



VC-100 - SECCIÓN MECÁNICA DE FÍSTULA INTESTINAL Y ANASTOMOSIS DE KONO-S INTRACORPÓREA PARA EL TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE Y ESTENOSANTE

Gijón Moya, Fernando; Rodríguez Sánchez, Ana; Montalbán Ayala, Paula; Bermejo Marcos, Elena; Correa Bonito, Alba; Cerdán Santacruz, Carlos; García Septiem, Javier; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La enfermedad de Crohn causa inflamación y estenosis en el intestino delgado, así como la aparición de fistulas intestinales y perianales. En el caso de las estenosis, la obstrucción intestinal es la clínica más frecuente, mientras que los brotes inflamatorios suelen dar clínica de diarrea, fiebre y deposiciones sanguinolentas. Las fistulas intestinales, a diferencia de las perianales, no suelen dar clínica de forma directa, sino debido a los brotes inflamatorios que las originan. El tratamiento inicial de la enfermedad de Crohn es médico, pero en casos de refractariedad al mismo, estos pacientes terminan necesitando cirugía, que generalmente consiste en la resección del segmento afecto (con más frecuencia el ileón) con una escisión mesentérica extendida, y la confección de una anastomosis.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 28 años con antecedente de un ingreso en otro centro por brote de enfermedad de Crohn inflamatoria tratado con corticoides orales. Acudió a nuestro centro en dos ocasiones por nuevos brotes, en el primero de ellos, en junio de 2024, con una ileíta inflamatoria, manejado con corticoides orales y adalimumab de mantenimiento. En la segunda ocasión, en septiembre de 2024, además se evidenció una estenosis que causaba obstrucción intestinal, y dicho brote fue manejado de forma conservadora mediante upadicitinib y risankizumab. Se le realizó un TC abdominal y una colonoscopia, en los que se objetivó la presencia de la enfermedad de Crohn ileal inflamatoria, con la presencia de una fistula ileosigmoidea (visible por endoscopia), así como una estenosis ileal. De forma consensuada en el comité multidisciplinar de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, se decidió el manejo quirúrgico de la enfermedad de Crohn de la paciente, de forma programada. Se realizó optimización preoperatoria de la anemia que presentaba (mediante ferroterapia) así como de la desnutrición (mediante suplementación nutricional oral). Dicha intervención consistió en la sección de la fistula ileosigmoidea mediante una endograpadora mecánica (EndoGIA 60 mm); la resección ileocecal del segmento afecto, y la confección de una anastomosis ileocólica intracorpórea de tipo Kono-S. El resultado anatomo-patológico de la pieza resecada fue de enfermedad de Crohn, con marcada actividad inflamatoria aguda. Durante el posoperatorio, presentó un pico febril aislado al 2.º día, que fue manejado mediante antibioterapia empírica, sin objetivarse un foco. Fue dada de alta al 5.º día posoperatorio sin nuevas incidencias. Tras el alta, inició tratamiento con adalimumab. Presentó una importante mejoría clínica, con ausencia de nuevos brotes.

Discusión: En la enfermedad de Crohn fistulizante, un posible recurso técnico para tratar la fistula intestinal sin necesidad de realizar una resección es la sección de la misma con una endograpadora. Asimismo, para la confección de la anastomosis ileocólica de una enfermedad de Crohn con patrón estenosante, se recomienda la realización de una anastomosis de Kono-S, que previene la nueva obstrucción de la región perianastomótica. Ambos procedimientos se pueden realizar por abordaje mínimamente invasivo y tienen buenos resultados para evitar las recidivas con una mejor recuperación del paciente.