



198 - CORRELACIÓN ENTRE LA ENDOSCOPIA Y ECOGRAFÍA INTESTINAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA RECURRENCIA POSQUIRÚRGICA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

J. Yebra Carmona, J. Poza Cordón, C. Suárez Ferrez, J. L. Rueda García, M. Sánchez Azofra, E. Martín Arranz, S. Gómez Senent, L. García Ramírez y M.D. Martín Arranz

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La ecografía intestinal en modo B (US) podría postularse como un método diagnóstico para el diagnóstico de la recurrencia postquirúrgica (RPQ) de la enfermedad de Crohn (EC). Nuestro objetivo es validar la US, y establecer una correlación entre los parámetros ecográficos de actividad y el índice endoscópico de Rutgeerts.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectiva con inclusión de 31 pacientes con EC y resección ileocecal en seguimiento en nuestra unidad, y realización de una colonoscopia y ecografía intestinal para la detección de RPQ, sin distanciarse ambas pruebas más de 6 meses, y sin que se hubiera producido ningún cambio terapéutico significativo entre ambas pruebas. La RPQ se determinó endoscópicamente mediante el índice de Rutgeerts. Los hallazgos ecográficos fueron el grosor de la pared intestinal, hiperemia (Doppler), pérdida del patrón de capas, afectación de la grasa mesentérica, presencia de adenopatías así como complicaciones transmurales (fístulas y abscesos).

Resultados: En la tabla se exponen las características de los pacientes incluidos: se incluyeron un total de 31 pacientes, 20 de ellos (64%) tenían RQP significativa ($i \geq 2$). Se identificó asociación estadísticamente significativa entre el grosor y la recurrencia (media 2,5 mm $i0-1$ vs 5,2 mm $i \geq 2$ $p = 0,002$). Además se valoró la asociación entre el grado de recurrencia y el grosor de la pared por US: 2,5 mm (DE 0,39) para $i0-1$; 3,68 mm (DE 0,33) para $i2$ y 6,79 mm (DE 0,29) para $i3-4$, no obstante esta relación no alcanza la significación estadística ($p = 0,57$). Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para establecer la relación entre las variables ecográficas con la RPQ. Se identificó que un engrosamiento < 3 mm se asocia con una reducción relativa del riesgo (RRR) de 2,03, la no afectación de la grasa RRR = 38,15, ausencia de adenopatías RRR = 1,23, así como la preservación arquitectural RRR = 1,05 ($p = 0,003$). Mediante un análisis curva ROC se determinó 2,8 mm de grosor como el mejor punto de corte (SE: 95% ES: 82% AUC: 0,9). Si consideramos la ileocolonoscopia como gold standard, mediante ecografía hubo 19 VP, 2 FP, 1 FN y 9 VN (SE 95%, ES 82%, VPP 90%, VPN 90%).

Mujeres	16 (51%)
Edad al diagnóstico	A1 2 (6,7%); A2 22 (73.3%); A3 6 (20%)
Localización de la enfermedad	L1 14 (45.2%); L2 0(0%); L3 17 (54.8%)
Comportamiento de la enfermedad	B1 3 (9.7%); B2 17(54.8%); B3 11 (35.5%)
Hábito tabáquico	Fumador 9(29%); exfumador 14 (45%); no fumador 8(26%)
Número de cirugías	Una: 27 (87%); Dos: 4 (13%)
Tratamiento	Ninguno:6(20%); Azatioprina: 5(16%); antiTNF 8(26,7%); combinado 11(36%)
Índice de Rutgeerts	i0-1: 11(35.5%); i2: 10(32%); i3-4: 10(32%)

Conclusiones: En nuestra experiencia existe una buena correlación entre los diferentes parámetros ecográficos de actividad y la recurrencia endoscópica, y la severidad de la misma. La ecografía intestinal podría valorarse como alternativa no invasiva en la evaluación de la RQP.