

## ¿Constituye la cirugía mayor ambulatoria una opción de tratamiento adecuado en la enfermedad de Crohn perianal?

J. Roldán de la Rúa, M. C. Pérez Manrique, A. Naranjo Torres, F. Aguilera Roldán<sup>1</sup>,  
A. Membrives Obrero, J. M. Gallardo Valverde

*Servicios de Cirugía General y Digestiva, y <sup>1</sup>Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba*

### RESUMEN

**Introducción:** El tratamiento quirúrgico de las fistulas perianales en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) ha sufrido algunos cambios con la llegada de las terapias biológicas.

**Material y método:** Se han evaluado 25 pacientes con EC perianal entre diciembre de 2005 y septiembre de 2007. Todos los pacientes se trataron en régimen ambulatorio siguiendo un protocolo diagnóstico-terapéutico consensuado con la Unidad de Inflamatoria de nuestro hospital. El tratamiento consistió en el drenaje de abscesos con colocación de sedales y/o fistulotomía junto con el tratamiento con anti-TNF. El objetivo de este trabajo ha sido valorar los resultados de los primeros pacientes tratados en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

**Resultados:** El número medio de fistulas fue de  $2,31 \pm 1,22$  (1-5), siendo en el 84% fistulas complejas y la más frecuente la transesfinteriana alta. La colocación de sedales fue el procedimiento más aplicado en un 60%, con una permanencia media de  $21,1 \pm 7,9$  semanas. Se administraron biológicos en un 84% (21 pacientes). Ningún paciente precisó ingreso hospitalario derivado de complicaciones quirúrgicas o anestésicas.

**Conclusiones:** La CMA puede ser un abordaje seguro en el manejo de la enfermedad perianal en la EC.

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

Bowel Disease Unit of our hospital. The treatment was based on the drainage of the abscesses with Seton placement and/or fistulotomy associating anti-TNF. The aim of this study is to evaluate the results of the first patients who underwent this treatment in ambulatory surgery.

**Results:** The mean number of fistulas was  $2.31 \pm 1.22$  (1-5), 84% of which were complex. The most frequent type was a high trans-sphincteric fistula. Insertion of seton was the most common procedure (60%) with a mean time placement of  $21.1 \pm 7.9$  weeks. Biological therapies were used in 84% (21 patients). No patients required further hospitalization due to surgical or anesthetic complications.

**Conclusions:** Ambulatory surgery can become a safe approach for the management of perianal disease in CD.

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

---

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: 155-158.

---

### ABSTRACT

**Background:** The surgical management of perianal fistulas in patients with Crohn's disease (CD) has experienced some changes since the appearance of biological therapies.

**Material and method:** Twenty-five patients with perianal CD were analyzed from December 2005 to September 2007. All these patients were treated as ambulatory surgery following a diagnostic-therapeutic protocol developed by the Inflammatory

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad perianal (EPA) en la enfermedad de Crohn (EC) incluye diferentes anomalías anorrectales que comportan una disminución notable de la calidad de vida de los pacientes (1). La incidencia comunicada de la EPA es muy variable (del 3,8 al 80%) y su frecuencia está relacionada con la distribución topográfica de la enfermedad intestinal incrementándose a medida que nos acercamos al recto. Hasta en el 36% de los casos, la EPA puede ser la primera manifestación de la enfermedad (2). La EPA ha sufrido una modificación considerable en su manejo que ha oscilado desde el tratamiento agresivo hasta

---

Recibido: mayo de 2008  
Aceptado: julio de 2008

Correspondencia: José María Gallardo Valverde. Avda. Gran Capitán, 48, bloq 1-1-2. 14006 Córdoba. e-mail: jmgv@aecirujanos.es

el abstencionismo; esto unido a la incorporación de las nuevas terapias biológicas en pacientes ya sometidos a tratamientos inmunosupresores, exigen un conocimiento profundo de esta entidad (3).

El tratamiento combinado consistente en la exploración bajo anestesia (EBA) con colocación de sedales y tratamiento de las lesiones asociadas de forma previa al tratamiento con anti-TNF, constituye en la actualidad una de las formas de tratamiento más eficaces (4,5).

El objetivo de este estudio ha sido determinar la posibilidad de hacer efectivo este enfoque médico-quirúrgico en un circuito de cirugía mayor ambulatoria (CMA) alejando del hospital a pacientes habitualmente politratados y sometidos a múltiples ingresos hospitalarios.

## MATERIAL Y MÉTODO

Desde diciembre de 2005 a septiembre de 2007, a todos los enfermos con enfermedad de Crohn evaluados en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria de nuestro hospital, se les sometió a un protocolo de anamnesis y exploración sobre enfermedad perianal siguiendo los criterios de la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA) (6). Este protocolo incluía la exploración en una consulta especializada de coloproctología, definiendo las lesiones encontradas. Ante la presencia de dolor o fluctuación que nos pudiera sugerir mayor complejidad de las lesiones, los pacientes se sometieron a estudio mediante resonancia pélvica (RP), ecografía endorrectal (EER) y exploración bajo anestesia (EBA). Las fístulas se definieron como simples si: eran bajas, tenían un solo orificio fistuloso externo; sin absceso, estenosis o fístula rectovaginal asociada; y complejas en el supuesto contrario.

Una vez realizada la EBA y tratadas las lesiones, se completó el tratamiento con biológicos (anti-TNF) durante un año si la fístula se consideró como compleja. En nuestro caso se emplearon infliximab (5 mg/kg/i.v.) en la semana 0, 2 y 6, continuando con posterioridad con dosis cada 2 meses, o adalimumab (80 mg/s.c. de inducción y posteriormente dosis de 40 mg cada 15 días). Todos los pacientes recibieron de forma simultánea inmunomodulación con azatioprina. El resultado del tratamiento se definió como remisión o respuesta, según se hubieran cerrado todos los orificios fistulosos o el 50% de los mismos, en dos revisiones separadas al menos por 4 semanas (6).

Todos los pacientes que fueron sometidos a EBA fueron valorados en la consulta de preanestesia donde se les informó de la técnica anestésica que se les iba a realizar, sus riesgos y posibles complicaciones. Posteriormente, se les entregaron las recomendaciones del programa de CMA de nuestro hospital y se obtuvo el consentimiento informado para cuidados anestésicos monitorizados (7).

En caso de fístulas simples la fistulotomía se consideró como la técnica quirúrgica en caso de interesar poca cantidad de esfínter anal y en ausencia de actividad rectal; en el caso contrario y en las fístulas complejas, el sedal laxo

fue la técnica de elección (8). Se trataron las lesiones asociadas y las fístulas rectovaginales se trataron con sedal laxo o con colgajo da avance (9).

La técnica anestésica realizada consistió en todos los casos en anestesia intradural con aguja de 25 G de Whittrake con 35 a 40 mg de lidocaína al 2% hiperbara. Todo ello se asoció a infiltración local durante la cirugía de una cantidad variable de una solución de bupivacaína al 0,25% con epinefrina 1:200.000. Durante la intervención se administró intraoperatoriamente 1 g intravenoso de paracetamol más 40 mg de pantoprazol como protección gástrica y 4 mg de dexametasona como profilaxis antiemética.

En la Unidad de Recuperación Postanestésica (URPA) se inició el tratamiento analgésico por vía intravenosa que consistió en 2 g intravenoso de metamizol o 30 mg de ketoralaco, más 100 mg de tramadol. Una vez cumplidos los criterios de Aldrete modificados, pasaron a la fase II de recuperación postanestésica, dándoles el alta domiciliaria al cumplir los criterios de Chung.

La analgesia domiciliaria consistió en 1 g de paracetamol vía oral cada 6 horas durante 7 días, junto con 50 mg de tramadol por vía oral cada 8 horas los 3 primeros días del postoperatorio. A las 24 horas del alta son reevaluados de nuevo en nuestra consulta externa, realizando la primera cura y valorando el nivel de analgesia y complicaciones. En todos los pacientes se registró una valoración del dolor postoperatorio mediante escala analógica visual (EVA).

Se estudiaron las complicaciones y la necesidad de ingreso hospitalario en el postoperatorio inmediato, así como los resultados de la técnica empleada a los 6 meses y al año de seguimiento. En este último periodo la valoración clínica se completó con la realización de nueva RP.

## RESULTADOS

Se han evaluado durante este periodo 29 pacientes con EC. Se excluyeron 4 pacientes: 3 no operados y otro por falta de seguimiento. La media de edad fue de  $38,5 \pm 12,15$  (20-71) años con una distribución por sexos de 14 (56%) mujeres y 11 (44%) hombres. Once pacientes (44%) tenían antecedentes de EC perianal previa y el tiempo medio desde el diagnóstico de la EC hasta el desarrollo de la EPA fue de 43,3 meses. Doce pacientes (48%) tenían hábito tabáquico en el momento del tratamiento y 22 pacientes (88%) estaban en tratamiento con inmunomoduladores, siendo la azatioprina el más usado. En la tabla I se recogen la localización de EC luminal y la afectación rectal.

El número medio de fístulas por paciente fue de  $2,31 \pm 1,22$  (1-5). La relación entre fístulas simples y complejas fue de 4 (16%) vs. 21 (84%). Hubo 4 (16%) casos de fístulas rectovaginales. El tipo de fístula perianal más frecuente fue la transesfinteriana alta con 11 (44%). El tratamiento quirúrgico más empleado fue el drenaje con sedal

TABLA I

**LOCALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD LUMINAL DE LOS PACIENTES CON EC Y PORCENTAJE DE PACIENTES CON ACTIVIDAD RECTAL EN LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA**

<i>Localización de la EC intestinal</i>	
Ileal	2 (8%)
Ileo-cólica	9 (36%)
Cólica	14 (56%)
<i>Actividad rectal en la rectosigmoidoscopia</i>	
Sin actividad rectal	13 (52%)
Con actividad rectal	12 (48%)

laxo en 15 (60%) casos. En 6 (24%) casos se practicó fistulectomía parcial con sedal laxo y en 4 (16%) casos esfinterotomía o fistulotomía con legrado del fondo fistuloso. El tiempo medio de permanencia del sedal fue de  $21,15 \pm 7,87$  (12-35) semanas. En la tabla II se recogen las lesiones asociadas y el tratamiento efectuado.

TABLA II

**LESIONES ASOCIADAS EN EL MOMENTO DE LA EXPLORACIÓN BAJO ANESTESIA HACIENDO REFERENCIA A SU FRECUENCIA Y SU TRATAMIENTO**

<i>Lesiones asociadas en la ECP</i>		
Estenosis anal	16 (64%)	Dilatación (16)
Colgajos cutáneos	12 (48%)	Extirpación (2/12)
Fisuras y úlceras	9 (36%)	Sin tratamiento
Hemorroides	2 (8%)	Sin tratamiento
Condilomas acuminados	1 (4%)	Fulguración

La EBA se realizó en nuestro hospital de CMA sin observar complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica ni anestésica que obligaran al ingreso hospitalario en ninguno de los pacientes. El tiempo medio de permanencia en la URPA fue  $3,25 \pm 1,23$  horas. Con el protocolo analgésico administrado la percepción de dolor según EVA fue inferior a 4.

A los 6 meses de seguimiento de los 24 pacientes que lo completaron, 13 (54,16%) se encontraban en remisión, 8 (33,3%) en respuesta y en 3 (12,5%) casos se produjo una recidiva de la enfermedad. A los 12 meses de la intervención sólo 16 pacientes completaron el seguimiento de los cuales 10 (62,5%) estaba en remisión, 3 (18,75%) en respuesta y en otros 3 (18,75%) pacientes no se obtuvo respuesta. En la tabla III se recogen las tasas de respuesta terapéutica a los 6 y 12 meses separadas en función de los pacientes que tuvieron actividad rectal derivada de su EC. Globalmente al año de seguimiento el 81% de los pacientes tuvieron algún tipo de respuesta al tratamiento (62% remisión y 19% respuesta).

TABLA III

**RELACIÓN ENTRE LOS RESULTADOS DE TRATAMIENTO Y LA ACTIVIDAD RECTAL INFLAMATORIA DETECTADA EN LA RECTOSIGMOIDOSCOPIA (TEST EXACTO DE FISHER)**

<i>6 meses (<math>p = 0,37</math>)</i>	<i>Remisión</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Sin respuesta</i>
Sin actividad	10	1	1
Con actividad	3	7	2
<i>12 meses (<math>p = 0,35</math>)</i>			
Sin actividad	7	1	1
Con actividad	3	2	2

En la RP realizada al año de evolución se observaban aún zonas de supuestos trayectos fistulosos sin que se pudiera descartar que se trataran de zona de fibrosis. Estos hallazgos se produjeron en un porcentaje elevado de pacientes, incluso con remisión completa. En un intento por valorar la respuesta mediante la RP, los casos en la que esta muestra descenso de trayectos fistulosos con respecto a la previa, se consideró respuesta al tratamiento. Por el contrario, en los casos en los que la RP no detectara ningún trayecto fistuloso, se consideró remisión. De esta forma se obtienen resultados similares a la valoración clínica con 81% de mejoría con el tratamiento pero invirtiendo la tasa de remisión (19%) y de respuesta (62%).

## DISCUSIÓN

El objetivo del tratamiento de las fístulas perianales en la enfermedad de Crohn debe ser el cierre de la misma y evitar la recurrencia. Tratamientos potenciales serían los antibióticos, la azatioprina, anti-TNF y la cirugía que incluiría desde sedales y colgajos de avances hasta derivaciones fecales y en última estancia proctectomía. En general los antibióticos y la azatioprina deben ser considerados tratamientos adyuvantes de otros tratamientos (médicos o quirúrgicos). Muchos gastroenterólogos prefieren intentar la inducción y, el mantenimiento y la curación con anti-TNF (infiximab) al tratamiento quirúrgico, pero generalmente éste se asocia a altas tasas de recurrencia tras la retirada del biológico (6).

Algunos autores han señalado la posibilidad de que el uso mantenido de los tratamientos biológicos pueda convertir en un absceso perianal cualquier infección perianal oculta. En el estudio ASCENT II (10) que estudia el efecto del mantenimiento del infiximab después de 3 dosis de inducción con respecto al placebo, se objetivó una respuesta inicial de inducción del 63% en la semana 14, que se mantiene en la semana 54 (36% con respecto al 19% en el grupo control).

Aunque algunos autores han señalado que la terapia aislada con infiximab no debe acompañarse del drenaje de los trayectos fistulosos por el riesgo bajo de abscesos perianales como queda constancia en el estudio ASCENT II (10), en otros estudios donde se excluían las fístulas

simples (no así en el ASCENT II) se recogieron tasas de infección graves hasta del 8,3% con necesidad de derivación intestinal (ostomía) para el control de la sepsis de hasta el 22% (11,12). Por este motivo la combinación de infliximab con drenajes de los trayectos fistulosos ha sido propuesta por otros autores (13).

Recientemente Hyder (14) propone un protocolo de actuación basado en la realización de una RP y una exploración bajo anestesia con la colocación de sedales de drenaje previos al inicio de tratamiento con infliximab. Con este tratamiento consigue una tasa de infección del 0% y unos resultados iniciales después de 3 dosis de infliximab, retirando el sedal después de la segunda infusión, muy buenos. A largo plazo sólo el 18% mantienen la curación comparado con el 50% en el estudio ASCENT II. El autor plantea combinar los beneficios del seton en la prevención de la infección con el uso combinado de terapia de mantenimiento con infliximab.

En nuestro estudio aplicamos el mismo protocolo de actuación que el propuesto por Hyder (14) pero manteniendo el tratamiento con infliximab durante 1 año. Con este esquema de tratamiento se obtiene respuesta en el 81% de los pacientes mejorando los resultados del 36% obtenidos con infliximab sin cirugía del estudio ASCENT II (10).

Por otra parte, resulta muy atractivo para pacientes en general sometidos a múltiples ingresos y diversos tratamientos, algunos de los cuales afectan a su estado inmunitario, tratar la enfermedad perianal alejados del hospital. La enfermedad perianal limita la calidad de vida de estos enfermos y debe ser considerada como una enfermedad grave. Por lo tanto se hace necesario el abordaje especializado de estos pacientes con una estrecha colaboración de los profesionales implicados.

A pesar de no existir suficientes evidencias, no hemos encontrado publicaciones relacionadas sobre el tratamiento de la enfermedad Crohn perianal en régimen am-

bulatorio, los datos de este estudio parecen confirmar que este régimen de tratamiento es seguro y quizás pueda constituirse en el tratamiento ideal de estos pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. McKee RF, Keenan RE: Perianal Crohn's disease-is it all bad news. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 136-41.
2. McClane SJ, Rombeau JL. Anorrectal Crohn's disease. *Surg Clin North Am* 2001; 81: 169-83.
3. Gallardo Valverde JM. Manejo médico-quirúrgico de la enfermedad de Crohn perianal. *Rev Andaluza de Patología Digestiva* (prensa).
4. Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, Chey WY, Feagan BG, Fedorak RN, et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 876-85.
5. Hyder SA, Travis SP, Jewell DP, McC Mortensen NJ, George BD. Fistulizing anal Crohn's disease: results of combined surgical and infliximab treatment. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1837-41.
6. Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG, Hanauer SB: AGA Technical Review on Perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003; 125: 1508-30.
7. Salvador L. La anestesia fuera del área quirúrgica: ¿destino a galeras o crucero de lujo? *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2001; 48: 303-6.
8. Scott HJ, Northover JM. Evaluation of surgery for perianal Crohn's fistulas. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1039-43.
9. Sonoda T, Hull T, Piedmonte MR, Fazio VW. Outcomes of primary repair of anorrectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1622-8.
10. Sands BE, Blank MA, Diamond RH, Barrett JP, van Deventer SJ. Maintenance infliximab does not result in increased abscess development in fistulizing Crohn's disease: results from the ACCENT II study. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 23: 1127-36.
11. Colombel JF, Loftus EV Jr, Tremaine WJ, et al. The safety profile of infliximab in patients with Crohn's disease: the Mayo Clinic experience in 500 patients. *Gastroenterology* 2004; 126: 19-31.
12. Ljung T, Karlen P, Schmidt D, et al. Infliximab in inflammatory bowel disease: clinical outcome in a population based cohort from Stockholm County. *Gut* 2004; 53: 849-53.
13. Talbot C, Sagar PM, Johnston MJ, Finan PJ, Burke D. Infliximab in the surgical management of complex fistulating anal Crohn's disease. *Colorectal Dis* 2005; 7: 164-8.
14. Hyder SA, Travis SP, Jewell DP, McC Mortensen NJ, George BD. Fistulating anal Crohn's disease: results of combined surgical and infliximab treatment. *Dis Colon Rectum* 2006; 49(12): 1837-41.