



Perspectivas quirúrgicas

Nuevas técnicas y estrategias quirúrgicas para la enfermedad de Crohn: resultados frente a expectativas



New surgical techniques and strategies for Crohn's disease: results vs expectations

Gianluca Pellino^a y Mónica Millán Scheiding^{b,*}

^a Vall d'Hebron University Hospital, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, Spain

^b Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Spain

La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad crónica gastrointestinal, de etiología desconocida. Afecta a la población joven, con una incidencia creciente y suele cursar en brotes que habitualmente responden a tratamiento médico, aunque el 50% necesitará cirugía a lo largo de su enfermedad. La zona más frecuentemente afectada a nivel abdominal es el ileón terminal. La fisiopatología de la EC no es bien conocida, y ni el tratamiento médico ni la cirugía curan la enfermedad. De hecho, tradicionalmente se ha indicado la cirugía sólo en casos de complicaciones como estenosis, fistulización o malignización. Esto es interesante si pensamos que –en los albores de la descripción de la EC– el papel de la cirugía parecía mucho más prominente^{1,2}. La recurrencia de la enfermedad tras la cirugía es la norma, con un 90% de recurrencia endoscópica al año, recurrencia clínica del 50% a los cinco años y necesidad de nueva cirugía del 25% a los cinco años².

En tiempos recientes ha resurgido el interés en la posibilidad de que la cirugía pueda influenciar en la evolución natural de la enfermedad. Se han publicado varios estudios importantes al respecto que nos han hecho pensar en un posible cambio de paradigma en el tratamiento de la EC. El estudio LIR!C mostró que la cirugía temprana en EC de ileón terminal de fenotipo inflamatorio presentaba una calidad de vida a los 12 meses comparable con la observada con tratamiento biológico en pacientes con afectación de menos

de 40 cm de ileón y sin abscesos. Además, aproximadamente un cuarto de pacientes tratados con cirugía necesitó tratamiento con biológicos, mientras que casi uno de tres del grupo tratado con biológicos necesitó cirugía en un seguimiento mediano de cuatro años. Un análisis sucesivo del estudio LIR!C ha demostrado que, con un seguimiento mediano de 63,5 meses, ninguno de los pacientes intervenidos necesitó otra cirugía, y 26% requirieron biológicos, siendo el tratamiento quirúrgico más «coste-efectivo» que el tratamiento con fármacos³. Datos de vida real de un estudio global que ha analizado a más de 200 pacientes operados por EC abdominal han demostrado que los intervenidos de forma «temprana» (antes de desarrollar un daño estructural; es decir, con enfermedad principalmente inflamatoria) tuvieron mejores resultados postoperatorios, menor tasa de complicaciones y tasas de recidivas razonables, con un riesgo de recurrencia dos veces más alto en los pacientes tratados con biológicos antes de la cirugía⁴. Resultados similares han sido confirmados en un análisis de más de 2.000 pacientes, además demostrando que los pacientes intervenidos por EC inflamatoria necesitan resecciones menos extensas, menos procedimientos asociados y se operaron más frecuentemente con cirugía mínimamente invasiva⁵. Estos datos demostraron que el timing de la cirugía juega un papel fundamental al momento de optimizar los resultados y disminuir las recidivas de enfermedad.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: monicamillan72@gmail.com (M. Millán Scheiding).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2024.04.014>

0009-739X/© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

El estudio de Coffey et al., publicado en 2018, introdujo otro concepto en la disminución de las tasas de recidiva quirúrgica: la necesidad de eliminar el mesenterio afectado por EC en estos pacientes⁶. El estudio mostró que la resección más amplia del mesenterio (incluyendo el *creeping fat* y la zona mesentérica más engrosada) reducía la recurrencia postquirúrgica. Estos resultados han sido criticados por unos sesgos intrínsecos del estudio, principalmente, la cohorte de control histórico y el hecho de haber sido efectuado en un solo centro. Es importante tener en cuenta también que una escisión del mesenterio puede comportar un aumento de las complicaciones perioperatorias.

Al mismo tiempo, el profesor Kono publicaba sus resultados con una nueva configuración anastomótica, la anastomosis Kono-S, que incluye una columna de soporte que «aísla» la anastomosis del mesenterio (lo que justifica la importancia de la «S» en el nombre del procedimiento, que significa *supporting column* –concepto que está en línea con la teoría presentada por Coffey). Un estudio randomizado realizado en un centro de Italia, el SuPREMe-CD study, encontró una reducción de la recurrencia endoscópica a los 18 meses en el grupo de anastomosis Kono-S, frente a la anastomosis latero-lateral mecánica⁷. En una revisión sistemática publicada en 2021, los autores sugieren que estos cambios en la técnica quirúrgica podrían tener una influencia importante en la reducción de la recurrencia postquirúrgica, y quizás deberían ser adoptados por todos los cirujanos dedicados a la enfermedad inflamatoria intestinal⁸. Se lanzaron varios estudios multicéntricos randomizados para comprobar estos resultados, y crecieron las esperanzas de que los cirujanos podamos ser más «protagonistas» en el tratamiento de la EC.

Sin embargo, estos estudios no han dado los resultados positivos esperados. El estudio REMEDY, efectuado en dos centros de referencia de EC en Italia, comparó la recidiva endoscópica, ecográfica y quirúrgica en pacientes con EC ileocólica sometidos a cirugía con ($n = 204$) vs. sin ($n = 122$) escisión del mesenterio, demostrando que no hubo diferencia entre los grupos⁹. Dichos resultados sugieren que la resección del mesenterio no se tendría que efectuar de forma rutinaria.

El estudio internacional randomizado SPICY tampoco encontró diferencias significativas entre la resección más amplia del mesenterio y la resección estándar¹⁰. El estudio multicéntrico francés KoCoRICCO, publicado en 2023, no encontró diferencias en la recurrencia endoscópica a los seis meses entre la anastomosis Kono-S y la latero-lateral¹¹; y en el congreso de la European Crohn's and Colitis Organization 2024 (ECCO 2024) se presentaron resultados de otro estudio randomizado internacional comparando la anastomosis Kono-S y la estándar. En dicho estudio se randomizaron 288 pacientes con EC a tratamiento con Kono-S ($n = 154$) versus anastomosis latero-lateral ($n = 134$): la recidiva endoscópica y quirúrgica a los 3-6 meses fueron iguales entre los grupos, así como el tiempo libre de enfermedad¹².

Es importante tener en cuenta que existen varios aspectos de heterogeneidad y fuentes de posibles sesgos que se tienen que valorar cuando se interpretan los estudios sobre la utilidad de nuevas técnicas quirúrgicas que intenten disminuir la tasa de recidiva en EC. Mientras que la técnica de anastomosis latero-lateral mecánica ha sido bastante estandarizada, se están publicando numerosas variaciones de la anastomosis

Kono-S, aportando variabilidad al procedimiento y complicando la homogeneidad de los resultados. Así mismo, la extensión de la escisión del mesenterio queda bajo el juicio del cirujano que efectúa el procedimiento.

Los autores del octavo ECCO Scientific Workshop sobre la recidiva después de tratamiento de la EC ileocecal, sugieren esperar a los resultados de todos los estudios en marcha sobre Kono-S anastomosis, y concluyen que en el momento actual los beneficios de dicha anastomosis quedan por ser demostrados¹³. Esta posición parece prudente. Por lo tanto, de momento, no tenemos una evidencia clara de que los cirujanos podamos modificar las tasas de recurrencia sólo con un cambio de técnica quirúrgica. Es cierto que el diablo está en los detalles, y conocer los problemas que existen hace que tengamos más claro cómo interpretar los datos y hablar con nuestros pacientes.

El tiempo y «timing» de la cirugía, los tratamientos médicos y la optimización perioperatoria probablemente son más importantes que el efecto de la técnica en sí¹⁴. Es probable que la individualización de cada caso, con tratamiento personalizado, constituya la dirección a seguir. Será clave que en los próximos años se efectúen estudios de largo seguimiento, utilizando definiciones y «endpoints» de tratamiento homogéneos. Más que nunca, todas estas decisiones deben ser tomadas en equipo multidisciplinar, en estrecha colaboración con los gastroenterólogos, y, por supuesto, debemos utilizar la técnica que nos dé más seguridad, sin poner en riesgo al paciente, intentando evitar las complicaciones. Estos principios básicos siguen siendo vigentes hoy en día y el tiempo pondrá en su lugar, con la aparición de resultados más consistentes, las expectativas quizás demasiado elevadas que se han puesto en las nuevas técnicas quirúrgicas para la enfermedad de Crohn.

REFERENCIAS

1. Gomollón F. Surgery in ileocaecal Crohn's disease: one more option, sometimes the best? Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2:768-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(17\)30294-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(17)30294-7).
2. Pellino G, Sampietro GM. Defining the role of abdominal surgery and its impact on the disease course in patients with Crohn's disease: Unsolved issues and novel insights. Dig Liver Dis. 2023;55:587-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2023.01.159>.
3. Stevens TW, Haasnoot ML, D'Haens GR, Buskens CJ, de Groot EJ, Eshuis EJ, et al., LIRIC study group. Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: retrospective long-term follow-up of the LIRIC trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020;5:900-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30117-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30117-5).
4. Avellaneda N, Maroli A, Tottrup A, Buskens C, Kotze PG, Pellino G, et al. Short and long-term outcomes of surgery for inflammatory (uncomplicated) ileocecal Crohn's disease: Multicentric retrospective analysis of 211 patients. Dig Liver Dis. 2024;56:730-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2023.10.017>.
5. Avellaneda NL, Pellino G, Maroli A, Tottrup A, Bislenghi G, Colpaert J, et al. P433 Short-term outcomes of surgical treatment in primary ileocecal Crohn's disease patients. Results of Crohn's(urg) study, multicenter, retrospective,

- comparative analysis between indications for luminal and complicated phenotype. *Journal of Crohn's and Colitis.* 2024;18(Supplement_1):i889-91, <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad212.0563>.
6. Coffey CJ, Kiernan MG, Sahebally SM, Jarrar A, Burke JP, Kiely PA, et al. Inclusion of the Mesentery in Ileocolic Resection for Crohn's Disease is Associated With Reduced Surgical Recurrence. *J Crohns Colitis.* 2018;12:1139-50. <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx187>.
7. Luglio G, Rispo A, Imperatore N, Giglio MC, Amendola A, Tropeano FP, et al. Surgical Prevention of Anastomotic Recurrence by Excluding Mesentery in Crohn's Disease: The SuPREMe-CD Study - A Randomized Clinical Trial. *Ann Surg.* 2020;272:210-7. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000003821>.
8. Alshanti A, Hind D, Hancock L, Brown SR. The role of Kono-S anastomosis and mesenteric resection in reducing recurrence after surgery for Crohn's disease: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2021;23:7-17. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.15136>.
9. Mineccia M, Maconi G, Daperno M, Gigognini M, Cherubini V, Colombo F, et al. Has the Removing of the Mesentery during Ileo-Colic Resection an Impact on Post-Operative Complications and Recurrence in Crohn's Disease? Results from the Resection of the Mesentery Study (Remedy) *J Clin Med.* 2022;11:1961. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11071961>.
10. van der Does de Willebois EML, SPICY study group. Mesenteric SParIng versus extensive mesentereCtomY in primary ileocolic resection for ileocaecal Crohn's disease (SPICY): study protocol for randomized controlled trial. *BJS Open.* 2022;6:zrab136. <http://dx.doi.org/10.1093/bjsopen/zrab136>.
11. Alibert L, Betton L, Falcoz A, Manceau G, Benoist S, Zerbib P, et al. Does KONO-S anastomosis reduce recurrence in Crohn's disease compared to conventional ileocolonic anastomosis? A nationwide propensity score-matched study from GETAID Chirurgie Group (KoCoRICCO study) *J Crohns Colitis.* 2024;18:525-532. <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad176>.
12. Trencheva K, Spinelli A, Kienle P, D'Hoore A, Luglio G, Flemming S, et al. OP20 Postoperative endoscopic recurrence after resection of Crohn's terminal ileitis with Kono-S or side-to-side functional end anastomosis: results of a Multicenter Prospective Randomized Trial. *J Crohns Colitis.* 2024;18(Supplement 1):i37. <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad212.0020>.
13. Rivière P, Bislenghi G, Hammoudi N, Verstockt B, Brown S, Oliveira-Cunha M, et al. Results of the Eighth Scientific Workshop of ECCO: Pathophysiology and Risk Factors of Postoperative Crohn's Disease Recurrence after an Ileocolonic Resection. *J Crohns Colitis.* 2023;17:1557-68. <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad054>.
14. Vigorita V, Cano-Valderrama O, Celentano V, Vinci D, Millán M, Spinelli A, et al. Inflammatory Bowel Diseases Benefit from Enhanced Recovery After Surgery [ERAS] Protocol: A Systematic Review with Practical Implications. *J Crohns Colitis.* 2022;16:845-51. <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab209>.