

## CARTA AL DIRECTOR

### Respuesta a la Carta al Director

*Palabras clave:* Enfermedad de Crohn. Enfermedad perianal. Cirugía mayor ambulatoria.

*Key words:* Crohn's disease. Perianal disease. Ambulatory surgery.

*Sr. Director:*

Ante todo quiero agradecer los comentarios que el Dr. Esteban Collazo ha realizado al trabajo titulado “¿Constituye la Cirugía Mayor Ambulatoria una opción de tratamiento adecuado en la enfermedad de Crohn perianal?”, publicado recientemente en *Cirugía Mayor Ambulatoria* (1). En cuanto al número de pacientes evaluados durante los 2 años de estudio, queremos reseñar que no hay estudios epidemiológicos exhaustivos que cuantifiquen la enfermedad perianal (EPA) en la enfermedad de Crohn (EC). Las incidencias publicadas varían del 3,8 al 80% (2), probablemente en relación con los criterios de definición de EPA y con la dedicación que las Unidades de Inflammatoria de nuestros hospitales presten a la misma. Por otra parte, desde finales de 2004 protocolizamos en nuestro hospital la atención integral del paciente con EC. Ello lleva implícito la valoración simultánea del gastroenterólogo y del coloproctólogo así como la secuencia diagnóstica, terapéutica y de seguimiento acorde con lo publicado por la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) (3). Esta establece como resultado del tratamiento de la EPA los conceptos de “remisión” (cierre de las fístulas, con ausencia de drenaje a la compresión digital, confirmada en 2 revisiones separadas al menos 4 semanas) y “respuesta” (cierre de al menos la mitad de las fístulas, con ausencia de drenaje a la compresión digital, confirmada en 2 revisiones separadas al menos 4 semanas).

De nuevo coincidimos con el Dr. Esteban en cuanto a la modalidad de tratamiento combinando exploración bajo anestesia, uso de sedales e infliximab. El tiempo de mantenimiento del sedal y del biológico son todavía hoy tema de controversia. Hyder (4) retirando el sedal en la segunda dosis de infliximab de las 3 administradas, sin tratamiento de mantenimiento, sólo consigue la curación en el 18% de los casos (4 de 22 pacientes). Otros trabajos (5) ya proponen dejar el sedal durante largo tiempo. ¿Cuál es el momento ideal para retirar el sedal? Es difícil responder a esta cuestión, pero nosotros creemos que debe ser retirado cuando la fístula no drena y cuando aparentemente está dificultando ya la cicatrización del trayecto fistuloso.

En cuanto a los resultados superiores a los comunicados creemos que sin duda tienen relación con el tratamiento de

mantenimiento con el biológico como se intuyó en el estudio ACCENT II (6) y con la permanencia prolongada del sedal. Hasta ahora no hemos tenido necesidad de colocar ningún estoma para el control de la EPA, ni hemos tenido que realizar ninguna proctectomía. Es cierto que a largo plazo, una vez suspendido el tratamiento biológico, hemos tenido alguna recurrencia que hemos tratado siguiendo el mismo protocolo. Por otra parte, creemos que la resonancia pélvica puede detectar trayectos no funcionantes, que corresponden a zonas de fibrosis. También es verdad que hemos perdido varios casos en los que no hemos podido realizar el control de resonancia anual, aspecto que estamos subsanando a medida que la serie va aumentando.

En cuanto al abordaje ambulatorio de este procedimiento, coincido con el Dr. Esteban en que parece una propuesta adecuada pues no registra eventos negativos, es segura, bien tolerada y aceptado por los pacientes y descarga otras áreas quirúrgicas. En este sentido, animamos a otras Unidades de Coloproctología a abordar esta patología alejando del hospital a pacientes con frecuencia sometidos a múltiples tratamientos e ingresos hospitalarios. Todo ello contribuirá a mejorar la calidad de vida del paciente con EC y la confianza en nuestras unidades de tratamiento.

J. M. Gallardo Valverde

*Unidad de Cirugía Colorrectal. Hospital Reina Sofía. Córdoba*

### BIBLIOGRAFÍA

1. Roldán de la Rúa J, Pérez Manrique MC, Naranjo Torres A, Aguilera Roldán F, Membrives Obrero A, Gallardo Valverde JM. ¿Constituye la Cirugía Mayor Ambulatoria una opción de tratamiento adecuado en la enfermedad de Crohn perianal? *Cir May Amb* 2008; 13(4): 155-8.
2. Schwartz DA, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology* 2002; 122(4): 875-80.
3. American Gastroenterological Association Clinical Practice Committee Gastroenterology. American Gastroenterological Association medical position statement: perianal Crohn's disease 2003; 125(5): 1503-7.
4. 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.
5. Thornton M, Solomon MJ. Long-term indwelling seton for complex anal fistulas in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2005; 48(3): 459-63.
6. 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.

*Recibido:* enero de 2009.

*Aceptado:* enero de 2009.

*Correspondencia:* J. M. Gallardo Valverde. Unidad de Cirugía Colorrectal. Hospital Reina Sofía. Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. e-mail: jmgv@accirujanos.es