

La importancia del seguimiento de por vida del ostomizado: la perspectiva de la enfermera sobre los adenocarcinomas en el sitio de la ileostomía

RESUMEN

El desarrollo de adenocarcinoma en el sitio de ileostomía es una complicación extremadamente infrecuente y tardía que puede ocurrir en personas que viven con una ileostomía permanente. Predomina en personas operadas de estoma por colitis ulcerosa, poliposis adenomatosa familiar o enfermedad de Crohn, con una media de 27 años después de la creación del estoma. Sólo se han descrito 70 casos en la literatura en todo el mundo, la mayoría de ellos en los últimos 20 años. El prolongado periodo de latencia del adenocarcinoma desde el momento de la creación del estoma podría ayudar a explicar este aumento de la incidencia. La causa exacta de esta malignidad no está clara, pero se ha sugerido que factores como la irritación mecánica y química crónica de los equipos de estoma, la predisposición a la enfermedad, la transformación maligna de los adenomas, los cambios en la flora bacteriana y la ileítis/ileítis por reflujo, podrían contribuir a su desarrollo.

El adenocarcinoma primario en una ileostomía ha sido descrito en la literatura por cirujanos y médicos. A pesar de ello, sigue existiendo información limitada sobre los cuidados y la gestión de las partes interesadas clave, como las enfermeras estomaterapeutas, cuando atienden a personas que viven con una ileostomía permanente. Este artículo proporciona una comprensión y descripción diferentes desde la perspectiva de una enfermera estomaterapeuta, describiendo dos casos de adenocarcinoma primario en el sitio de la ileostomía.

Palabras clave ileostomía, adenocarcinoma, papel de la enfermera en la terapia estomal

Como referencia Vickers KJ. The significance of lifelong follow-up for the ostomate: the nurse's perspective of ileostomy site adenocarcinomas. WCET® Journal. 2025;45(1):20-26.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.45.1.20-26>

Presentado el 9 de julio de 2024, aceptado el 15 de diciembre de 2024

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma primario en el sitio de ileostomía es una complicación extremadamente infrecuente y tardía.¹⁻⁶ A nivel mundial, solo se han reportado 70 casos en la literatura hasta 2020.² El primer caso reportado de un adenocarcinoma primario en el sitio de ileostomía ocurrió en 1969 en un paciente 19 años después de una colectomía parcial por colitis ulcerosa (CU).⁵⁻⁸ El marco de tiempo entre la cirugía de creación del estoma y el desarrollo de una lesión de adenocarcinoma es variado con casos diagnosticados tan temprano como tres años y tan tarde como 51 años³ y el tiempo promedio documentado es de 27 años.⁵⁻⁷

El adenocarcinoma primario en el sitio de ileostomía se encuentra predominantemente en personas con un diagnóstico inicial de CU y poliposis adenomatosa

familiar (PAF),¹ con algunos informes en pacientes con enfermedad de Crohn.² Aunque la aparición en pacientes con PAF es rara. Las ileostomías permanentes suelen crearse durante intervenciones quirúrgicas para tratar la CU, la PAF o la enfermedad de Crohn. Estas afecciones, en particular la CU y la PAF, pueden requerir colectomías totales, proctocolectomías, bolsa ileal, anastomosis ileoanal (reparadora) y panproctocolectomías (totales) con ileostomías permanentes.^{1,2} Las ileostomías temporales pueden convertirse en permanentes si el paciente decide que vivir con un estoma de forma permanente es la opción preferida, o si no es médicamente apto para una cirugía adicional.¹

La panproctocolectomía con ileostomía terminal permanente se ha realizado en individuos con CU o PAF desde la década de 1950.⁵ Consiste en extirpar todo el colon, el recto, el canal anal y el esfínter anal en una sola intervención quirúrgica con la formación de una ileostomía terminal, y se considera un tratamiento curativo para la PAF y la CU.⁹ Antes se consideraba el tratamiento quirúrgico de primera línea para los pacientes con CU y PAF, pero hoy en día la cirugía de proctocolectomía reparadora se considera el procedimiento estándar que evita una ileostomía permanente para el paciente.^{3,10}

Kelly J Vickers

BNurs

Red Local de Salud del Norte de Adelaide

Hospitales Lyell McEwin y Modbury

Haydown Road Elizabeth Vale South Australia 5112

Correo electrónico kelly.vickers@sa.gov.au

Las neoplasias malignas de estoma no son una complicación con la que se encuentren a menudo las enfermeras estomatológicas (STN). Los libros de texto sobre terapia estomatológica sólo dedican un párrafo o hasta media página al tema, si es que lo hacen, ya que es tan poco frecuente, por lo que faltan conocimientos sobre la STN en este ámbito. Los STN experimentados pueden tener una exposición limitada a lo largo de su vasta carrera. En este artículo se presentan dos estudios casos que permiten comprender mejor la identificación y el tratamiento de esta afección.

Paciente A

PRESENTACIÓN DEL CASO (ANTECEDENTES)

Un caballero de 54 años con historia previa de proctocolectomía total y formación de una ileostomía terminal en 2012 por PAF (también reportada por Jacob et al⁷). Antecedentes médicos de depresión, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), trastorno por estrés postraumático (TEPT) y un IMC de 35, obeso.

El paciente A se perdió durante el seguimiento debido a la falta de adherencia a la atención sanitaria y a sus escasos conocimientos sobre salud. Acudió al Servicio de Urgencias en enero de 2022 con una gran hernia paraestomal (PSH) dolorosa y parcialmente reducible, lesiones cutáneas periestomales y un estoma hipernodular. Se realizó una derivación urgente al equipo colorrectal seguida de una revisión por parte del consultor colorrectal y el STN en el servicio de consultas externas. El paciente declaró no haber tenido contacto previo con un STN durante al menos tres años.

En el examen del STN se evidenció un gran PSH. Al retirar el equipo de ostomía, se observó una gran lesión polipoide en la mucosa del estoma, que se convirtió en la característica más preocupante (Fotos 1 y 2). El paciente A informó de que la hernia paraestomal había ido aumentando de tamaño durante años, y experimentaba molestias y múltiples fugas a diario. Había empezado a utilizar la bolsa drenable Coloplast Mio Concave[®] para mejorar la adherencia alrededor del PSH grande, ya que este equipo está diseñado para ajustarse alrededor de protuberancias, hernias y curvas con su base en forma de estrella. Sin embargo, el paciente A no cortaba la abertura de la bolsa lo suficientemente grande para el estoma y la lesión polipoide, lo que provocaba el fallo del dispositivo y una fricción e irritación persistentes en la abertura del equipo. Además, el paciente cortó una abertura en el cinturón de sujeción de la hernia que utilizaba para acomodar la bolsa y, como era de esperar, comprobó que ésta empeoraba.



Fotos 1 y 2. Vista anterior y lateral de la lesión polipoide y PSH.

GESTIÓN Y RESULTADOS

A el paciente A se le practicó una reparación electiva urgente de hernia paraestomal abierta y remodelación del estoma. No se insertó malla debido a la patología desconocida de la lesión polipoide. La patología de la gran lesión polipoide que se extirpó volvió a ser un tumor vellosos con transformación en adenocarcinoma, con invasión focal superficial. En el postoperatorio, el estoma tenía una forma irregular y estaba edematoso por haber sido manipulado durante la cirugía, lo cual es de esperar tras la creación del estoma y disminuye lentamente en las primeras 4-6 semanas. Seguía siendo evidente una protrusión parastomal hacia fuera y una herida lateral suturada por exceso de piel que se extendía hacia fuera a las 9 horas, lo que provocaba además que la zona parastomal fuera irregular y ondulada (Fotos 3 y 4).

Desarrolló celulitis en la piel periestomal que requirió tratamiento antibiótico intravenoso con Ceftriaxona durante el periodo de recuperación y fue dado de alta cuatro días después de su cirugía con cobertura antibiótica oral Augmentine Duo. Al alta, utilizaba la bolsa drenable Welland Aurum[®] Profile. La base de este producto está diseñada para ajustarse a las curvas, pliegues y contornos corporales complejos que el paciente había adquirido tras la intervención quirúrgica. También se consideró que la base con infusión de miel de Manuka de calidad médica podría ayudar a cicatrizar y disminuir la inflamación de la celulitis cutánea periestomal (Fotos 5 y 6).

Tras el alta en la comunidad, el paciente se cambiaba la bolsa cada dos días sin fugas. El cuidado del estoma tras el alta se complicó al desarrollarse una gran lesión pseudoverruginosa con tejido hiperqueratósico húmedo bajo el estoma, que causó dolor extremo y sangrado considerable (Foto 7). El eritema



Foto 3. Vista anterior de la topografía paraestomal postoperatoria.



Foto 4. Vista lateral de la topografía paraestomal postoperatoria

Fotos 1-4© 2023 Royal Australasian College of Surgeons.

Reimpreso con permiso de John Wiley & Sons Inc. Jacob M, Ponniah K, Ramanathan B, Eteuati J. Primary adenocarcinoma arising from an ileostomy site: a late complication of end ileostomies. ANZ Journal of Surgery.



Foto 5. Celulitis periestomal.



Foto 6. Zona paraestomal con el equipo colocado.

visible se trató con un tratamiento prolongado de antibióticos orales. El STN se centró en la educación sobre el corte de la base al tamaño correcto para su estoma, la introducción de un Welland Hyperseal® para gestionar la complicación de la piel periestomal y el uso correcto del cinturón de soporte para la prevención de la hernia paraestomal.



Foto 7. Lesión pseudoverrugosa con tejido hiperqueratósico húmedo.



Foto 8. Equipo de ostomía que el paciente A utilizaba en la comunidad.

Paciente B

PRESENTACIÓN DEL CASO (ANTECEDENTES)

Mujer de 52 años con antecedentes de enfermedad de Crohn y colectomía total con formación de ileostomía terminal en 1985, cuando tenía 14 años. Tenía una compleja historia clínica de sarcoidosis pulmonar, una enfermedad inflamatoria en la que las células del sistema inmunitario se agrupan para formar pequeñas masas no cancerosas, normalmente en los pulmones y los ganglios linfáticos cercanos.¹¹ Estaba inmunodeprimida por el tratamiento con metotrexato para su sarcoidosis, las pruebas de función pulmonar demostraban un defecto ventilatorio obstructivo grave, apnea obstructiva del sueño (AOS) leve, diabetes tipo 2 relacionada con la prednisolona, depresión y un IMC de 30, obesa. Esta paciente no informó de ningún seguimiento por parte de un gastroenterólogo, cirujano colorrectal o STN tras su colectomía total 38 años antes. La paciente mostraba escasos conocimientos sanitarios.

La paciente B acudió al Servicio de Urgencias en noviembre de 2023 con una historia de 18 meses de un crecimiento polipoide progresivo en su ileostomía que le causaba dolor, hemorragia, complicaciones cutáneas periestomales y un aumento de las fugas del equipo, lo que la llevó a aplicar Super Glue® en la base de su equipo como la mejor opción de tratamiento para contrarrestar las fugas. En el momento la paciente B utilizaba un equipo Coloplast Mio® convexo drenable, sin sellos ni cinturón adicionales.

En la exploración se observó una lesión polipoide en el lado derecho de la mucosa del estoma, a las 9 horas, de casi el doble de tamaño, que empequeñecía su estoma. Su piel periestomal estaba muy erosionada por las frecuentes fugas del equipo y dañada por el uso de Super Glue®.



Foto 9. Lesión polipoide a las 9 y piel periestomal erosionada.

La anatomía patológica de las biopsias tomadas en el Servicio de Urgencias resultó ser un adenocarcinoma invasivo de bajo grado productor de mucina. La paciente B se sometió a una nueva estadificación preoperatoria con TC, PET e ileoscopia.

GESTIÓN Y RESULTADOS

La paciente fue sometida a una resección local electiva urgente y a una revisión de la ileostomía. La anatomía patológica de la lesión confirmó las biopsias previas de adenocarcinoma mucinoso de bajo grado infiltrado en la grasa perintestinal. En el postoperatorio, su estoma estaba enrojecido y sobresalía con heridas laterales suturadas por exceso de piel que se extendían hacia fuera a las 3 y a las 9 horas, que exudaban cantidades bajas a moderadas de líquido seroso (foto 10).



Foto 10. Topografía postoperatoria de la zona paraestomal con heridas laterales suturadas.

Se aplicó un gran sello Welland® en la piel periestomal y en las heridas laterales para ayudar a absorber el exudado de la herida, con una bolsa drenable convexa blanda Dansac Novalife®. Su recuperación se complicó con un íleo postoperatorio, pero finalmente fue dada de alta siete días después de la intervención con un sello modulable Salts®, bolsa drenable convexa blanda Dansac Novalife® y cinta elástica Coloplast Brava®, y reeducada en el uso de un cinturón de sujeción para la prevención de hernias paraestomales.



Foto 11. Equipo de ostomía que el paciente B utilizaba en la comunidad.

Tras ser dada de alta en la comunidad, la paciente B cuidaba por sí misma de su estoma y se cambiaba la bolsa cada 4-5 días sin fugas. Lamentablemente, desde que fue dada de alta, el cuidado de su estoma se complicó aún más con piodermia gangrenosa en la piel periestomal y episodios de obstrucciones intestinales por una hernia paraestomal que requirieron ingresos hospitalarios.

Tanto el paciente A como la paciente B reciben ahora revisiones periódicas en la consulta externa de estomaterapia y disponen de un servicio de NST con el que pueden ponerse en contacto en cualquier momento que lo necesiten.

DISCUSIÓN

Ambos casos se presentaron con un diagnóstico de fondo conocido de PAF o enfermedad de Crohn, ambos conocidos e identificados en la literatura como precursores del desarrollo de adenocarcinoma primario en el sitio de ileostomía. Como complicación tardía conocida, con un tiempo medio de desarrollo de 27 años desde la creación del estoma⁵⁻⁷, a estos pacientes se les diagnosticaron adenocarcinomas primarios a los 10 y 38 años, respectivamente, de la creación del estoma. Presentando síntomas como una masa creciente en la zona del estoma, lesiones/pólipos dolorosos o incómodos, hemorragias, irritaciones cutáneas y dificultades de adherencia del equipo.^{2,3,4,12} Otras características pueden ser pápulas, herida en la zona periestomal, obstrucción intestinal y estenosis del estoma.^{3,4}

La etiología del adenocarcinoma primario en el sitio de ileostomía no es definitiva ni clara¹ y existen varias hipótesis posibles para su causa.

Irritación mecánica y química crónica de la unión mucocutánea

Los traumatismos periestomales repetitivos provocados por equipos de estoma mal ajustados y la exposición a los productos químicos utilizados en los adhesivos de los mismos pueden provocar metaplasia y displasia de la mucosa ileal.^{1,3,5,10,12} Esta irritación suele producirse en la unión mucocutánea y luego invade la piel y el tejido circundantes.⁵ La metaplasia se produce cuando las células normales se convierten en otras menos reconocibles en respuesta a una tensión o lesión externa crónica, y es reversible o benigna.¹³ Mientras que la displasia es un desarrollo anormal de los tejidos u órganos que altera el crecimiento celular.¹³ Esta metaplasia y displasia pueden conducir con el tiempo a cambios malignos como el adenocarcinoma.³ Ambos pacientes de esta serie de casos habían estado utilizando bolsas de estoma mal ajustadas durante muchos años antes de su revisión inicial con el STN.

Los adhesivos hidrocoloides de los equipos de estoma suelen contener pectina, carboximetilcelulosa (CMC) y poliisobutileno (PIB), y algunos fabricantes de productos de ostomía incluyen adhesivos (para aumentar la adherencia y la pegajosidad), tampones del pH y aditivos respetuosos con la piel como el aloe vera, la miel de manuka y la ceramida. En la Tabla 1 se describen los ingredientes base que se encuentran en la mayoría de los adhesivos hidrocoloides para estomas.

La literatura evidencia que los equipos y accesorios de estoma pueden causar o desencadenar dermatitis periestomal irritante y alérgica.¹⁵ Los equipos de estoma, incluidos los removedores adhesivos, las toallitas de barrera y las bridas, pueden contener ingredientes como etanol, alcohol etílico, alcohol butílico, hexametildisiloxano, terpolímero de acrilato y ácido esteárico.¹⁵ Avallone et al¹⁶ incluso describen una causa poco común de urolitiasis PIB que se cree que se debe al uso del equipo

de ostomía del paciente. La exposición a largo plazo a los materiales de los equipos y accesorios de estoma en la mucosa ileal puede no estar clara, pudiendo llegar a ser carcinogénica.¹⁹ Existe una escasez de información al respecto que requiere más investigación.

Predisposición a la enfermedad y transformación maligna de los adenomas

Las ileostomías permanentes suelen crearse durante las intervenciones quirúrgicas para tratar la CU, la PAF y la enfermedad de Crohn. Los pacientes con PAF son portadores del gen de la poliposis adenomatosa y son susceptibles de padecer adenomas intestinales en su ileostomía que conducen a la formación de carcinomas a través de mutaciones genéticas de K-Ras, β -catenina y p53.¹⁻³ También se sabe que tanto la CU como la enfermedad de Crohn tienen asociado un mayor riesgo de cáncer intestinal¹⁷ y la posible presencia de adenomas benignos supone un riesgo de desarrollo de adenocarcinoma.

Cambios en la flora bacteriana

Los cambios en la flora bacteriana se han relacionado con la aparición de cáncer.^{1,3} Los cambios en la flora de la salida fecal en la ileostomía y la piel periestomal circundante pueden empezar a parecerse a los de la flora colónica, que se desarrolla en un entorno diferente de pH, nivel de oxígeno y medio ambiente de nutrientes, promoviendo la metaplasia colónica e influyendo en el desarrollo del cáncer.^{12,18} Además, se ha sugerido que la exposición e irritación constantes de la salida fecal en la unión mucocutánea (MCJ) y la piel periestomal pueden provocar una metaplasia como la del esófago de Barrett.^{4,19}

Ileítis o ileítis por reflujo

La ileítis es la inflamación del íleon, que se observa en pacientes con enfermedad de Crohn,¹³ mientras que la ileítis por reflujo es la inflamación del íleon terminal, normalmente sólo en pacientes con CU.²⁰ La enfermedad de CU normalmente sólo afecta al colon y al recto, no al íleon, pero se ha sugerido

Tabla 1. Ingredientes de base en adhesivos hidrocoloides. Glosario Dansac., <https://www.dansac.com.au/en-au/glossary>

Pectina	Polisacárido extraído de limones, manzanas, naranjas o uvas. La pectina absorbe la humedad y forma un gel, y se utiliza en alimentos, cosméticos, medicamentos y barreras y pastas para la piel del estoma.
CMC	Carboximetilcelulosa, polisacárido extraído de fibras vegetales que absorbe la humedad y forma un gel. Es un componente de la barrera cutánea del estoma y también puede encontrarse en alimentos y medicamentos.
PIB	Poliisobutileno, un polímero hidrófobo que es una sustancia transparente/amarillenta blanda parecida a la goma. Es muy pegajoso y tiene una gran viscosidad. No absorbe agua y no se disuelve en ella. El PIB une/da fuerza interior a la barrera cutánea y ayuda a que ésta se adhiera sobre la piel seca. También se utiliza en los chicles.

Tabla 2. Casos descritos de adenocarcinoma en el sitio de la ileostomía en la literatura

Autor	Año	Número de casos notificados	Fuente
Morada, et al ²	2022	70 adenocarcinomas <ul style="list-style-type: none"> • 18 FAP • 50 IBD • 2 Otros 	Revisión bibliográfica hasta noviembre de 2020
James, et al ³	2018	57 diagnosticados de adenocarcinomas de ileostomía <ul style="list-style-type: none"> • 42 CU (1er caso 1969) • 15 FAP (1er caso 1982) 	Revisión bibliográfica 1975-2016
Quah HM, et al ¹²	2005	44 informes de casos 40 adenocarcinomas <ul style="list-style-type: none"> • 31 UC • 2 Crohn • 11 FAP 	Revisión bibliográfica Medline enero 1966-septiembre 2004 Embasa Enero 1974-2004
Iizuka T, et al ²¹	2002	36 casos notificados <ul style="list-style-type: none"> • 25 UC • 9 FAP • 2 Crohn 	Casos anteriores notificados y un nuevo caso clínico
Toshiki M ²²	1999	30 casos notificados <ul style="list-style-type: none"> • 9 FAP • 20 UC • 2 Crohn 	Casos anteriores notificados y un nuevo caso clínico
Suarez V, et al ²³	1988	8 casos notificados	

que la inflamación puede causar un mal funcionamiento de la válvula ileocecal, permitiendo el reflujo de material colónico al íleon, lo que provoca ileítis terminal.²⁰ Existe una asociación entre la ileítis o ileítis por reflujo y la displasia de la mucosa que conduce a la formación de cáncer.^{1,2,3,5} Según Quah et al, "Se sabe que se desarrollan adenocarcinomas en el íleon terminal de pacientes con colitis ulcerosa que tienen ileítis crónica por reflujo".¹²

El principio básico que subyace a todas estas hipótesis es que existe una fuente de irritación que provoca inflamación, lo que conduce a metaplasia y displasia y, finalmente, da lugar a la formación de cáncer.

Desde 1969, cuando se comunicó el primer caso de adenocarcinoma primario en el sitio de ileostomía, se han comunicado 70 casos en la literatura de todo el mundo, la mayoría de ellos en los últimos 20 años. La tabla 2 muestra el aumento de adenocarcinomas en el sitio de ileostomía reportados en la literatura.

El aumento de casos notificados en los últimos años sugeriría un aumento de la incidencia de adenocarcinoma en el sitio de la ileostomía.³ Este aumento de la incidencia podría estar relacionado con el largo periodo de tiempo que tarda en aparecer el adenocarcinoma desde el momento de la creación del estoma.^{3,6} El tiempo medio transcurrido entre la cirugía de creación del estoma y el desarrollo de una lesión de adenocarcinoma se ha documentado en 27 años.⁵⁻⁷ En 1952, el profesor Brooke introdujo por primera vez la técnica de eversión de la ileostomía, que transformó el tratamiento de la CU en particular y se conoció como ileostomía de Brooke (final).^{3,6,12} Por lo tanto, podría ser lógico sugerir que con una población envejecida de pacientes a los que se les practicó la ileostomía de Brooke (final) hace muchos años, están alcanzando el periodo de tiempo en el que se produciría el adenocarcinoma de ileostomía.³ Hoy en día la cirugía de proctocolectomía reparadora se considera en cambio el procedimiento estándar que evita una ileostomía permanente para el paciente.^{3,10} Esto puede cambiar la incidencia del adenocarcinoma de ileostomía en el futuro. Al tratarse de una complicación tan infrecuente, es posible que se haya infradiagnosticado y/o notificado poco, ya que ahora los médicos identifican y notifican mejor estos casos en las revistas académicas.

El STN puede desempeñar un papel importante en la identificación y el tratamiento de un adenocarcinoma primario en un estoma. El STN es a menudo el primer profesional médico al que se presentan los ostomizados con cualquier cambio en su estoma o equipos mal ajustados o con fugas.²⁴ Se recomienda que los ostomizados de larga duración con una ileostomía durante más de 9-15 años, sean revisados anualmente por el STN para comprobar cualquier cambio maligno y permitir la detección precoz.^{1,3,4,7,12} Las mejores prácticas y los modelos basados en la evidencia ya respaldan que las personas que viven con un estoma deben ser revisadas por un STN cualificado al menos cada 1-2 años y de forma continuada durante toda la vida del estoma para garantizar que están utilizando los equipos y prácticas más adecuados.²⁵ Esto se ha considerado durante mucho tiempo el patrón de oro de la práctica por parte de los STN. Los STN deben ser conscientes de esta complicación tardía y estar atentos a cualquier crecimiento anormal, lesión o herida que no cicatrice y que no responda a los tratamientos habituales.^{1,19} Estos deben remitirse para biopsia y las opciones de tratamiento

pueden incluir la escisión de la zona afectada y la remodelación o reubicación del estoma.²⁶ Durante el tratamiento de la lesión dentro del cuidado del estoma del paciente, el STN puede iniciar el uso de sellos y barreras altamente absorbentes para la mucina creada por los nódulos, revisar cualquier plantilla o equipo precortado para acomodar el tamaño de los nódulos y educar al paciente sobre cómo proteger cualquier piel periestomal que haya quedado expuesta.⁹

El papel de la STN es a menudo complejo, e implica la detección precoz y las acciones preventivas para detener los acontecimientos adversos, así como la capacidad de identificar y responder a los cambios o al deterioro del paciente.⁹ Como especialista clínico, la STN es un profesional experto en este campo clínico, que proporciona los conocimientos necesarios, la práctica basada en la investigación, la excelencia en la práctica clínica y la atención centrada en el paciente a los pacientes ostomizados.⁴ La STN debe ser consciente de su facilitación de información y educación para mejorar los conocimientos generales de salud para el paciente y sus allegados. La alfabetización sanitaria se refiere a "las habilidades, los conocimientos, la motivación y la capacidad de una persona para acceder a la información, comprenderla, valorarla y aplicarla con el fin de tomar decisiones eficaces sobre la salud y la atención sanitaria, y adoptar las medidas oportunas".²⁷

Los conocimientos sanitarios de los dos pacientes de esta serie de casos les impidieron ponerse en contacto con un STN para que les ayudara con los problemas del estoma. Ambos pacientes carecían de los conocimientos y la motivación necesarios para buscar ayuda antes. Un paciente retrasando su intervención quirúrgica dos años por guardar en casa un formulario de reserva quirúrgica de categoría 1 sin ponerse en contacto con el hospital, y otro se aplicando Super Glue® en la zona del estoma para evitar fugas. Estas decisiones pueden haber retrasado el acceso a una atención sanitaria adecuada y oportuna, así como la evaluación, identificación, diagnóstico y tratamiento de su adenocarcinoma. El bajo nivel de conocimientos sanitarios puede ser un problema frecuente, aunque poco comunicado, en la terapia estomatológica. Aproximadamente el 60% de los adultos australianos tienen un bajo nivel de alfabetización sanitaria necesaria para la vida diaria.²⁷ El papel del STN fue clave para optimizar la atención una vez que los pacientes se presentaban en el hospital, proporcionando a estos pacientes una educación sobre el estoma sencilla y clara, tanto visual como escrita. Además, se les apoyó en la gestión de su atención sanitaria mediante una estrecha atención ambulatoria del estoma con citas periódicas, vigilancia y educación individualizada fácil de entender sobre cómo y cuándo buscar asistencia del STN.

CONCLUSIÓN

La aparición sustancialmente tardía de un adenocarcinoma primario en una ileostomía destaca el papel increíblemente importante que desempeña la enfermera estomaterapeuta en el cuidado de por vida de una persona ostomizada. El adenocarcinoma primario en una ileostomía permanente es una complicación poco frecuente, sin embargo, el número de casos notificados en los últimos 20 años casi se ha duplicado. Esta serie de casos reportados describe a dos pacientes que acudieron al mismo hospital con esta complicación con menos de dos años de diferencia. Ambos no habían sido revisados por un STN desde hacía mucho tiempo y no eran conscientes de que los cambios en su estoma eran anormales.

La causa exacta del adenocarcinoma primario no es concluyente, pero se ha sugerido que factores como la irritación mecánica y química crónica, la predisposición a la enfermedad, la transformación maligna de los adenomas, los cambios en la flora bacteriana y la ileítis/ileitis por reflujo, podrían contribuir a su desarrollo. Los médicos y los STN deben estar atentos cuando atiendan a personas con una ileostomía permanente de larga duración. En cada revisión debe realizarse un examen cuidadoso del estoma. Se recomienda una revisión anual con un STN para detectar precozmente cualquier crecimiento o anomalía, durante todo el tiempo que la persona ostomizada viva con su estoma.

LIMITACIONES

Dado que este estudio de casos clínicos es una revisión retrospectiva de historias clínicas, resultó difícil determinar la formación específica para el cuidado de estomas. Sin embargo, en el texto se señalan evidencias del manejo de los equipos de estoma y del cinturón de sujeción.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Dra. Julie Tucker, Clinical Research Nurse Consultant, Division Surgical Specialties and Anaesthetics, Northern Adelaide Local Health Network por corregir y editar este artículo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

ETICA

Central Adelaide Local Health Network Human Research Ethics Committee Ref 19710.

FINANCIACIÓN

El autor no recibió fondos para este artículo.

REFERENCIAS

1. Bani Hani M, Butler B, Visco J, Alttuwaybi B. Primary adenocarcinoma at ileostomy – a rare later complication: three cases and literature review. *Int Surg*. 2022;106:176–180.
2. Morada AO, Harshavardhan Senapathi S, Bashiri A, Chai S, Cagir B. A systemic review of primary ileostomy site malignancies. *Surg Endosc*. 2022;36: 1750–1760.
3. James SD, Hawkins AT, M'Koma AE. Adenocarcinoma at the ileostomy site after a proctocolectomy for ulcerative colitis and/or familial adenomatous polyposis: an overview. *Ostomy Wound Manage*. 2018;64(6):30–40. doi:10.25270/owm.2018.6.3040
4. Lyon CC, Smith A. *Abdominal Stomas and their Skin Disorders*. 2nd ed. Informa Healthcare, UK: 2010.
5. Metzger PP, Jackson Slappy AL, Chua HK, Menke DM. Adenocarcinoma developing at an ileostomy: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2008;51: 604–609. doi:10.1007/s10350-007-9188-x
6. Procaccino L, Rehman S, Abdurakhmanov A, McWhorter P, La Gamma N, Bhaskaran MC, Maurer J, Grimaldi GM, Rilo H, Nicaturo J, Coppa G, Molmenti EP, Procaccino J. Adenocarcinoma arising at ileostomy sites: Two cases and a review of the literature. *World J Gastrointest Surg*. 2015; 7(6):94–97. doi: 10.4240/wjgs.v7.i6.94
7. Jacob M, Ponniah K, Ramanathan B, Eteuati J. Primary adenocarcinoma arising from an ileostomy site: a late complication of end ileostomies. *ANZ J Surg*. 2023;93: 777–778.
8. Siegler L, Jedd F. Adenocarcinoma of the ileostomy occurring after colectomy for ulcerative colitis: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1969;12:45–48.
9. White M, Perrin A. *Stoma Care Specialist Nursing: A guide for Clinical Practice*. Springer:2023.
10. Hammad A, Tayyem R, Milewski P, Gunasekaran S. Primary Adenocarcinoma in the ileostomy of a woman with familial adenomatous polyposis: a case report and literature review. *J Med Case Rep*. 2011;5:556.
11. Healthdirect. Sarcoidosis. <https://www.healthdirect.gov.au/sarcoidosis>. Accessed 20 February 2024.
12. Quah HM, Samad A, Maw A. Ileostomy carcinomas a review: the latent risk after colectomy for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. *Colorectal Dis*. 2005;7: 538–544.
13. *Mosby's Medical Dictionary*. 11th Ed. Elsevier, Missouri 2022.
14. Dansac Glossary. <https://www.dansac.com.au/en-au/glossary>
15. Cressey BD, Belum VR, Scheinman P, Silvestri D, McEntee N, Livingston V, Lacouture ME, Zippin JH. Stoma care products represent a common and previously underreported source of peristomal contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 2016;76:27–33.
16. Avallone MA, Kolbach-Mandel AM, Mandel IC, Mandel NS, Dietrich PN, Wessen JA, Davis CM. Polyisobutylene urolithiasis due to ileal conduit urostomy appliance: an index case. *J Endourol Case Rep*. 2015;1.1:41–43. doi: 10.1089/cren.2015.29016.maa
17. Ananthakrishnan A, Xavier R, Podolsky D. *Inflammatory Bowel Diseases: A Clinician's Guide*. Wiley Blackwell UK: 2017.
18. Jensen BAH, Heyndrickx M, Jonkers D, Mackie A, Millet S, Naghibi M, Pærregaard SI, Pot B, Saulnier D, Sina C, Sterkman LGW, Abbeele PV, Venlet NV, Zoetendal EG, Ouwehand AC. Small intestine vs. colon ecology and physiology: Why it matters in probiotic administration. *Cell Rep Med*. 2023;4(9):101190. doi: 10.1016/j.xcrm.2023.101190
19. Al-Niaimi F, Lyon CC. Primary adenocarcinoma in peristomal skin: a case study. *Ostomy Wound Manage*. 2010;56(1):45–47.
20. Hamilton MJ, Makrauer FM, Golden K, Wang H, Friedman S, Burakoff B, Levine JS, Joshi P, Banks PA, Odze RD. Prospective evaluation of terminal ileitis in a surveillance population of ulcerative colitis patients. *Inflam Bowel Dis*. 2016;22(10):2448–2455.
21. Iizuka T, Sawada T, Hayakawa K, Hashimoto M, Udagawa H, Watanabe G. Successful local incision of ileostomy adenocarcinoma after colectomy for familial adenomatous polyposis: Report of a Case. *Surg Today*. 2002; 32:638–641.
22. Toshiki M, Shu K, et al Familial adenomatous polyposis: a case report and histologic mucin study. *J Clin Gastroenterol*. 1999; 28:372–337.
23. Suarez V, Alexander-Williams J, O'Connor HJ, Campos A, Fuggle WJ, Thompson H, et al. Carcinoma developing in ileostomies after 25 or more years. *Gastroenterology*. 1988;95(1):205–208.
24. Chang A, Davis B, Snyder J, Pulskamp S, Nestok B, Rafferty J, Marcello P, Paquette IM. Considerations for diagnosis and management of ileostomy-related malignancy: a report of two cases. *Ostomy Wound Manage*. 2014;60(6):38–43.
25. Schluter JE, Sinasac PA. Community stomal therapy services: a needs analysis and development of an evidence based model of care. *Journal of Stomal Therapy Australia*. 2020;40(1):8–13.
26. Carmel JE, Colwell JC, Goldberg MT. *Core Curriculum Ostomy Management*. Wolters Kluwer, Philadelphia: 2016.
27. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Health literacy. <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards/partnering-consumers-standard/health-literacy>