



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## Carta científica

# Manejo de la estenosis anastomótica tras una resección ileocecal en la enfermedad de Crohn con patrón estenótico. Cirugía vs. dilatación endoscópica



## Management of anastomotic stenosis after ileocecal resection in Crohn's disease with stenotic pattern surgery vs. endoscopic dilation. Surgery vs. endoscopic dilation

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza histológicamente por ser una afectación transmural y parcheada de todo el tracto intestinal<sup>1</sup>. La afectación ileal e ileocólica (L1 y L3 de la clasificación de Montreal, respectivamente) son las localizaciones más frecuentes de la enfermedad<sup>2</sup>. En la actualidad, y pese al advenimiento de la era biológica, más de la mitad de los pacientes con EC son operados a los 10 años del diagnóstico. Habitualmente, y aunque la cirugía es resolutoria del cuadro, ésta no es curativa, siendo frecuente la necesidad de nuevas intervenciones por estenosis en las anastomosis previas o por nuevos brotes de la enfermedad. A 10 años de la primera intervención, un 35% de los pacientes van a necesitar alguna reintervención<sup>3</sup>.

La dilatación endoscópica ha mostrado eficacia en el tratamiento de la estenosis, tanto en la estenosis primaria (*novo*) como en la estenosis de la anastomosis a corto plazo<sup>4,5</sup>. No obstante, existe controversia con los resultados a largo plazo<sup>6,7</sup>.

Con el objetivo principal de evaluar los resultados clínicos del tratamiento de la estenosis anastomótica de la EC con patrón estenótico, mediante cirugía o dilatación endoscópica, se realizó un estudio analítico retrospectivo desde 1990 hasta 2019 en un hospital de tercer nivel.

Se consideró como estenosis anastomótica clínica, aquellas estenosis que necesitaron de un nuevo procedimiento, ya fuera endoscópico o quirúrgico.

Los criterios de inclusión fueron diagnóstico de EC con al menos patrón estenótico, edad mayor de 18 años, resección ileocecal previa por estenosis y haber recibido un tratamiento endoscópico o quirúrgico para la recidiva clínica sobre la anastomosis.

Se excluyeron pacientes menores de 18 años, ausencia de seguimiento, resecciones distintas a la resección ileocecal y estricturoplastias. Igualmente se obviaron intervenciones motivadas por causa distinta a la estenosis.

Se analizaron un total de 35 procedimientos, 21 (60%) dilataciones endoscópicas y 14 (40%) procedimientos quirúrgicos, en 19 pacientes. La indicación de los procedimientos fue determinada en comité multidisciplinar que incluía gastroenterólogos y cirujanos.

La mediana seguimiento de la muestra fue 10,8 años (5-25). La mediana de edad fueron 48,8 (40-52) años, sin encontrarse diferencias entre grupos ( $p = 0,241$ ). El 89% de los pacientes fueron ASA II. Cuatro pacientes fueron considerados ASA III, todos ellos en el grupo quirúrgico.

La clasificación de Montreal reflejada hace referencia al fenotipo de la enfermedad al diagnóstico. La mayoría de los pacientes se agruparon entre L1 y L3 [L1 (dilatación 4 vs. cirugía 6); L3 (dilatación 7 vs. cirugía 7)].

La distribución de los teóricos fenotipos fue bastante homogénea. Este resultado se encuentra en línea con el concepto actual de que la naturaleza crónica y progresiva en el daño intestinal de la EC se manifiesta de manera variable en complicaciones como estenosis, fístulas y abscesos<sup>8</sup>. El resto de características sociodemográficas y clínicas se resumen en la *tabla 1*.

Del total de 19 pacientes analizados, en 14 pacientes se seleccionó la cirugía como procedimiento inicial. De los 14 pacientes quirúrgicos, en 12 pacientes la cirugía fue la opción resolutoria del cuadro. Los otros dos pacientes necesitaron una dilatación por paciente para resolver el cuadro. De

Tabla 1 – Características de la muestra

	Todos n = 35	Dilatación n = 21	Cirugía n = 14	P
Edad (años)	48,8 (41-52)	43,2 (41-51)	50 (38-56)	0,241
Sexo				0,006
Hombre	10 (29)	2 (67)	8 (57)	
Mujer	25 (71)	19 (33)	6 (43)	
ASA				0,019
II	31 (89)	21 (100)	10 (71)	
III	4 (11)	-	4 (29)	
Montreal				0,114
L1	10 (29)	4 (19)	6 (43)	
L2	-	-	-	
L3	24 (69)	17 (81)	7 (50)	
L1 + L4	1 (2)	-	1 (7)	
L2 + L4	-	-	-	
L3 + L4	-	-	-	
Comportamiento				0,007
Estenosante	13 (37)	4 (19)	9 (64)	
Estenosante + inflamatorio	8 (23)	8 (38)	-	
Estenosante + fistulizante	14 (20)	9 (43)	5 (36)	
Fumador al diagnóstico	15 (43)	6 (29)	9 (64)	0,080
Enfermedad perianal	9 (27)	3 (16)	6 (53)	0,122
Pacientes	21	7	14	
Mediana procedimientos/persona	1	2	1	0,006

los cinco pacientes con dilatación como tratamiento inicial, ninguno precisó cirugía de rescate.

La mediana de procedimientos en el grupo quirúrgico fue 1 (1-1). Este dato contrasta con las dilataciones endoscópicas, donde la mediana de procedimientos por persona fue 2 (1-7). Esta diferencia es estadísticamente significativa ( $p = 0,006$ ). No obstante, aunque los pacientes necesitaron más procedimientos en el grupo endoscópico, en nuestra muestra ninguno precisó cirugía de rescate en el seguimiento observado.

La longitud media de la estenosis fue  $4,6 \pm 0,7$  cm.

La mediana de tiempo libre de enfermedad, es decir, el tiempo hasta necesitar un nuevo procedimiento fueron 8,25 años (2,9-16,2) en el grupo quirúrgico frente a 0,9 años (0,4-2) en el grupo de dilatación endoscópica (Log Rank  $p = 0,000$ ; HR 0,041 IC 95% 0,005-0,329) (figura 1).

Al año de una cirugía, los 14 pacientes (100%) persistieron asintomáticos, mientras que al primer año de una dilatación, el 52% de los pacientes necesitaron otro procedimiento. A los 12

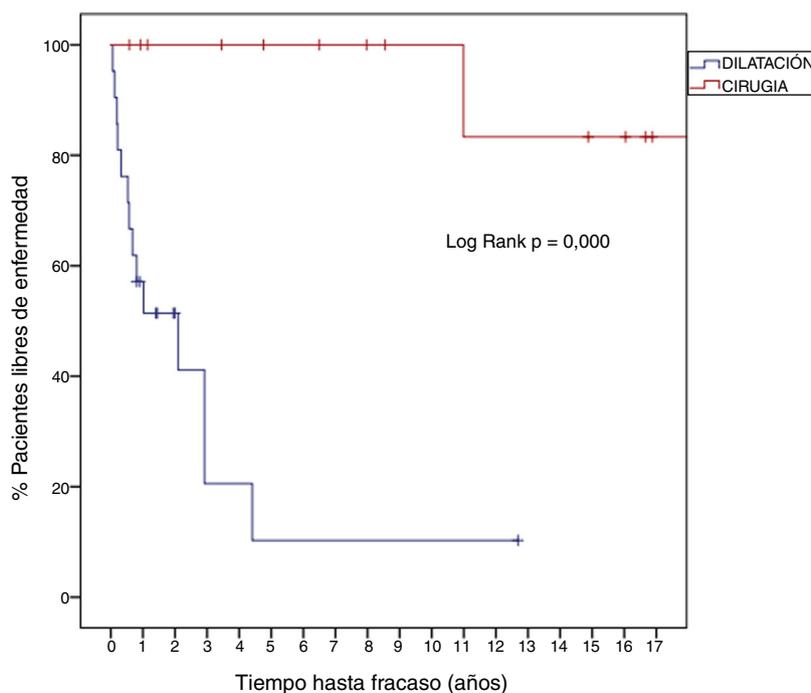


Figura 1 – Resultados a largo plazo de la cirugía vs. dilatación endoscópica por el método Kaplan-Meier.

años, el 83% de los pacientes quirúrgicos no habían precisado tratamiento adicional; en el grupo de endoscópico, todos los pacientes se habían sometido a más sesiones terapéuticas.

Siete de los pacientes intervenidos (47%) presentaron alguna complicación; el 85% Clavien-Dindo I y II. En un paciente durante la cirugía se lesionó un uréter. A consecuencia, precisó colocación de catéter doble J con reintervención posterior para retirada. En los procedimientos endoscópicos no se describieron complicaciones mayores, como perforación o hemorragia.

Como principal limitación, la media de la longitud de la estenosis demostrado factor pronóstico de éxito excede levemente la recomendada por series previas<sup>7</sup>.

En la actualidad, no disponemos de un gran número de series donde se evalúe el resultado de la dilatación endoscópica para la recidiva anastomótica en EC. Nuestros resultados sugieren que la cirugía obtiene mayor tasa de éxito con un solo procedimiento que la dilatación endoscópica, pero a costa de un mayor número de complicaciones. Por ello, y además de las preferencias del paciente, la decisión sobre el tratamiento de la estenosis de la anastomosis ileocecal en EC deberá ser tomada en el seno de un comité multidisciplinar.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Kalla R, Ventham NT, Satsangi J, Arnott IDR. Crohn's disease. *BMJ*. 2014;349(November):1-11. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g6670>.
2. Silverberg MS; Satsangi J; Ahmad T; Arnott IDR; Bernstein CN; Brant SR.et-al; Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*. 19. 5A-36A. <https://doi.org/10.1155/2005/269076>.

3. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018;113:481-517. <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2018.27>.
4. Lian L, Stocchi L, Remzi FH, Shen B. Comparison of Endoscopic Dilatation vs Surgery for Anastomotic Stricture in Patients With Crohn's Disease Following Ileocolonic Resection. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15:1226-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2016.10.030>.
5. Endo K, Takahashi S, Shiga H, Kakuta Y, Kinouchi Y, Shimosegawa T. Short and long-term outcomes of endoscopic balloon dilatation for Crohn's disease strictures. *World J Gastroenterol*. 2013;19:86-91. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v19.i1.86>.
6. Li Y, Stocchi L, Shen B, Liu X, Remzi FH. Salvage surgery after failure of endoscopic balloon dilatation versus surgery first for ileocolonic anastomotic stricture due to recurrent Crohn's disease. *Br J Surg*. 2015;102:1418-25. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.9906>.
7. Lian L, Stocchi L, Shen B, Liu X, Ma J, Zhang B, et al. Prediction of need for surgery after endoscopic balloon dilation of ileocolic anastomotic stricture in patients with Crohn's disease. *Dis Colon Rectum*. 2015;58:423-30. <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0000000000000322>.
8. Rieder F, Zimmermann EM, Remzi FH, Sandborn WJ. Crohn's disease complicated by strictures: A systematic review. *Gut*. 2013;62:1072-84. <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2012-304353>.

Luz Divina Juez Sáez\*, Juan Ocaña, Diego Ramos, Javier Die y Juan Carlos García Pérez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [luz.juez@gmail.com](mailto:luz.juez@gmail.com) (L.D. Juez Sáez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.08.001>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Mayor incidencia de sangrado en anastomosis gastroyeyunal manual con sutura barbada

## Greater incidence of bleeding in manual gastro-jejunal anastomosis with barbed suture



La sutura continua con hilo barbado ha facilitado la técnica laparoscópica, habiendo demostrado reducción del tiempo operatorio en suturas de refuerzo<sup>1</sup> y en anastomosis, donde

también es considerada factible y segura<sup>2,3</sup>. Ha demostrado igualmente no ser inferior respecto a las dehiscencias de sutura, hemorragia o estenosis de las anastomosis<sup>4</sup>.