

## "Tratamientos quirúrgicos en la EII". ¿Qué aporta el cirujano en la enfermedad de Crohn?

---

Aunque el desarrollo de nuevos tratamientos ha supuesto un cambio en el manejo de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC), la cirugía sigue manteniendo un rol importante. No ha cambiado en los últimos años el tipo de problemas que requieren solución quirúrgica, como son el fracaso del tratamiento médico, la estenosis, la enfermedad fistulosa, la hemorragia, la neoplasia o la enfermedad perianal. Lo que ha cambiado es el momento de realizar el tratamiento quirúrgico, su valoración multidisciplinar y la necesidad de sincronizarlo con tratamientos médicos pre o postoperatorios.

Una indicación clásica es el fracaso al tratamiento médico. La aparición de nuevos fármacos da la posibilidad de ensayar sucesivos tratamientos pero hemos de tener en cuenta que, en ocasiones, la enfermedad limitada es más fácilmente controlable con cirugía y que hay pacientes en los que la cirugía puede mejorar su calidad de vida por mejor control sintomático que el tratamiento médico.

### ¿QUÉ APORTA EL CIRUJANO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN?

- ✓ **Fracaso del tratamiento médico**  
Patients who demonstrate an inadequate response to, develop complications from, or are noncompliant with medical therapy should be considered for surgery. Grade of Recommendation: Strong recommendation based on low- or very low-quality evidence, 1C.
- ✓ Inadecuada respuesta – ausencia de remisión clínica
  - Corticoides: 2-4 semanas
  - Inmunomoduladores: 12-16 semanas
    - Mantenimiento
    - Enfermedad limitada – **segmento ileocólico corto**
- ✓ Falta de tolerancia a la medicación por efectos secundarios
- ✓ Falta de cumplimiento o imposibilidad de control médico

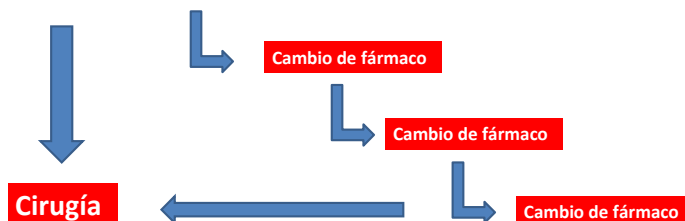
La colitis de Crohn es menos frecuente que la aparición de brotes en la colitis ulcerosa. La indicación de cirugía urgente sigue los mismos criterios pero hemos de destacar la necesidad de una evaluación quirúrgica en el momento del ingreso, tras tres días de tratamiento con corticoides y tras 5 días de segunda línea de tratamiento, así como siempre que se perciba un empeoramiento. Este seguimiento lo debe hacer idealmente el mismo cirujano.

## ¿QUÉ APORTA EL CIRUJANO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN?

### ✓ Fracaso del tratamiento médico

Patients who demonstrate an inadequate response to, develop complications from, or are noncompliant with medical therapy should be considered for surgery.  
Grade of Recommendation: Strong recommendation based on low- or very low-quality evidence, 1C.

Inadecuada respuesta – ausencia de remisión clínica  
Falta de tolerancia por efectos secundarios  
Falta de cumplimiento o imposibilidad de control médico



La estenosis secundaria a EC debe ser valorada de forma multidisciplinar. Hemos de tratar las estenosis yeyunales o ileales sintomáticas. La dilatación preestenótica valorada por métodos radiológicos, la pérdida ponderal, los hábitos alimentarios o los parámetros nutricionales nos pueden indicar la necesidad de tratamiento de la estenosis. Las estenosis cortas (menor de 5 cm) y accesibles al endoscopio pueden ser manejadas mediante dilatación endoscópica con un 90% de éxitos técnicos. Aunque la tasa de re-estenosis es alta, de un 36% aproximadamente a los 5 años, la técnica puede ser repetida o podemos entonces realizar una intervención quirúrgica. En caso de cirugía practicaremos estricturoplastia en estenosis cortas, después de descartar malignidad con una tasa de recurrencia menor a la dilatación endoscópica. No realizaremos tampoco una estricturoplastia sobre un segmento de intestino con actividad inflamatoria. En el resto de casos realizaremos una resección intestinal. En estenosis sintomáticas de colon, o ante la sospecha de una neoplasia, realizaremos una colectomía con criterios oncológicos ya que nos podemos encontrar hasta un 7% de carcinomas ocultos.

- ✓ TC y RM diferencian fibrosis y actividad inflamatoria ???
- ✓ Dilatación endoscópica de estenosis accesibles
  - < 5 cm
  - 90% éxito técnico
  - 36% re-estenosis a los 5 años (in situ)
  - Estenosis anastomosis / pacientes operados
- ✓ Cirugía en estenosis **sintomáticas** (resección/estricuroplastia)
  - 25-30% re-estenosis a los 5 años (estr)
    - 3% in situ - Comparable a resección
    - No en sospecha neo, inflamación o malnutrición
- ✓ Cirugía en estenosis de colon que no pueden ser bien controladas
  - 7% carcinomas ocultos
  - Difícil diferenciar estenosis benignas y malignas
  - Resección oncológica

El hallazgo de una perforación intestinal es una indicación de cirugía urgente. En ocasiones los fenómenos inflamatorios o las micro-perforaciones producen abscesos intraabdominales. El tratamiento antibiótico y la colocación de un drenaje deben ser el primer gesto. El momento y la necesidad de un procedimiento electivo posterior son controvertidos. Treinta por ciento de los pacientes pueden no precisar cirugía en ningún momento.

Entre 1% y 6% de los pacientes con EC sufrirán hemorragia digestiva. En este contexto, no precisa la búsqueda de otro diagnóstico etiológico. Se sabe que el 50% cesa espontáneamente aunque hay un 40% de resangrados. La indicación de cirugía es difícil por varias causas:

- Difícil localizar el punto de sangrado
- Puede ser multifocal
- Difícil explorar i. delgado
- Riesgo perforación en embolización
- Difícil decidir la zona de resección
- El riesgo de resangrado es alto

Reservaremos la cirugía en caso de inestabilidad hemodinámica o de sangrado persistente. El tratamiento anti-TNF disminuye riesgo de sangrado.

## ¿QUÉ APORTA EL CIRUJANO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN?

### ✓ Hemorragia

- ✓ 1 – 6%
- ✓ No precisa diagnóstico etiológico
- ✓ 50% cesa espontáneamente (40% resangrado)
- ✓ Anti-TNF disminuye riesgo de resangrado
- ✓ Cirugía:
  - Inestabilidad hemodinámica
  - Sangrado persistente



- ✓ Difícil localizar el punto de sangrado
- ✓ Puede ser multifocal
- ✓ Difícil explorar i. delgado
- ✓ Riesgo perforación en embolización
- ✓ Difícil decidir la zona de resección
- ✓ El riesgo de resangrado es alto

I. Delgado – resección segmento afecto  
Colon – colectomía total

En caso de neoplasia colorrectal, DALM, displasia de alto grado o displasia de bajo grado multifocal realizaremos cirugía con colectomía total o proctocolectomía debido al alto riesgo de tumores metacrónicos. También en las estenosis de colon podemos encontrar neoplasias asociadas hasta en el 17% de los casos sintomáticos, por lo que realizaremos una resección con criterios oncológicos.

## ¿QUÉ APORTA EL CIRUJANO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN?

### ✓ Neoplasia

Neoplasia CR  
DALM  
Displasia de alto grado  
Displasia de bajo grado multifocal

Biopsiar lesiones antes /durante  
estricturoplastia

Estenosis de colon que no pueden  
ser correctamente estudiadas

Colectomía total  
Proctocolectomía

DALM – 40%  
14 – 40% tumores metacrónicos

Colectomía segmentaria  
Resección oncológica

17% estenosis sintomáticas  
7% estenosis no sintomáticos  
> Estenosis cortas  
11% si más de 20 años

## ENFERMEDAD PERIANAL

Uno de los problemas que más trata el cirujano en la EC es la enfermedad perianal.

En el momento de la INFECCIÓN ACTIVA el tratamiento consiste en:

- Drenaje de abscesos
- Colocación de sedal sólo si trayecto establecido y cirujano experimentado
- Uso de antibióticos selectivo: flemón, sepsis, inmunosupresión
- Metronidazol +/- ciprofloxacino
- Sedal laxo (no cutting)

Una vez que se ha controlado la infección procederemos a:

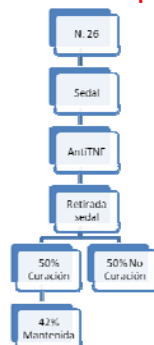
- Colocación sedal laxo en los trayectos bajo anestesia
- Puede ser necesario MRI
- Repetiremos la exploración si no se colocó sedal al 1º intento
- Es importante especificar si existe proctitis
- Si se sospecha EC hemos de proceder a confirmar o descartar el diagnóstico

Siempre hemos de realizar un MANEJO MULTIDISCIPLINAR:

- Discutir todos los pacientes con enfermedad perianal en sesión multidisciplinar
- El tratamiento médico debe ser dirigido por un gastroenterólogo
- Los hallazgos del cirujano deben guiar el tratamiento médico
- No utilizar corticoides como único tratamiento
- Comenzar anti-TNF pronto tras control sepsis
- Discutir en sesión posibilidad de retirar sedal

## ¿QUÉ APORTA EL CIRUJANO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN?

### Enfermedad perianal



Dig Dis Sci (2009) 54:156-172  
DOI 10.1007/s00269-008-0545-9

ORIGINAL ARTICLE

#### Predicting Factors of Fistula Healing and Clinical Remission After Infliximab-Based Combined Therapy for Perianal Crohn's Disease

	Responders patients n = 13	No responders patients n = 13	P (multivariate)	P (multivariate)
<i>Initial characteristics</i>				
Age (year)	35.1 ± 15.0	38.6 ± 9.8	ns	
CVI duration (years)	9.9 ± 3.6	8.4 ± 3.1	ns	
Smoking status (n, %)	2 (15.4%)	4 (30.8%)	ns	
Previous intestinal resection (n, %)	4 (30.8%)	7 (53.8%)	ns	
Albumin rate	27.4 ± 2.5	30.9 ± 3.7	P = 0.03	P = 0.08
CRP	48.1 ± 25.3	33.8 ± 26.0	P = 0.18	
CD-related hospitalizations	9.7 ± 6.7	1.1 ± 1.4	ns	
CDAI at first infliximab infusion	142 ± 78	218 ± 102	P = 0.04	P = 0.41
Immunosuppressant at inclusion	12 (92.3%)	9 (69.2%)	ns	
Associated luminal disease (n, %)	1 (7.7%)	7 (53.8%)	P = 0.03	P = 0.19
<i>PCD characteristics</i>				
Asse vaginal fistula (n, %)	1 (9.8%)	1 (7.7%)	ns	
Complex PCD (n, %)	8 (61.5%)	10 (76.9%)	ns	
Inter- or extraperitoneal track (n, %)	8 (61.5%)	7 (53.8%)	ns	
Abscess (n, %)	5 (38.5%)	6 (46.1%)	ns	
Associated rectal involvement (n, %)	3 (23.1%)	10 (76.9%)	P = 0.01	P = 0.047
<i>Initial IBM</i>				
Hypointensity (average ± ET)	8	7.7 ± 1.1	ns	
MRI score (average ± ET)	13.7 ± 4.3	13.1 ± 4.6	ns	

Una vez superada la fase aguda y tras valoración multidisciplinar decidiremos el TRATAMIENTO DEFINITIVO en base a los siguientes criterios:

- Utilizar técnicas que mantengan la integridad esfinteriana
- Tratar los trayectos secundarios antes del trayecto principal
- La colocación de plug y colgajo de avance pueden ser una opción
- Pasta de permacol, FiLAC y stem cells pueden beneficiar el mantenimiento de la continencia
- La fístula ano/recto vaginal no cura con solo tratamiento médico
- Discutir en sesión posibilidad de proctectomía
- Sepsis incontrolable
- Control de síntomas
- Fallo tratamiento médico
- 2/3 precisarán proctectomía
- La proctectomía mejora los síntomas y la calidad de vida
- Para tomar las decisiones, conocemos también unos factores pronóstico de cicatrización:  
Ausencia de proctitis
- Corto tiempo de evolución
- Abstinencia hábito tabáquico
- Fístula simple.