

Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn ileocecal luego del tratamiento quirúrgico

Nicolás Avellaneda,^{1,2} Silvina Goncalves,³ Juan Lasa,⁴ Pablo Olivera,⁴
Analía Potolicchio,¹ Fernando Vazquez,¹ Mariano Vaingurt,¹ Augusto
Carrie Augusto,² Juan Pablo Muñoz¹

¹Nueva Proctología. CABA, Argentina.

²Servicio de Cirugía General, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas
"Norberto Quirno" (CEMIC). CABA, Argentina.

³Servicio de Gastroenterología, Hospital Carlos Bonorino Udaondo. CABA, Argentina.

⁴Departamento de Gastroenterología, Centro de Educación Médica e Investigaciones
Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC). CABA, Argentina.

RESUMEN

Introducción: La localización ileocecal es la más frecuente en la enfermedad de Crohn y muchos de los pacientes que la presentan requieren tratamiento quirúrgico durante la evolución de su enfermedad. Existe escasa evidencia sobre el impacto del mismo en la calidad de vida de estos enfermos.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva, incluyendo los pacientes operados durante un periodo de 30 meses por enfermedad de Crohn con compromiso ileocecal. Como variable de resultados primaria se evaluó la calidad de vida de los mismos, tanto antes como 4 meses después de la cirugía, usando dos cuestionarios validados: Short Form-36 e Inflammatory Bowel Disease Questionnaire. También se evaluó la morbilidad de los procedimientos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 19 pacientes. La edad media fue de 34 años (23-72). dieciocho pacientes fueron operados por vía laparoscópica y 2 pacientes requirieron reoperación. La media de seguimiento fue de 16 meses (4-30). Tres pacientes (16 %) presentaron complicaciones mayores. Los resultados obtenidos en este estudio muestran una mejoría promedio del 46 % en los parámetros valorados por el cuestionario SF-36 ($p=0,0001$) y de 81 puntos ($p=0,0001$) en los valores del cuestionario IBDQ luego del tratamiento operatorio.

Conclusión: El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn con compromiso ileocecal presenta buenos resultados después del tratamiento quirúrgico y una mejora significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves: Crohn; Enfermedad inflamatoria; Ileocecal; Cirugía; Calidad de vida; Morbilidad

ABSTRACT

Introduction: Ileocecal Crohn's disease is the most frequent presentation and requires surgical treatment in many patients. There is little evidence on the impact of surgery in the quality of life of these patients.

Material and methods: A retrospective study, based on a prospective database included all patients operated on electively for ileocecal Crohn's disease during a 30-month period. The primary end-point was postoperative change in quality of life, assessed with two validated questionnaires: Short Form-36 and Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, performed before and 4 months after surgery. The morbidity of the procedures was also evaluated.

Results: Nineteen patients with a mean age of 34 years (23-72) were included. Eighteen (94.7%) patients underwent a laparoscopic approach, with 2 (11.1%) conversions. Major complications presented in 3 (16%) patients, 2 of whom required reoperation due to anastomotic dehiscence. Patients showed an average improvement of 46% in the parameters assessed by the SF-36 questionnaire ($p<0.0001$) and 81 points ($p<0.0001$) in the values of the IBDQ questionnaire after surgery. The mean follow-up was 16 months (4-30).

Conclusion: After resective surgical treatment for ileocecal Crohn's disease patients achieved a significant improvement in their quality of life, with a low percentage of major complications.

Keywords: Crohn; Inflammatory disease; Ileocecal; Surgery; Quality of life; Morbidity

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) se presenta como un proceso inflamatorio crónico y transmural que puede afectar cualquier órgano del tubo digestivo, caracterizado por exacerbaciones y remisiones. Su incidencia ha aumentado a nivel mundial en los últimos años.¹ Es más prevalente en

países desarrollados y aquellos recientemente industrializados y su pico de frecuencia se encuentra entre la segunda y cuarta década de vida.^{2,3} La EC tiene un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, por lo tanto el diagnóstico temprano, la identificación de factores de mal pronóstico y un tratamiento que prevenga las complicaciones e induzca una remisión prolongada son objetivos prioritarios para estos enfermos.⁴

A pesar de los avances en el tratamiento médico de la EC el 30-40 % de los pacientes requerirán tratamiento quirúrgico en algún momento de su evolución. Los ob-

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Nicolás Avellaneda

n.avellaneda86@gmail.com

Recibido: enero 2021. Aceptado: abril 2021.

jetivos del mismo apuntan a resolver las complicaciones, restituir la salud y preservar la mayor cantidad de intestino posible, evitando ostomías definitivas y permitiendo que el paciente retorne a su tratamiento médico de sosten. ^{5,6}

Dos tercios de los enfermos debutan con afectación ileocecal. ⁷ Si bien la cirugía está asociada a la resolución de las complicaciones que ocurren durante el tratamiento médico, una resección quirúrgica temprana podría evitar las mismas, disminuyendo la morbimortalidad del procedimiento. ⁸

Pocos estudios han estudiado el impacto de las diferentes modalidades terapéuticas sobre la calidad de vida. El objetivo de este trabajo es comparar la calidad de vida de pacientes operados por EC ileocecal antes y después de la cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio y selección de la población

Se realizó un análisis retrospectivo sobre una base de datos confeccionada de forma prospectiva. Se incluyeron todos aquellos pacientes operados durante el periodo comprendido entre mayo de 2017 y noviembre de 2019, por EC localizada en la region ileocecal con o sin extension al colon derecho, por un equipo de cirujanos especializados en patologia colorrectal. Se tomaron en cuenta todos aquellos pacientes operados por vía abierta o laparoscópica, siendo la indicación quirúrgica la presencia de una complicación (estenosis o fistula). Todos los pacientes fueron operados de forma programada. Se excluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico de EC sin compromiso ileocecal y aquellos pacientes que recibieron tratamiento no operatorio durante el periodo indicado.

El diagnóstico de EC se realizó en todos los casos asociando la clínica y los hallazgos de laboratorio, endoscópicos y de imágenes; y confirmado histológicamente mediante biopsia endoscópica.

Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado y el estudio fue aprobado por el comité de ética de la institución.

Variables estudiadas y medidas de efecto

Para la confección de la base se incluyeron los siguientes datos: edad, sexo, clasificación de los pacientes (score de Montreal), ⁹ tratamiento con corticoides y/o agentes biológicos preoperatorio, tipo de cirugía y vía de abordaje, tiempo de seguimiento de los pacientes y la calidad de vida de los mismos medida antes de la intervención quirúrgica y 4 meses luego de la cirugía usando dos cuestionarios:

1. Cuestionario de calidad de vida SF 3610 (cuestiona-

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES INCLUIDOS

Variable	n/N (%)
Edad	34 (23-72)
Género (%M)	13/19 (68,42)
Tiempo desde el diagnóstico a la cirugía (años, media, rango)	8 (1-24)
Clasificación de Montreal	
A2L1B2	10/19 (52,63)
A2L1B2p	5/19 (26,31)
A2L3B2	3/19 (15,79)
A3L1B2	1/19 (5,27)
Tratamiento con biológicos y/o corticoides	
Tratamiento con biológicos y/o corticoides	12/19 (63,16)
Tipo de cirugía	
Resección ileocecal	16/19 (84,21)
Hemicolectomía derecha	3/19 (15,79)
Abordaje laparoscópico	
Abordaje laparoscópico	18/19 (94,74)
Necesidad de reintervención quirúrgica	
Necesidad de reintervención quirúrgica	2/19 (10,53)
Ostomía	5/19 (26,32)
Tiempo de cirugía (minutos, media, rango)	120 (80-240)
Tiempo de estadía postoperatorio (días, media, rango)	7 (4-20)
Seguimiento (meses, media, rango)	16 (4-30)

rio SF 36 validado en Argentina): Formulario de 36 preguntas que miden el funcionamiento de 8 ítems relacionados con la vida del paciente. Los resultados se miden en porcentaje, representando un valor más bajo una peor concepción del ítem evaluado por parte del paciente.

2. Cuestionario de calidad de vida IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire): ¹¹ Consiste en 32 preguntas que evalúan 4 áreas de funcionalidad del paciente. Otorga un puntaje total que puede oscilar entre 32 y 224 puntos, siendo un puntaje más bajo reflejo de peor funcionalidad.

A su vez, se registraron la cantidad de días de internación y las complicaciones postoperatorias estratificadas se-

TABLA 2: COMPARACIÓN DEL SF36 ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN SUJETOS INCLUIDOS (%)

Variable	Pre-cirugía (mediana y rango)	Post-cirugía (mediana y rango)	Delta (mediana y rango)	P
Funcionamiento físico	60 (30-100)	100 (75-100)	30 (-15-65)	0,006
Limitación física	0 (0-100)	100 (25-100)	75 (0-100)	0,0001
Dolor corporal	25 (10-65)	100 (45-100)	65 (33-90)	0,0001
Salud general	30 (5-55)	65 (25-100)	35 (-10-95)	0,0002
Vitalidad	25 (0-80)	75 (20-100)	45 (-5-85)	0,0002
Funcionamiento social	37 (12-87)	87 (0-100)	37 (-25-88)	0,0004
Rol Emocional	33 (0-100)	100 (0-100)	67 (0-100)	0,0001
Salud mental	52 (0-76)	75 (32-100)	36 (-8-84)	0,0002
Transición de salud reportada	25 (0-75)	100 (75-100)	75 (25-100)	0,0001
Puntaje SF36 total	35 (10-63)	85 (41-97)	46 (21-78)	0,0001

gún la clasificación de Dindo-Clavien,¹² la duración de la cirugía y si se realizó o no una anastomosis primaria.

Se tomó como variable de resultado primaria el cambio en la calidad de vida de los pacientes tanto antes como 4 meses después de la cirugía. Como variable secundaria, se analizó la morbilidad postoperatoria.

Análisis estadístico

Para la comparación de los puntajes de calidad de vida, se utilizó el test de Wilcoxon. Para la comparación de variables categóricas se utilizó el test de Fisher y en el caso de las variables numéricas, el test de Mann Whitney. Asimismo, se realizó un estudio de correlación entre los dos puntajes utilizados para medir calidad de vida mediante el test de Spearman. Se tomó como significativo a un valor de p menor de 0,05.

RESULTADOS

Durante un período de 30 meses, 20 pacientes fueron operados por EC ileocecal con o sin extensión a colon derecho. Un paciente debió ser excluido por haber sido operado con un tumor de ciego que al momento de la cirugía se hallaba en estadio avanzado y falleció 5 meses luego de la cirugía por progresión de su patología oncológica.

Las principales características de los pacientes se encuentran resumidas en la Tabla 1.

Sobre el total de 19 pacientes, 7 (36,8 %) no habían recibido tratamiento previo con corticoides y/o fármacos anti-TNF antes de la cirugía y se indicó el tratamiento quirúrgico debido al debut con complicaciones de la enfermedad (estenosis o fístulas).

Tipo de cirugía:

- De los 19 pacientes incluidos en este estudio, 16 (84,2 %) presentaron enfermedad localizada exclusivamente en la región ileocecal con patrón estenosante, por lo que se realizó una resección del segmento comprometido. De estos, 3 (15,8 %) se asociaron a enfermedad fistulizante, dos ileoileales y uno ileosigmoidea, que requirió una sigmoidectomía. Este último, asoció concomitantemente 3 estenosis de íleon que requirieron estricturoplastias.

- Dos pacientes (10,5 %) fueron operados por presentar estenosis sintomática de anastomosis de resección ileocecal previa y se completó la resección del colon derecho. A los restantes, se les realizó una colectomía derecha reglada por estenosis de ángulo hepático asociada.

- En 3 pacientes (15,8 %) no se confeccionó anastomosis primaria por mal estado nutricional y corticoterapia concomitante, por lo cual se decidió diferir la reconstrucción del tránsito para un segundo acto quirúrgico.
- Dieciocho pacientes (94,7 %) fueron abordados por vía laparoscópica, 2 (10,5 %) requirieron conversión a cirugía abierta por presentar un gran tumor inflamatorio que imposibilitaba la correcta identificación de las estructuras. Un enfermo presentaba múltiples antecedentes de cirugía abdominal previa, por lo que se decidió abordarlo por vía convencional.

Nueve pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio (47 %). Sin embargo, 6 de estas fueron complicaciones menores (I y II de clasificación de Dindo-Clavien):¹² tres pacientes presentaron una flebitis secundaria a vía periférica, un paciente presentó infección de herida y 2 pacientes presentaron íleo prolongado. De las 3 complicaciones mayores, 2 requirieron reoperaciones por dehiscencia de anastomosis y un paciente requirió colocación de marcapasos por un trastorno electrofisiológico.

TABLA 3: COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL IBDQ ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA EN SUJETOS INCLUIDOS

Variable	Pre-cirugía (mediana y rango)	Post-cirugía (mediana y rango)	Delta (mediana y rango)	P
Síntomas GI	31 (16-57)	59 (43-69)	27 (10-47)	0,0001
Salud emocional	32 (18-65)	68 (56-78)	34 (5-49)	0,0001
Síntomas sistémicos	13 (7-31)	30 (22-34)	16 (-2-25)	0,0002
Función social	14 (5-33)	31 (27-35)	17 (-2-24)	0,0002
Puntaje total IBDQ	105 (60-166)	196 (165-212)	81 (19-141)	0,0001

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes ostomizados de forma primaria o por dehiscencia anastomótica, fue realizada antes de la reconstrucción del tránsito intestinal.

Las Tablas 2 y 3 presentan los resultados de las respuestas a ambos cuestionarios que evaluaron la calidad de vida de los pacientes antes y después de ser operados. Todos los parámetros evaluados presentaron mejoras estadísticamente significativas luego de la cirugía.

Los ítems del cuestionario SF-36 que registraron mayores cambios luego del tratamiento quirúrgico fueron aquellos que reflejan la limitación física que sufren los pacientes, los referidos al dolor corporal y al rol emocional. El promedio de todos los cuestionarios, tomando en consideración todos los parámetros contemplados en el mismo, refleja una mejora del 46 % (p=0,0001).

Las respuestas del cuestionario IBDQ también presentaron mejoras reflejadas en las respuestas de los pacientes, sobre todo en aquellas preguntas asociadas a la salud emocional de los mismos. El promedio reflejó una diferencia de 81 puntos entre aquellos cuestionarios contestados antes y después de la cirugía (p=0,0001), demostrando el impacto positivo de la cirugía en la calidad de vida de los pacientes.

En análisis multivariado, ninguno de los parámetros estudiados generó diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas de los pacientes (incluida la presencia de ostomía a la hora de contestar los cuestionarios).

Por último, la diferencia de puntaje en el cuestionario SF-36 mostró una correlación significativa pero moderada (r:0,6 y p=0,001) con la diferencia reflejada en el cuestionario IBDQ, lo cual podría indicar que ambos cuestionarios son complementarios, a pesar de que no miden lo mismo; o bien, que los pacientes no contestan de la misma forma ambos cuestionarios.

DISCUSIÓN

La región ileocecal es la más frecuentemente afectada por la EC y se da en hasta dos tercios de los pacientes.⁷ Para aquellos que debutan con enfermedad en esta loca-

lización, los fármacos anti-TNF representan una segunda línea de tratamiento en quienes no responden a las drogas convencionales, presentan resistencia o dependencia a corticoides, en ausencia de enfermedad estenosante/ fistulizante.¹³

Aun luego del advenimiento de los fármacos anti-TNF, un tercio de los pacientes con enfermedad restringida a la región ileocecal requieren cirugía antes de los 5 años de haber empezado con tratamiento médico, por resistencia al mismo o por complicaciones de la enfermedad (estenosis o fístulas).¹⁴⁻¹⁶ Tal es el caso de los pacientes presentados en esta serie: todos presentaban complicaciones asociadas a la enfermedad.

El tratamiento médico con fármacos de segunda línea ha presentado buenos resultados en términos de preservación de órganos,¹⁷⁻¹⁹ pero con un costo significativo para el sistema de salud (sobre todo al usar dichas drogas como terapia de mantenimiento) y con un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes que deben someterse a infusiones a intervalos regulares de tiempo.^{20,21} Se observa también que hasta un 30-40 % de los mismos requerirán posteriormente una intervención quirúrgica en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Los resultados de la cirugía electiva para pacientes con EC ileocecal son satisfactorios. Realizada por vía laparoscópica, la misma conlleva un alto grado de satisfacción por parte del paciente, una mejora significativa de la calidad de vida sostenida en el tiempo, con una baja morbilidad y un rápido retorno a las actividades habituales.²²⁻²⁴ Incluso, algunos estudios han publicado que hasta un 50 % de estos pacientes permanecen asintomáticos y sin tratamiento hasta 7 años después de la cirugía.²⁵

Los beneficios del abordaje laparoscópico han sido probados en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos de la actualidad. Este principio también ha sido comprobado en la cirugía para el tratamiento de la EC por varios autores.²⁶⁻²⁹ En nuestra serie, 18 pacientes (94,74 %) pudieron ser abordados por esta vía.

En uno de los pocos trabajos que han evaluado la calidad de vida de los pacientes con EC ileocecal luego de la resección quirúrgica, Wright et al.²³ presentaron, en 2015,

los resultados de las resecciones de toda la enfermedad macroscópica en 174 pacientes de 17 hospitales. Las indicaciones de cirugía fueron complicaciones de la enfermedad y falla del tratamiento médico. De todos los pacientes, a 133 se les realizó una resección ileocecal y en 15 casos se asoció a una resección proximal concomitante. Utilizando los cuestionarios IBDQ y SF-36, midieron el impacto en la calidad de vida de los pacientes posterior a la cirugía y evidenciaron una mejora significativa a este nivel en el postoperatorio, la cual se sostiene en el tiempo. Estos hallazgos son consecuentes con los resultados reflejados en el presente estudio. Sin embargo, el trabajo mencionado afirma mejores resultados en aquellos casos tratados con drogas biológicas en el postoperatorio.

Otro estudio presentado por R. Thirby et al. en 2001,²² evaluó el impacto en la calidad de vida de 139 pacientes luego de recibir tratamiento quirúrgico por EC y colitis ulcerosa utilizando el cuestionario "Health Status Questionnaire-HSQ". Cincuenta y seis de estos pacientes presentaban EC, de los cuales 22 tenían enfermedad limitada al intestino delgado. Este estudio también presentó una mejora en los parámetros de calidad de vida luego de la cirugía, mostrando incluso que, en el mediano plazo, estos valores son similares o superiores a los de la población general. Otro hallazgo de este trabajo fue el impacto negativo que tienen las recidivas de la enfermedad en pacientes previamente operados.

Hamon et al.³⁰ estudiaron el impacto del tratamiento quirúrgico de la EC luego de retomar actividades laborales, encontrando que la mayoría de sus pacientes pudieron volver a sus respectivas ocupaciones luego de una media de 11 semanas y refiriendo una mejora significativa en su desenvolvimiento diario, lo cual también es consecuente con los resultados del presente estudio.

Por último, el estudio más importante a la fecha sobre calidad de vida en EC involucró 29 hospitales de Holanda y el Reino Unido. Aleatorizaron pacientes con EC limitada a la región ileocecal refractaria a drogas de primera línea por 3 meses (corticoides, tiopurinas o metotrexate) en 2 grupos: un grupo recibió tratamiento con infliximab y otro grupo fue sometido a tratamiento quirúrgico (resección ileocecal laparoscópica).³¹ Ciento cuarenta y tres pacientes participaron del estudio y se estudió, como variable de resultado, la calidad de vida de los pacientes, uti-

lizando los mismos dos cuestionarios que se utilizaron en nuestro trabajo (IBDQ y SF-36), la morbilidad de ambos tratamientos, el tiempo de vuelta a actividades laborales, la imagen corporal y el resultado cosmético. Un año después de haber ingresado en el estudio, se observaron valores comparables en ambos brazos tanto en calidad de vida como en el resto de los parámetros evaluados, razón por la cual los autores concluyeron que ambas alternativas de tratamiento son válidas y comparables para este tipo de pacientes al primer año de seguimiento.

En una segunda etapa, el mismo grupo estudió los costos asociados a ambos tipos de tratamiento (quirúrgico vs. Infliximab).³² El grupo de pacientes que recibió tratamiento quirúrgico presentó un costo asociado mucho menor al del grupo tratado con Infliximab.

La conclusión de que el tratamiento resectivo podría ser más costo efectivo que aquel con fármacos anti-TNF representa un hallazgo sumamente significativo en la actualidad, donde estas drogas representan un cambio de paradigma en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Si bien nuestros pacientes fueron operados ante el fracaso del tratamiento de segunda línea, los resultados en torno a calidad de vida y la morbilidad han sido similares a los publicados por otros autores previamente.

CONCLUSIÓN

En la actualidad, a pesar del advenimiento de los fármacos anti-TNF, muchos pacientes con EC ileocecal requieren de tratamiento quirúrgico resectivo durante la evolución de su enfermedad, por complicaciones (estenosis o fistulas) o por resistencia al tratamiento médico. En estos pacientes, la cirugía ha demostrado alcanzar resultados postoperatorios satisfactorios, con una aceptable morbilidad y una mejora significativa en los parámetros de calidad de vida.

Considerando que un porcentaje importante de los pacientes se operan luego del fracaso en el tratamiento de segunda línea, y en muchos casos en condiciones clínicas más desfavorables, creemos que una cirugía temprana podría mejorar aún más los resultados objetivados en este trabajo.

REFERENCIAS

1. Ananthakrishnan AN, Kaplan GG, Ng SC. Changing global epidemiology of inflammatory bowel diseases: Sustaining health care delivery into the 21st century. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2020;18:1252-60.
2. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* 2017; 389: 1741-55.
3. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. *Lancet* 2018; 390: 2769-78.
4. Kalla R, Ventham N, Satsangi J, Arnott I. Crohn's disease-clinical review. *BMJ* 2014; 349:g6670.
5. Galandiuk S, Kimberling J, Al-Mishlab T, et al. Perianal Crohn's disease. Predictors of need for permanent diversion. *Ann Surg*

- 2005;241:796-802.
- Cosnes J. Crohn's disease phenotype, prognosis, and long-term complications: What to expect? *Acta Gastroenterol Belg* 2008; 71:303-7.
 - Thoreson R, Cullen J. Pathophysiology of inflammatory bowel disease: An overview. *Surg Clin N Am* 2007;87:575-85.
 - Gionchetti P, Dignass A, Danese S, Magro Dias FJ, Rogler G, Lakatos PL et al. 3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 2: Surgical Management and Special Situations. *J Crohns Colitis* 2017;11:135-49.
 - Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T. 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* 2005; 19:5-36.
 - Augustovski FA, Lewin G, Garcia Elogio E, et al. The Argentine-Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *J Clin Epidemiol* 2008; 61:1279-84.
 - Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 1989; 96:804-10.
 - Clavien Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg* 2004; 240: 205-13.
 - Gomollón F, Dignass A, Annese V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO et al. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohns Colitis* 2017; 11:3-25.
 - Bouguen G, Peyrin-Biroulet L. Surgery for adult Crohn's disease: what is the actual risk? *Gut* 2011;60:1178-81.
 - Burke JP, Velupillai Y, O'Connell PR, Coffey JC. National trends in intestinal resection for Crohn's disease in the post-biologic era. *Int J Colorectal Dis* 2013;28:1401-6.
 - DW, Finlayson SRG. Trends in surgery for Crohn's disease in the era of infliximab. *Ann Surg* 2010;252:307-12.
 - Feagan BG, Lémann M, Befrits R, Connell W, D'Haens G, Ghosh S, et al. Recommendations for the treatment of Crohn's disease with tumor necrosis factor antagonists: An expert consensus report. *Inflammatory bowel diseases* 2012;18:152-60.
 - Rubenstein JH, Chong RY, Cohen RD. Infliximab decreases resource use among patients with Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol* 2002; 35:151-56.
 - Van Assche G, Vermeire S, Rutgeerts P. The potential for disease modification in Crohn's disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010;7:79-85.
 - Feagan BG, Yan S, Bala M, Bao W, Lichtenstein GR. The effects of infliximab maintenance therapy on health-related quality of life. *Am J Gastroenterol* 2003; 98:2232-38.
 - Dretzke J, Edlin R, Round J, Connock M, Hulme C, Czczot J, et al. A systematic review and economic evaluation of the use of tumour necrosis factor-alpha (TNF- α) inhibitors, adalimumab and infliximab, for Crohn's disease. *Health Technol Assess* 2011;15:1-244.
 - Thirlby RC, Sobrino MA, Randall JB. The long-term benefit of surgery on health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Arch Surg* 2001;136:521-27.
 - Wright EK, Kamm MA, De Cruz P, Hamilton AL, Ritchie KJ, Krejany EO, et al. Effect of intestinal resection on quality of life in Crohn's disease. *J Crohns Colitis* 2015;9:452-62.
 - Nordgren SR, Fasth SB, Oresland TO, et al. Long term follow - up in Chron's disease. Mortality, morbidity and functional status. *Scan J Gastr* 1994;29:1122-28.
 - Cullen G, O'Toole A, Keegan D, et al. Long-term clinical results of ileocecal resection for Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:1369-73.
 - Eshuis EJ, Polle SW, Slors JF, et al. Long-Term surgical recurrence, morbidity, quality of life, and body image of laparoscopic-assisted vs. open ileocolic resection for Crohn's disease: A comparative study. *Dis Colon and Rectum* 2008; 51:858-67.
 - Stocchi L, Milsom JW, Fazio VW. Long-term outcomes of laparoscopic versus open ileocolic resection for Crohn's disease: follow-up of a prospective randomized trial. *Surgery* 2008;144:622-27; discussion 627-28.
 - Eshuis EJ, Slors JF, Stokkers PCF, et al. Long-term outcomes following laparoscopically assisted versus open ileocolic resection for Crohn's disease. *Br J Surg* 2010;97:563-68.
 - Dasari BV, McKay D, Gardiner K. Laparoscopic versus Open surgery for small bowel Crohn's disease. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;1:CD006956.
 - Hamon JF, Beaugerie L, Parc R, et al. Care patterns and resumption of social and occupational activities after exegesis surgery in Crohn's disease. Study of 58 patients. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1995;4:215-20.
 - Ponsioen CY, de Groof EJ, Eshuis EJ, et al. Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre trial. *Lancet* 2017; 2:785-92.
 - de Groof EJ, Stevens TW, Eshuis EJ, et al. Cost-effectiveness of laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab treatment of terminal ileitis in Crohn's disease: the LIR!C Trial. *Gut* 2019;68:1774-80.

COMENTARIO

El manejo con tratamiento médico de la enfermedad de Crohn, ante el advenimiento de nuevos fármacos que demuestran una mejoría en la evolución de la enfermedad, el abuso en la utilización de los mismos y el mantenimiento en el tiempo de estos programas de tratamiento, lleva a que muchos pacientes con afectación ileocecal presenten complicaciones evolutivas de la enfermedad como son la estenosis y fistulización de un íleon enfermo.

Es fundamental consensuar con el equipo médico tratante (Gastroenterólogos y Clínicos) cuándo llevar a cabo el tratamiento quirúrgico en estos pacientes. No hay duda de que ante una estenosis ileal debemos llegar a una resolución quirúrgica de la misma. La resección quirúrgica es obligada ante una estenosis extensa del íleon terminal.

El abordaje videolaparoscópico nos permite realizar la inspección de toda la cavidad abdominal y reducir la agresión de la pared abdominal.

El dilema puede presentarse ante la decisión de anastomosar o no a estos pacientes. La evaluación médica previa (comorbilidades y estado general) ayudarán a tomar esta decisión.

No cabe duda de que es una práctica que debe ser realizada por cirujanos experimentados, en forma electiva.

La complicación más temida es la dehiscencia anastomótica, es por ello que es importante considerar cómo se realiza la

misma (su técnica y elementos de sutura).

Por otro lado, evaluar si corresponde tener protocolizada, en el seguimiento postoperatorio de estos pacientes, la realización de algún estudio de imagen (tomografía), para la detección precoz de una complicación de la anastomosis, para llegar rápidamente a su resolución.

Felicito a los autores por su experiencia, la calidad del trabajo presentado y los resultados obtenidos. Y concuerdo, como concluyen en el trabajo, que es muy probable que una cirugía temprana mejoraría, aún más, los resultados.

Marcelo Pollastri
Hospital Privado de Rosario. Santa Fe, Argentina.