgado presentan una fuga. Después de una gastrectomía total o subtotal, no se le permitirá ingerir alimentos o bebidas al menos por varios días. Esto se hace para permitir que el tracto digestivo sane y para asegurar que no existen fugas en partes que han sido suturadas durante la operación.

Factores de riesgo

Un factor de riesgo es todo aquello que afecta la probabilidad de que usted padezca una enfermedad, como por ejemplo el cáncer. Los distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Algunos factores de riesgo, como el fumar, pueden cambiarse. Otros factores, como la edad o los antecedentes familiares, no se pueden cambiar. No obstante, el tener un factor de riesgo, o incluso varios factores, no significa que una persona padecerá la enfermedad. Además, muchas personas que adquieren la enfermedad pueden tener pocos o ninguno de los factores de riesgo conocidos.

- Género: El cáncer de estómago es más frecuente en los hombres que en las mujeres.

- **Edad:** Las tasas del cáncer de estómago en las personas de más de 50 años aumentan bruscamente. La mayoría de las personas diagnosticadas con cáncer de estómago se encuentran entre los 60 y 89 años de edad
- **Origen étnico:** En los Estados Unidos, el cáncer de estómago es más común entre los estadounidenses de origen hispano, de raza negra, indios y asiáticos/isleños del Pacífico en comparación con las personas de raza blanca que no son de origen hispano.
- **Infección por Helicobacter pylori:** Las infecciones por la bacteria Helicobacter pylori (H pylori) parece ser la causa principal de cáncer de estómago, La infección por mucho tiempo del estómago con este germen puede conducir a inflamación (llamada gastritis atrófica crónica) y cambios precancerosos del revestimiento interno del estómago.
- **Linfoma de estómago:** Las personas que han padecido cierto tipo de linfoma de estómago conocido como linfoma de tejido linfático asociado con la mucosa (MALT) tienen un riesgo aumentado de padecer adenocarcinoma del estómago.
- **Tabaquismo:** El hábito de fumar aumenta el riesgo de cáncer de estómago, particularmente para los cánceres de la sección superior del estómago cercana al esófago.
- **Sobrepeso u obesidad:** El sobrepeso o la obesidad es una posible causa de cánceres del cardias (la parte superior del estómago más cercana al esófago), aunque todavía no está claro cuán contundente es esta asociación.
- **Anemia perniciosa:** Ciertas células en el revestimiento del estómago producen normalmente una sustancia llamada factor intrínseco (IF) que necesitamos para la absorción de vitamina B12 de los alimentos.

Colocación de sonda de alimentación

Algunos pacientes presentan dificultad para consumir suficientes nutrientes después de la cirugía del cáncer de estómago. El tratamiento posterior, como quimioterapia con radiación, puede empeorar este problema. Para ayudar con este problema, se puede colocar un tubo en el intestino al momento de realizar la gastrectomía. El extremo de este tubo, llamado tubo de yeyunostomía o tubo J, permanece fuera de la piel en el abdomen. A través de este tubo se pueden administrar productos nutritivos en líquido directamente hasta el intestino para ayudar a prevenir y tratar la desnutrición.

Tratamiento médico

Las opciones de tratamiento para el cáncer de estómago dependen de la ubicación, el estadio y la agresividad del cáncer. A la hora de armar tu plan de tratamiento, el médico también tiene en cuenta tu estado general de salud y tus preferencias.

Quimioterapia: La quimioterapia es un tratamiento con medicamentos en el que se utilizan sustancias químicas para destruir las células cancerosas. Los

medicamentos de quimioterapia recorren todo el cuerpo y destruyen las células cancerosas que pueden haberse diseminado más allá del estómago. Se puede administrar quimioterapia antes de la cirugía para ayudar a reducir el tamaño del cáncer de modo que se pueda extirpar más fácilmente. La quimioterapia también se usa después de la cirugía para destruir cualquier célula cancerosa que pueda quedar en el cuerpo. La quimioterapia a menudo se combina con radioterapia.

Radioterapia: La terapia de radiación utiliza haces de energía de alta potencia, como rayos X y protones, para destruir las células cancerosas. Los rayos de energía provienen de una máquina que se mueve a tu alrededor mientras estás acostado en una mesa.

Inmunoterapia: La inmunoterapia es un tratamiento con medicamentos que ayuda al sistema inmunitario a combatir el cáncer. El sistema inmunitario de tu cuerpo que combate la enfermedad podría no atacar el cáncer porque las células cancerosas producen proteínas que dificultan que las células del sistema inmunitario reconozcan a las células cancerosas como peligrosas. La inmunoterapia interfiere en ese proceso.

Tratamiento nutricional

- Comience con 6 comidas pequeñas o más por día. En cuanto comience a comer, es posible que solo pueda ingerir una porción (ración) de $\frac{1}{2}$ a 1 taza de alimento a la vez. Con el tiempo podrá comer porciones más grandes y comer con menos frecuencia. Esto puede tardar varios meses. Algunas personas pueden que necesiten seguir una dieta de 6 comidas pequeñas. Cada uno es diferente.
- Mastique bien la comida, Esto facilita que su cuerpo digiera los alimentos.
- Coma con lentitud, ya que de esa manera dejará de comer antes de sentirse lleno y con incomodidad.
- No beba más de 4 onzas ($\frac{1}{2}$ taza) de líquido durante las comidas. De esa manera podrá comer una cantidad suficiente de alimento sólido sin llenarse demasiado. Esto evitará que los alimentos pasen muy rápido al intestino delgado.
- Recuerde que las sopas y los batidos de proteína cuentan como líquido.
- Incluya proteínas en cada comida. Algunas buenas fuentes de proteína son los huevos, la carne, las aves, el pescado, las nueces, la leche, el yogur, el requesón, el queso, la mantequilla de maní y el tofu.
- Después de su cirugía evite los alimentos picantes y con pimienta.
- Evite los alimentos grasosos y azucarados si le producen molestias. Para obtener más información, lea la sección “Intolerancias a los alimentos después de la cirugía”.
- Trate de tomar de unos 8 a 10 vasos (8 onzas) de líquidos al día. Si las bebidas gasificadas le hacen sentir demasiado lleno, evítelas.

- Tome la mayoría de los líquidos por lo menos una hora antes o una hora después de las comidas. Eso le ayudará a evitar sentirse demasiado lleno y la deshidratación.
- No beba más de 4 onzas (½ taza) de líquidos con las comidas.

NUTRICIÓN EN LA RESECCIÓN INTESTINAL; COLOSTOMÍA

Una colostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía. Por lo general, se necesita una colostomía porque un problema está causando que el colon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. Para una colostomía, se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esta abertura en la piel para formar un estoma. Solamente se necesita una colostomía por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses. Se puede hacer una colostomía temporal cuando una parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad. Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una colostomía durante el resto de la vida de una persona (permanente). La ubicación del estoma de la colostomía en el abdomen depende de la parte del colon afectada. Algunas colostomías son grandes, otras son pequeñas; algunas se colocan del lado izquierdo del abdomen, otras del derecho y otras pueden estar en el centro. El cirujano o un(a) enfermero(a) especialista en el cuidado de heridas, ostomías e incontinencia determinará el mejor lugar para el estoma. (Los enfermeros especialistas en el cuidado de heridas, las ostomías y la incontinencia han recibido un entrenamiento especial para atender e instruir a los pacientes acerca del cuidado de las ostomías. También se les conoce como enfermeros de ostomía).

¿Cuál es la función de una colostomía?

Una colostomía cambia la forma en que funciona el cuerpo para permitir que pueda eliminar las heces fecales. Después de hacer una colostomía, los intestinos funcionarán tal y como lo hacían antes, con la excepción de:

- La porción del colon y del recto que se encuentran más allá de la colostomía. Esta porción habrá sido desconectada o extirpada.
- El ano deja de ser el punto de salida de las heces fecales, aunque aún seguirá siendo un punto de salida de mucosidad de vez en cuando. Esto es normal.

Puesto que los nutrientes se absorben en el intestino delgado, una colostomía no afectará cómo el cuerpo procesa el alimento. Las funciones principales del colon

son las de absorber agua, transportar la materia fecal hacia el ano y luego almacenarla en el recto hasta que salga del cuerpo. Cuando una colostomía cambia la ruta de la materia fecal, el área de almacenamiento deja de estar disponible. Entre más arriba se haga la colostomía, más corto quedará el colon, y Un colon más corto significa que tiene menos tiempo para absorber el agua, haciendo las heces más suaves o más líquidas. Una colostomía más abajo en el colon, cerca del recto, eliminará materia fecal que ha estado en el intestino por una mayor cantidad de tiempo. Dependiendo de las circunstancias de la enfermedad, los medicamentos u otras formas de tratamiento, entre más extenso quede el colon, más sólida y formada será la materia fecal. Algunas personas con colostomía descubren que pueden evacuar la materia fecal en ciertos intervalos durante el día con o sin la ayuda de una irrigación.

Tipos de colostomía

La colostomía puede ser transversal, temporal o permanente, siendo esta última la que con mayor frecuencia se lleva a cabo en el cáncer colorrectal.

- Las colostomías temporales se realizan en aquellas ocasiones que se prevé que va a ser posible volver a restaurar la continuidad del colon en un futuro, pero se precisa de mantener “en reposo” (sin paso de heces) durante un tiempo a parte del colon. Cuando mejora la parte del colon que se encuentra en reposo se restablece el tránsito intestinal uniendo los extremos seccionados del colon pasado un tiempo.
- Las colostomías permanentes se efectúan cuando no va a ser posible volver a reconvertir el colon por las características de la enfermedad o bien por el segmento del colon que ha tenido que ser extirpado. La colostomía se mantiene de forma definitiva permitiendo la salida de heces al exterior.
- La colostomía transversa se realiza cuando es preciso dejar en reposo la parte descendente del colon. De esta forma, las heces se evacúan antes de llegar a la parte afectada por la enfermedad. El estoma u orificio se suele realizar en la parte superior del abdomen.

Características de las bolsas para colostomía

El material colector está formado por la bolsa propiamente dicha y por un adhesivo, que se pega a la piel que rodea la colostomía, de tal forma que permite que la bolsa quede fija y no se mueva o despegue incluso aunque se moje.

Es importante tener en cuenta la condición de la piel que rodea el estoma ya que deben preservarla de irritaciones (hipoalergénicas).

- Deben ser de uso y cambio sencillos.
- Deben garantizar la perfecta sujeción a la piel.
- Deben ser eficaces en su durabilidad y hermeticidad para evitar fugas de olores o heces.

Complicaciones de los estomas y como prevenirlas

A continuación, detallamos cuáles son las complicaciones que pueden surgir en el estoma y cómo prevenirlas:

Irritación cutánea: Es un problema bastante frecuente que consiste en molestias y enrojecimiento de la piel que rodea al estoma. Generalmente, se produce por contacto continuado de las heces con la piel cuando no coincide exactamente el tamaño del estoma con el del adhesivo, o por la retirada brusca del mismo.

Estenosis: Es normal que durante los primeros meses tras la intervención, el diámetro de la colostomía disminuya ligeramente y se haga necesario adaptar el adhesivo de la bolsa. En este caso, las heces pasan sin dificultad a través de la colostomía, pero si el estrechamiento prosigue, puede llegar a impedir la expulsión de las heces y se hace necesario administrar un tratamiento concreto.

Tratamiento nutricional

Siga estas pautas durante las primeras semanas después de su cirugía. Esto le ayudará a que se sienta cómodo mientras el colon se cura.

- Haga comidas pequeñas con frecuencia. Trate de hacer 6 comidas pequeñas durante el día, en lugar de 3 comidas grandes.
- Tome de 8 a 10 vasos (de 8 onzas o 240 ml) de líquidos al día (aproximadamente 2 litros).
- Coma principalmente alimentos blandos y con bajo contenido de fibra. Para obtener más información, lea la sección “Alimentos recomendados”.
- Cuando vuelva a incorporar alimentos a su dieta, agréguelos uno a la vez. Para obtener más información, lea la sección “Cómo agregar alimentos a su dieta”.

Alimentos recomendados: Es mejor comer principalmente alimentos blandos y con bajo contenido de fibra durante las primeras semanas después de su cirugía. Los alimentos blandos son alimentos cocinados, fáciles de digerir que no son picantes, pesados ni fritos. Comer alimentos blandos le ayudará a evitar síntomas molestos, como por ejemplo:

- Diarrea (defecaciones sueltas o aguadas)
- Abotagamiento
- Gases

COLECTOMIA

La Colectomía es un procedimiento quirúrgico en el que se extirpa todo el colon o parte de este. El colon, una parte del intestino grueso, es un órgano largo con forma tubular en el extremo del tubo digestivo. La Colectomía puede ser necesaria para tratar o prevenir enfermedades y afecciones que afectan al colon.

Existen varios tipos de operaciones de Colectomía:

- La Colectomía total implica la extirpación de todo el colon.
- La Colectomía parcial implica la extirpación de parte del colon; también se la puede llamar Colectomía subtotal.
- La hemicolectomía implica la extirpación de la parte derecha o izquierda del colon.
- La proctocolectomía implica la extirpación tanto del colon como del recto.

La cirugía de Colectomía suele requerir otros procedimientos para volver a conectar las partes restantes del aparato digestivo y permitir la expulsión de los desechos del cuerpo.

Riesgos

La Colectomía conlleva un riesgo grave de complicaciones. El riesgo de complicaciones se basa en la salud general, el tipo de Colectomía al que te sometás y el enfoque que use el cirujano para realizar la operación.

Por lo general, las complicaciones de la Colectomía pueden incluir:

- Sangrado
- Coágulos sanguíneos en las piernas (trombosis venosa profunda) y los pulmones (embolismo pulmonar)
- Infección
- Lesión en los órganos cerca del colon, como vejiga e intestino delgado
- Desgarros en las suturas que reconectan las partes remanentes del sistema digestivo

Por qué se realiza

La Colectomía se utiliza para tratar y prevenir enfermedades y afecciones del colon, como los siguientes:

- Sangrado incontrolable. El sangrado intenso del colon puede necesitar cirugía para extirpar la parte afectada del colon.

- Obstrucción intestinal. Un colon obstruido es una emergencia que puede requerir una Colectomía total o parcial, según la situación.
- Cáncer de colon. El cáncer en etapa temprana puede requerir que se extirpe solo una parte pequeña del colon durante la Colectomía. El cáncer en etapa avanzada puede requerir que se extirpe una mayor parte del colon.
- Enfermedad de Crohn. Si los medicamentos no te ayudan, extirpar la parte afectada del colon puede ofrecer un alivio temporal de los signos y los síntomas. La Colectomía también puede ser una opción si se detectan cambios precancerosos durante una prueba para examinar el colon (colonoscopia).
- Colitis ulcerosa. Tu médico podría recomendarte una Colectomía o proctocolectomía total si los medicamentos no ayudan a controlar los signos y los síntomas que padeces. La proctocolectomía también puede recomendarse si se detectan cambios precancerosos durante una colonoscopia.

Tratamiento nutricional

Después de la extirpación de una porción del colon, pueden ocurrir problemas intestinales. Los problemas más comunes son la diarrea, el estreñimiento, el exceso de producción de gas y la deshidratación. Estos síntomas ocurren porque las funciones normales del colon, como la absorción de líquido, aún no han vuelto a la normalidad. Estos problemas pueden solucionarse con una cuidadosa atención a la dieta y a la ingesta de líquidos. Sea paciente y progrese lentamente. Las comidas más pequeñas producen menos gas. Es mejor comer a intervalos regulares, por lo menos 3 veces al día.

Los siguientes alimentos son fáciles de digerir y pueden disminuir la cantidad y frecuencia de la diarrea:

- Compota de manzana
- Mantequilla de cacahuete
- Plátanos
- Papas
- Arroz blanco hervido
- Rosquillas
- Pan o tostadas
- Cereales sin azúcar (Cheerios, Total, Corn Flakes)
- Queso
- Crema de arroz
- Tapioca
- Crema de trigo
- Tés débiles

- Suplementos de fibra (la oblea de fibra es mejor para las heces a granel).
- Yogur
- Malvaviscos
- Pasta

Los siguientes alimentos pueden causar heces blandas o diarrea:

- Frijoles cocidos
- Bebidas calientes o sopas
- Cerveza
- Regaliz
- Brócoli
- Coliflor
- Coles de Bruselas
- Col rizada
- Col
- Jugo de ciruela
- Chocolate
- Vino tinto
- Frijoles secos
- Espinaca
- No más de 2 tazas de café al día
- Comidas muy abundantes
- Alimentos muy condimentados

ILEOSTOMÍA

Una ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía. Por lo general, se necesita una ileostomía porque un problema está causando que el íleon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen. Es posible que una ileostomía solo se necesite por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses, porque esa parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad. Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una ileostomía durante el resto de la vida de una persona (permanente).

Que función tiene una ileostomía

Después de que el colon y el recto son extirpados o esquivados mediante la cirugía, los productos de desecho de la digestión ya no salen del cuerpo a través del recto y del ano. Ahora el contenido digestivo saldrá del cuerpo a través del estoma. El drenaje se recolecta en una bolsa que se adhiere en la piel circundando el estoma. La bolsa es ajustada a su medida, y se lleva puesta todo el tiempo, pudiéndose vaciar conforme sea necesario. La materia fecal que sale de la ileostomía tendrá una consistencia de líquida a pastosa, dependiendo de lo que coma, de las medicinas que tome y de otros factores. Debido a que la salida de la materia fecal es constante, necesitará vaciar la bolsa de 5 a 8 veces al día.

Tipos de ileostomía

- Ileostomía estándar. También denominada ileostomía de Brooke. Es el tipo más frecuente. Se tira del extremo del intestino delgado a través de la parte inferior derecha del abdomen y se asegura a la parte externa de la piel. Luego, usted lleva una bolsa en todo momento para recolectar las heces que pasan a través del orificio.
- Ileostomía continente. Esta ileostomía no requiere que use una bolsa de recolección. El cirujano crea un bolsillo y una válvula en el extremo del intestino delgado. Luego, usted inserta un catéter varias veces al día en el bolsillo para drenar el excremento.
- Reservorio ileoanal. Esto también se denomina bolsa en J o bolsa pélvica. El cirujano crea una bolsa con el intestino delgado y el recto. Conecta la bolsa al ano para almacenar el excremento. Luego, las heces pueden evacuarse de la bolsa a través del ano.

Riesgos

Cualquier cirugía conlleva riesgos. Estos incluyen:

- Infección
- Coágulo sanguíneo
- Sangrado
- Ataque cardíaco
- Accidente cerebrovascular
- Dificultad para respirar

Los riesgos que son específicos para las ileostomías incluyen:

- Daño a los órganos circundantes
- Sangrado interno
- Incapacidad para absorber suficientes nutrientes de los alimentos
- Infecciones del tracto urinario, abdominales o pulmonares
- Un bloqueo intestinal debido al tejido cicatricial
- Heridas que se abren o tardan mucho en sanar

Tratamiento nutricional

- Después de la intervención quirúrgica introduzca los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades.
- Se recomienda una dieta baja en fibra durante las 6-8 semanas después de la cirugía. La reintroducción progresiva de fibra se realizará después de la sexta semana.
- No introduzca alimentos nuevos sin saber cómo se toleran los anteriores.
- Evite el exceso de peso, con el fin de facilitar que sea usted mismo quien se aplique los dispositivos y realice su propio aseo.

FISTULAS

Una fístula es una conexión anormal entre dos partes internas del cuerpo. Pueden desarrollarse entre distintos órganos, como entre el esófago y la tráquea o entre el intestino y la vagina. También pueden formarse entre dos vasos sanguíneos, como una arteria y una vena o entre dos arterias.

Algunas personas nacen con una fístula. Otras causas comunes son:

- Complicaciones después de una cirugía
- Lesiones
- Infecciones

- Enfermedades como la de Crohn o colitis ulcerativa

El tratamiento depende de la causa, dónde está ubicada y cuán grave es. Algunas fístulas cierran por sí solas. Otras necesitan antibióticos y/o cirugías.

Tipos: fistulas intravenosas dúrales

Síntomas

A menudo, las pequeñas fístulas arteriovenosas presentes en las piernas, los brazos, los pulmones, los riñones o el cerebro no provocan signos ni síntomas. Las pequeñas fístulas arteriovenosas no suelen necesitar otro tratamiento más que controles con un proveedor de atención médica. Las fístulas arteriovenosas de gran tamaño pueden ocasionar signos y síntomas.

Los signos y síntomas de la fístula arteriovenosa pueden incluir los siguientes:

- Venas moradas y abultadas que se pueden observar a través de la piel, similares a las venas varicosas
- Hinchazón de los brazos o las piernas
- Disminución de la presión arterial
- Fatiga
- Insuficiencia cardíaca

Causas

Las fístulas arteriovenosas pueden presentarse en el nacimiento (congénitas) o desarrollarse más adelante en la vida (adquiridas). Las causas de las fístulas arteriovenosas incluyen las siguientes:

- Lesiones que perforan la piel. Una fístula arteriovenosa puede ser el resultado de una herida de bala o por arma blanca en una parte del cuerpo donde se encuentran una vena y una arteria.
- Fístulas arteriovenosas congénitas. En algunos bebés, las arterias y venas no se desarrollan correctamente en el útero. No se sabe exactamente por qué sucede esto
- Afecciones genéticas. Las fístulas arteriovenosas en los pulmones (fístulas arteriovenosas pulmonares) pueden deberse a una enfermedad genética que provoca vasos sanguíneos irregulares en todo el cuerpo, pero especialmente en los pulmones.

Factores

Ciertas afecciones genéticas o congénitas también pueden aumentar el riesgo de fístulas arteriovenosas. Otros posibles factores de riesgo de las fístulas arteriovenosas son los siguientes:

- Edad avanzada
- Sexo femenino

- Cateterismo cardíaco, en especial si el procedimiento involucra vasos sanguíneos de la ingle
- Algunos medicamentos, incluidos algunos diluyentes de la sangre (anticoagulantes) y medicamentos usados para controlar el sangrado (antifibrinolíticos)
- Presión arterial alta
- Índice de masa corporal (IMC) elevado

NUTRICIÓN EN EL SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO

Los intestinos son el intestino delgado y el intestino grueso (colon). Ayudan al cuerpo a absorber nutrientes de los alimentos que come y los líquidos que toma.

- El intestino delgado absorbe carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Mide alrededor de 15 a 20 pies de largo y se divide en 3 secciones. La primera sección es el duodeno, la segunda el yeyuno y la última es el íleon. Cada parte tiene una función específica sobre cómo el cuerpo digiere y absorbe los nutrientes.
- El colon absorbe agua y minerales. Mide alrededor de 5 pies de largo.

Cuando se le extirpa una parte del intestino, la parte que queda se puede adaptar. Lo hace al absorber los nutrientes y líquidos que normalmente los hubiera absorbido la parte que fue extirpada. Esto significa que se pueden extirpar partes del intestino sin tener un impacto de importancia en su salud nutricional.

El síndrome del intestino corto es un conjunto de síntomas que ocurren mientras la parte del intestino que queda se adapta después de su cirugía. Puede reducir estos síntomas siguiendo las pautas en este recurso.

Las personas con síndrome del intestino corto podrían tener:

Gases

Calambres

Diarrea (heces sueltas o aguadas)

Pérdida de líquido

Pérdida de peso

Tratamiento nutricional

Hacer comidas pequeñas y frecuentes estresará menos su intestino más corto. Las comidas pequeñas ayudarán a controlar sus síntomas y es más fácil para el cuerpo digerirlas y absorberlas.

- Coma con lentitud y mastique bien la comida.
- Cuando el intestino se adapte, puede volver a tener 3 comidas por día.

Tomar grandes cantidades de líquidos con las comidas empuja su comida a través del intestino más rápidamente. Esto quiere decir que es posible que no digiera o absorba suficientes nutrientes.

- Tome la mayoría de los líquidos entre las comidas, al menos 1 hora antes o después de las comidas.

NUTRICIÓN EN LA PANCREATITIS CRÓNICA

La pancreatitis crónica es un proceso de larga evolución que consiste en una alteración de la estructura de la glándula debida básicamente a fibrosis (inadecuada cicatrización), que es progresivo en el tiempo y que termina por desestructurar toda la glándula, llegando, al final, a alterarse todas las funciones de este órgano. El páncreas es una glándula situada en el abdomen, justo debajo del diafragma, por delante de la columna vertebral y por detrás del estómago.

Síntomas

El síntoma principal de la pancreatitis crónica es el dolor crónico, que está presente en más del 80% de los pacientes. Frecuentemente se trata de un dolor continuo, de intensidad moderada, en la parte alta del abdomen, irradiado hacia la espalda, que empeora tras las comidas o tras beber alcohol y que mejora al flexionar el tronco hacia adelante o al tumbarse boca abajo. El dolor suele ser continuo o en forma de episodios de agudización, sin llegar en algunos casos a desaparecer por completo entre episodio y episodio.

A medida que la pancreatitis evoluciona y la glándula pancreática se va deteriorando, el dolor tiende a desaparecer, hecho que puede ocurrir de 5 a 20 años tras el inicio del cuadro.

Síntomas más habituales:

Dolor abdominal.

Náuseas y vómitos.

Distensión abdominal.

Causas

La causa más frecuente de pancreatitis crónica es el abuso crónico de bebidas alcohólicas. El alcohol puede desencadenar pancreatitis en algunos pacientes incluso a dosis leves o moderadas dependiendo de la predisposición genética, hábito nutricional y otros factores.

Otras causas no tan claras son algunos factores nutricionales y genéticos predisponentes. Entre las causas dietéticas destacan las dietas muy bajas en proteínas y muy bajas o excesivas en grasa.

Tratamiento

La pancreatitis crónica no representa una situación urgente aunque sí importante. El tratamiento está encaminado a mejorar la calidad de vida de los enfermos y a intentar paliar aquellas complicaciones que puedan surgir.

El primer objetivo del tratamiento es aliviar o suprimir el dolor mediante medidas que van de menor a mayor intensidad. En algunos casos el dolor mejora o desaparece si se evita el alcohol y se realiza una dieta ligera con comidas frecuentes y poco cuantiosas.

En otros casos hacen falta analgésicos suaves, o más fuertes o asociados a tranquilizantes o a opiáceos. En casos rebeldes puede ser necesario el bloqueo de los nervios que conducen el dolor hasta el cerebro mediante técnicas radiológicas o endoscópicas e incluso la cirugía.

Debe también intentarse que la función que el páncreas va perdiendo se supla mediante la administración por vía oral de enzimas que él ya no fabrica. Si se desencadena una diabetes, debe tratarse adecuadamente.

BIBLIOGRAFÍA:

<https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-es%C3%B3fago/tipos-de-tratamiento>

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/tratamiento/tipos-de-cirugias.html>

<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stomach-cancer/diagnosis-treatment/drc-20352443>

<https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/eating-after-your-gastrectomy?amp>

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia/que-es-una-colostomia.html#:~:text=Una%20colostom%C3%ADa%20es%20una%20abertura,colon%20y%20esta%20debe%20extirparse.>

<https://www.utmedicalcenter.org/es/medical-care/medical-services/procedures-treatments/colectomy/>

<https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia/que-es-una-ileostomia.html>

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/pancreatitis-cronica#:~:text=La%20pancreatitis%20cr%C3%B3nica%20es%20un,todas%20las%20funciones%20de%20este>