



O-201 - DETERMINACIÓN DE PREDICTORES DE RIESGO EN LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ¿CÓMO AFRONTAR LOS RESULTADOS?

Merayo Álvarez, Marta; Ramos Montes, Claudia; García Alonso, Leire; Rizzo Ramos, M. Amaya; Suárez Sánchez, Aida; del Val Ruiz, Pablo; Rodicio Miravalles, Jose Luis; Sanz Álvarez, Lourdes M

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Objetivos: La cirugía en la enfermedad de Crohn está dirigida al tratamiento de las complicaciones que aparecen en el transcurso de la enfermedad o de rescate en los casos en los que el tratamiento médico fracasa. El objetivo principal de este estudio fue identificar factores de riesgo predictores de complicaciones postoperatorias.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de 73 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad de Crohn que precisaron la realización de una cirugía entre enero de 2014 y diciembre de 2019. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas, de laboratorio e imagen y anatomopatológicas y se analizó su relación con la aparición de complicaciones mediante análisis univariante y multivariante.

Resultados: La mediana de edad fue 49 años (18-83 años) y la relación hombre: mujer: 1,66:1. El 34,2% presentaba un ASA > II y el 33,8% cirugías abdominales previas. El 12,3% de los pacientes presentaba un IMC < 18,5 Kg/m². El 82,6% de los pacientes se encontraba a tratamiento médico en el momento de plantearse la cirugía, predominantemente con corticoides (31,9%) asociados o no a otros tratamientos. Se observó una mayor prevalencia de los pacientes clasificados como A2 (61,4%), L1 (59,4%) y B3 (49,3%). El 47,1% de los pacientes presentaba una colonoscopia y TC realizados en el año previo a la cirugía. Los motivos de cirugía más frecuentes fueron: la fistulización (25,7%), la obstrucción (24,2%) y el fracaso del tratamiento médico (19,7%). Las cirugías programadas fueron prevalentes (91,7%) frente a las urgentes (8,3%). El 36,8% precisó la administración de NPT preoperatoria. Entre los procedimientos realizados destacó la resección ileocecal y anastomosis (50,7%), las resecciones de intestino delgado y anastomosis (11,3%) y las resecciones colónicas con estoma (11,3%). El 29% presentó complicaciones. De los 42 pacientes a los que se les realizó resección intestinal y anastomosis se registró un 17,6% de fistula anastomótica. El 8,5% precisó una reintervención quirúrgica por colección intraabdominal (50%) o hematoma intraabdominal (50%). La mediana de estancia hospitalaria fue 21 días (5-66). Se registró un reintegro en un período < 30 días y un único exitus. Mediante un análisis univariante se identificó que el IMC < 18,8 Kg/m² (p III (p < 0,026), el tratamiento con corticoides (p < 0,044), la estenosis en la colonoscopia (p < 0,045) o engrosamiento en el TC (p < 0,025), la administración de NPT (p < 0,035), una albúmina < 30 g/l (p < 0,011) y una prealbúmina < 20 g/l (p II. En el análisis multivariante los resultados obtenidos no resultaron concluyentes.

Conclusiones: La evidencia científica sitúa el porcentaje de complicaciones en un 26-37% y el de fístula anastomótica en un 8,4-9%; en nuestro estudio resultaron del 29% y 17,6% respectivamente. La correcta identificación de los factores de riesgo asociado una cirugía practicada predominantemente de forma programada permite implementar medidas de preacondicionamiento en pacientes seleccionados que mejoraran su evolución postoperatoria.