



# Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

## 43 - CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LAS FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: ESTUDIO ECUFIT DE GETECCU

I. Rodríguez-Lago<sup>1</sup>, C. García<sup>2</sup>, M. Calafat<sup>3</sup>, P. Soto<sup>4</sup>, M. Calvo<sup>5</sup>, E. Sánchez Rodríguez<sup>6</sup>, B. Caballol<sup>7</sup>, M. Vela<sup>8</sup>, M. Rivero<sup>9</sup>, F. Muñoz<sup>10</sup>, L. de Castro<sup>11</sup>, X. Calvet<sup>12</sup>, F.J. García-Alonso<sup>13</sup>, A. Utrilla Fornals<sup>14</sup>, R. Ferreiro-Iglesias<sup>15</sup>, C. González-Muñoz<sup>16</sup>, M. Chaparro<sup>17</sup>, L. Bujanda<sup>18</sup>, B. Sicilia<sup>19</sup>, E. Alfambra<sup>20</sup>, A. Rodríguez<sup>21</sup>, R. Pérez<sup>22</sup>, C. Rodríguez<sup>23</sup>, P. Almela<sup>24</sup>, F. Argüelles<sup>25</sup>, D. Busquets<sup>26</sup>, S. Tamarit-Sebastián<sup>27</sup>, C. Reygosa Castro<sup>28</sup>, L. Jiménez<sup>29</sup>, I. Marín-Jiménez<sup>30</sup>, N. Alcaide<sup>31</sup>, E. Fernández<sup>32</sup>, Á. Iglesias<sup>33</sup>, Á. Ponferrada<sup>34</sup>, R. Pajares<sup>35</sup>, Ó. Roncero<sup>36</sup>, V.J. Morales Alvarado<sup>37</sup>, N. Ispizua<sup>38</sup>, E. Saínz<sup>39</sup>, O. Merino<sup>40</sup>, L. Márquez<sup>41</sup>, M. García<sup>42</sup>, A. Elorza<sup>1</sup>, S. Estrecha<sup>43</sup>, G. Surís<sup>44</sup>, M. van Domselaar<sup>45</sup>, A. Brotons<sup>46</sup>, J.L. Cabriada<sup>1</sup>, E. Domènech<sup>3</sup> y M. Barreiro-de Acosta<sup>15</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Galdakao, Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces, Bizkaia. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, Oviedo. <sup>3</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>4</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>5</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>7</sup>Hospital Clínic, Barcelona. <sup>8</sup>Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife. <sup>9</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>10</sup>Hospital Universitario de Salamanca. <sup>11</sup>Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. <sup>12</sup>Corporació Parc Taulí, Sabadell. <sup>13</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>14</sup>Hospital General San Jorge, Huesca. <sup>15</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago. <sup>16</sup>Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>17</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa IIS-IP, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas CIBERehd, Madrid. <sup>18</sup>Hospital Universitario Donostia. <sup>19</sup>Hospital Universitario de Burgos. <sup>20</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>21</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>22</sup>Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>23</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>24</sup>Hospital General Universitari de Castelló. <sup>25</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. <sup>26</sup>Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>27</sup>Hospital General de Tomelloso. <sup>28</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>29</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada. <sup>30</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>31</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>32</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>33</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>34</sup>Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. <sup>35</sup>Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. <sup>36</sup>Hospital General La Mancha Centro, Ciudad Real. <sup>37</sup>Hospital General de Granollers. <sup>38</sup>Hospital Universitario de Basurto, Vizcaya. <sup>39</sup>Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. <sup>40</sup>Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya. <sup>41</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>42</sup>Hospital General Universitario de Elche. <sup>43</sup>Hospital Universitario Araba, Álava. <sup>44</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. <sup>45</sup>Hospital Universitario de Torrejón. <sup>46</sup>Hospital Vega Baja, Alicante.

## Resumen

### **Póster con relevancia para la práctica clínica**

**Introducción:** La enfermedad de Crohn (EC) puede presentar complicaciones penetrantes en cualquier momento de su evolución. De entre ellas, las fistulas enterocutáneas (FEC) son lesiones complejas con un importante impacto en el manejo y la calidad de vida. Nuestro objetivo era describir las características y la evolución de las FEC en pacientes con EC, así como sus necesidades

de tratamiento médico y/o quirúrgico.

**Métodos:** Incluimos a todos los pacientes adultos con EC fistulizante con al menos un episodio con FEC recogido en el registro ENEIDA. Las FEC se definieron como una comunicación entre la luz gastrointestinal y la pared abdominal que con débito a través del orificio externo. Se recogieron datos adicionales para describir sus características y evolución, incluyendo todos los tratamientos necesarios. La variable principal fue cualquier cirugía relacionada con la FEC. El cierre de la fístula se definió como la ausencia de débito por la fístula, sin abscesos asociados ni cirugía en los 6 meses previos. Realizamos una comparación de las diferentes características o manejo antes y después de la disponibilidad de tratamientos biológicos. Analizamos los datos con estadística descriptiva y test no paramétricos, junto con un análisis de supervivencia y regresión logística binaria.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 301 FEC en 286 pacientes procedentes de 46 hospitales que fueron diagnosticadas entre 01/1970 y 09/2020, con una mediana de 1 orificio externo (rango 1-10), 59% con fístulas intraabdominales y en su mayoría originándose en el íleon (67%) o en el colon (23%). Tras una mediana de 146 meses (RIQ, 69-233) de seguimiento, el 37% recibieron tiopurinas, el 40% anti-TNF, 6% ustekinumab y 2% vedolizumab. En 208 pacientes (69%) fue necesaria una cirugía tras una mediana de 4 meses (RIQ, 1,4-12). En 253 pacientes (84%) se consiguió el cierre de la fístula tras 30 meses (RIQ, 4-84), generalmente tras una intervención (84%) y en un tercio con tratamiento médico. La recurrencia tras el cierre ocurrió en el 11% de los casos. Los biológicos anti-TNF y las tiopurinas (HR 0,5; 0,38-0,67; HR 0,64; 0,47-0,86) se asociaban a un menor riesgo de cirugía. Las FEC diagnosticadas tras la disponibilidad de los biológicos mostraban una tendencia a una menor necesidad de cirugía (OR 0,63; 0,33-1,09) aunque el momento de realizarla era similar. La tasa de cierre en ambos períodos era comparable, pero actualmente se alcanza con mayor frecuencia con tratamiento médico (OR 2,21; 1,13-4,29).

**Conclusiones:** Las FEC son lesiones con un tratamiento complejo y con la necesidad de múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos. La tasa de cierre es alta, habitualmente con cirugía, y la recurrencia es poco frecuente. Aproximadamente un tercio de los pacientes pueden alcanzar el cierre de las fístulas con tratamiento médico.