



## O-257 - ENFERMEDAD DE CROHN COMPLEJA FENOTIPO FISTULIZANTE (B3). RESULTADOS, COMPLICACIONES Y RECURRENCIAS A LARGO PLAZO EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

Vega Ruiz, Vicente<sup>1</sup>; Álvarez Medialdea, Javier<sup>1</sup>; Vega González, Rocío<sup>2</sup>; Campos Martínez, Francisco Javier<sup>1</sup>; Hendelmeier Orero, Alicia<sup>1</sup>; Arroyo Velez, Jose Luis<sup>1</sup>; Barrionuevo Galvez, Miguel<sup>1</sup>; Mestre Ponce, Carmen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; <sup>2</sup>Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

### Resumen

**Objetivos:** La enfermedad de Crohn (EC) representa un reto diagnóstico y terapéutico. Durante la patocronia de la enfermedad es frecuente la aparición de fistulas internas (B: clasificación de Montreal). Su incidencia, prevalencia y morbilidad asociada han tenido un paulatino incremento, haciéndose necesaria la coordinación multidisciplinaria de esta patología para su tratamiento adecuado. El objetivo principal es analizar la serie de fistulas internas (con exclusión de las fistulas anales), su manejo diagnóstico, las opciones terapéuticas (terapia biológica asociada) y estudio de recurrencias según el patrón de comportamiento.

**Métodos:** Durante un periodo de 13 años (marzo 2008 a marzo 2021) se han intervenido 282 casos de EC. Excluimos del estudio las fistulas anales (B1p) (81 casos), las colitis granulomatosas (10 casos) y las afectaciones gastroduodenales (1 caso) intervenidas. Atendiendo al patrón de comportamiento (Clasificación Montreal), 80 casos presentaban patrón estenosante (B2) y 108 fistulizante (B3) (fig.). Las variantes de fistulización intraabdominal, el tipo de cirugía y terapia adyuvante asociada, como prevención de recurrencia, se detallan en la tabla. Se analiza la recurrencia posquirúrgica en el patrón fistulizante y en comparación con el fenotipo estenosante. La prueba de imagen de elección diagnóstica en este patrón fistulizante, fue la entero-RM, el entero-TAC y la ecografía abdominal, con un valor predictivo+ del primero del 95%.

Tipo de fístula	Casos	Procedimiento quirúrgico
Entero-entérica	28	Resección intestinal
Entero-sigmoidea	16	Resección ileocólica + sigmoidea Resección ileocólica + colorrafia
Entero-transversa	7	Resección ampliada a colon transverso
Entero-vesical	10	Resección ileocólica + sutura vesical
Entero-uterina	1	Resección ileocólica + uterina
Entero-cutánea	20	Resección intestinal+ cólica
Íleo-piriforme-glútea	1	Resección ileocólica + fistulectomía
Múltiples (> 2 órganos)	25	Múltiples procedimientos (alto grado complejidad)

Total: 108

**Resultados:** En relación con la morbilidad quirúrgica: 4 dehiscencias anastomóticas (3,7% (reintervención y ostomía), 1 caso de hemoperitoneo (reintervención y rerresección); 10 casos absceso intrabdominal posoperatorio tratados mediante punción drenaje TAC dirigida (9,2%) y 12 casos de infección de herida (11%). Hubo 4 (3,7%) casos de eventración temprana tratadas mediante eventroplastia protésica. Infecciones respiratorias en 8 casos (7,4%) (neumonía y derrame pleural) 4 infecciones urinarias (3,7%) y 3 casos de trombosis venosa profunda (2,7%), dos de ellos trombosis vena mesentérica y porta. Recurrencia posquirúrgica en ambos patrones: 22 intervenciones (20,3%) por estenosis anastomóticas y neoleítis. El 41% (9 casos fenotipo fistulizante) y 59% (13 casos fenotipo estenosante).

**Conclusiones:** Existe una mayor frecuencia de indicaciones por enfermedad fistulizante compleja abdominal en relación con el patrón estenosante. La afectación íleo-ileal e ileocolónica son las más frecuentes. El índice de recurrencias quirúrgicas es bajo (20,3%) con predominio fenotipo estenosante. Los resultados son óptimos estando dentro del estándar de calidad de indicadores quirúrgicos autonómicos y estatales.