



P-340 - ¿INCREMENTA LA AFECTACIÓN DE MÁRGENES LA APARICIÓN DE UNA FÍSTULA ANASTOMÓTICA EN LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN?

Merayo Álvarez, Marta; Ramos Montes, Claudia; Rizzo Ramos, Amaya; Alonso Batanero, Ester; Cifrián Canales, Isabel; de Santiago Álvarez, Irene; García Alonso, Leire; Sanz Álvarez, Lourdes

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Objetivos: El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn ha evolucionado hacia una cirugía cada vez más conservadora abogando actualmente por la práctica de resecciones limitadas al segmento más afecto y realización de anastomosis con buenos resultados a pesar de la afectación de márgenes.

Métodos: Revisión retrospectiva de 32 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn que habían precisado cirugía en algún momento de la evolución de la enfermedad entre enero de 2016 y septiembre de 2018, con edades comprendidas entre los 17 y 82 años. De los 32 pacientes intervenidos, a 16 se les realizó una resección ileocecal con anastomosis, a 5 una resección yeyuno-ileal con anastomosis, a 1 una resección ileocecal y resección yeyuno-ileal, a 7 una resección colónica sin anastomosis y a 3 otras cirugías (resección de asa ciega, colostomía y apendicectomía). Seleccionamos a los 22 pacientes a los que se les había realizado una anastomosis. El objetivo era analizar la relación entre la afectación de los márgenes de resección y la aparición de una fístula anastomótica en el postoperatorio inmediato (< 30 días).

Resultados: Se ideó una tabla cruzada a través de la cual se comprobó que de los seis pacientes que no presentaban afectación de márgenes en las piezas, 4 no presentaron fístula anastomótica y 2 sí; mientras que, de los 15 pacientes con afectación de márgenes, 12 no presentaron fístula anastomótica y 3 sí. Mediante la realización de un método chi cuadrado se demostró que no existían diferencias significativas ($p > 0,05$) en cuanto a la afectación de márgenes y la aparición de fístula anastomótica.

Conclusiones: La resección del segmento más afecto y realización de anastomosis a pesar de la afectación de márgenes parece ser una opción segura que no implica un incremento en la aparición de fístula anastomótica. La cirugía conservadora ha supuesto que ante la realización de repetidas intervenciones por el carácter recurrencial y crónico de la enfermedad, la aparición de complicaciones como un síndrome de intestino corto se vean disminuidas.