



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-Lago¹, C. García², M. Calafar³, P. Soto⁴, M. Calvo⁵, E. Sánchez Rodríguez⁶, B. Caballo⁷, M. Vela⁸, M. Rivero⁹, F. Muñoz¹⁰, L. de Castro¹¹, X. Calvet¹², F.J. García-Alonso¹³, A. Utrilla Fornals¹⁴, R. Ferreiro-Iglesias¹⁵, C. González-Muñoz¹⁶, M. Chaparro¹⁷, L. Bujanda¹⁸, B. Sicilia¹⁹, E. Alfambra²⁰, A. Rodríguez²¹, R. Pérez²², C. Rodríguez²³, P. Almela²⁴, F. Argüelles²⁵, D. Busquets²⁶, S. Tamarit-Sebastián²⁷, C. Reygosa Castro²⁸, L. Jiménez²⁹, I. Marín-Jiménez³⁰, N. Alcaide³¹, E. Fernández³², Á. Iglesias³³, Á. Ponferrada³⁴, R. Pajares³⁵, Ó. Roncero³⁶, V.J. Morales Alvarado³⁷, N. Ispízua³⁸, E. Saínz³⁹, O. Merino⁴⁰, L. Márquez⁴¹, M. García⁴², A. Elorza¹, S. Estrecha⁴³, G. Surís⁴⁴, M. van Domselaar⁴⁵, A. Brotons⁴⁶, J.L. Cabriada¹, E. Domènech³ y M. Barreiro-de Acosta¹⁵

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