

CARTA AL DIRECTOR

Fístula anal y enfermedad de Crohn

Palabras clave: Fístula anal. Enfermedad de Crohn. Cirugía ambulatoria.

Key words: Anal fistule. Crohn's disease. Ambulatory surgery.

Sr. Director:

He leído con atención e interés el artículo titulado “¿Constituye la Cirugía Mayor Ambulatoria una opción de tratamiento adecuado en la enfermedad de Crohn perianal?” (1), publicado en el último número de *Cirugía Mayor Ambulatoria*. El planteamiento del esquema es en mi opinión absolutamente correcto y pertinente teniendo como “end point” la validación del abordaje en CMA del tratamiento de las fístulas perianales de Crohn.

Me ha llamado la atención el elevado número de pacientes incluidos en dos años, que supera ampliamente el de series internacionales en centros de prestigio (2,3). Quiero señalar así mismo, que los conceptos “respuesta completa” o “parcial” son algo subjetivos y variables en la literatura: por lo tanto sujetos a dependencia del observador.

El tipo de tratamiento propuesto parece efectivamente el más adecuado, combinando exploración bajo anestesia, uso de sedales e infliximab, si bien existen diferencias en la literatura en la duración y forma de llevarse a cabo, con o sin mantenimiento, momento de retirada de los sedales, etc. No parecen sin embargo muy claros en el artículo, los criterios de mantenimiento en el tiempo del seton (entre 12 y 35 semanas): nuestra postura está en línea con la publicada por Hyder (2), retirando el mismo tras la segunda inyección de infliximab.

También me ha sorprendido el excelente resultado obtenido, superior a cualquier estudio previo (4,5): donde raramente se supera el 50% de respuesta aquí se alcanza el 80% globalmente, con un 62% de respuesta a los doce meses. Cabe preguntarse si ello obedece a la terapia de mantenimiento durante un año con anti TNF asociado a azatioprina, como sugiere Topstad (6), al tiempo de seguimiento o a otros factores. También comparto la opinión de que los hallazgos de RMN muestran con elevada

frecuencia persistencia de los trayectos a pesar de una buena respuesta clínica. Sin embargo se ha perdido más de un tercio de los casos en el seguimiento, lo que podría introducir elementos de error y tampoco se describe si algún paciente ha requerido inserción de sedal, estoma o proctectomía como se refleja en las publicaciones ya citadas. En cualquier caso, esta serie merecería una mayor difusión.

Desde el punto de vista de la ambulatorización del procedimiento, parece una propuesta adecuada pues no se registran eventos negativos, es seguro, bien tolerado y aceptado por los pacientes y descarga otras áreas quirúrgicas: se trata de técnicas poco agresivas en pacientes con frecuencia afectados y que han precisado o precisarán nuevos ingresos hospitalarios y tratamiento quirúrgico. Por otra parte, se cumplen los parámetros de la ASCRS para la cirugía ambulatoria anorrectal (7).

F. Esteban Collazo

Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo II. Hospital Clínico San Carlos. Universidad Complutense de Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Roldán de la Rúa J, Pérez Manrique MC, Naranjo Torres A, Aguilera Roldán F, Membrives Obrero A, Gallardo Valverde JM. ¿Constituye la CMA una opción de tratamiento adecuado en la enfermedad de Crohn perianal? *Cir May Amb* 2008; 13(4): 155-8.
2. Hyder SA, Travis SL, Mortensen NJ et al. Fistulating anal Crohn's disease: results of combined surgical and Infliximab treatment. *Dis Col Rectum* 2006; 49: 1837-41.
3. Talbot C, Sagar PM, Johnston MJ, et al. Infliximab in the surgical management of complex fistulating anal Crohn's disease. *Colorectal Dis* 2004; 7: 164-8.
4. Present DH, Rutgeerts P, Targan S, et al. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. *N Engl J Med* 1999; 340: 1398-405.
5. Sands BE, Blank MA, Diamond RH, et al. Maintenance infliximab dose not result in increased abscess development in fistulizing Crohn's disease: results from ACCENT II study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 1127-36.
6. Topstad DR, Panaccione R, Heine JA et al. Combined seton placement, Infliximab infusion and maintenance immunosuppressives improve healing rate in fistulizing anorectal Crohn's disease. *Dis Col Rectum* 2003; 46: 577-83.
7. Place R, Hyman N, Simmang C, et al. Practice parameters for ambulatory anorectal surgery. *Dis Col Rectum* 2003; 46: 573-6.

Recibido: diciembre de 2008.

Aceptado: enero de 2009.

Correspondencia: F. Esteban Collazo. Unidad de Cirugía Colorrectal. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo II. Hospital Clínico San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos, s/n. 28040 Madrid. e-mail: festebanc.hcsc@salud.madrid.org