



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

P-26 - IMPACTO A LARGO PLAZO DE LA PREVENCIÓN MÉDICA PRECOZ SOBRE LA RECURRENCIA QUIRÚRGICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. DATOS DEL REGISTRO ENEIDA

Gisela Piñero¹, Pilar Nos², Elena Ricart³, Margalida Calafat Sard¹, Sabino Riestra⁴, Francisco Mesonero⁵, Eva Iglesias-Flores⁶, Isabel Pascual-Moreno⁷, Isabel Vera⁸, María Dolores Martín-Arranz⁹, Luisa de Castro¹⁰, Carlos Taxonera¹¹, Montserrat Rivero¹², Jordi Guardiola¹³, Laura Arranz Hernández¹⁴, Lara Arias García¹⁵, Pilar Varela¹⁶, Antonio Giordano¹⁷, Javier P. Gisbert¹⁸, Jesús Barrio¹⁹, Xavier Calvet²⁰, Ana Gutiérrez-Casbas²¹, Santiago García-López²², Carla Jerusalén Gargallo-Puyuelo²³, José M. Huguet²⁴, Irene Moraleja²⁵, José Lázaro Pérez-Calle²⁶, Luis Bujanda²⁷, Yamile Zabana²⁸, Laura Ramos²⁹, Mónica Sierra³⁰, Daniel Carpio³¹, Manuel Barreiro-de-Acosta³², Rufo Lorente³³, Fernando Bermejo³⁴, Yago González-Lama³⁵, Mercè Navarro-Llavar³⁶, Lucía Márquez³⁷, Raquel Camargo³⁸, Mariana Fe García-Sepulcre³⁹, Nuria Rull⁴⁰, Pablo Vega⁴¹, Lucía Zabalza⁴², Eva Sese⁴³, David Monfort⁴⁴, Daniel Ceballos⁴⁵, Ángel Ponferrada⁴⁶, Empar Sainz⁴⁷, Míriam Mañosa¹ y Eugeni Domènech¹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ³Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ⁵Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁷Hospital Clínic Universitari de Valencia. ⁸Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ⁹Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁰Hospital Universitario La Paz, Madrid. ¹¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ¹³Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona. ¹⁴Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife. ¹⁵Hospital Universitario de Burgos. ¹⁶Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón. ¹⁷Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹⁸Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ¹⁹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ²⁰Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ²¹Hospital General Universitario de Alicante. ²²Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²³Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ²⁴Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. ²⁵Hospital Universitario de Galdakao. ²⁶Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. ²⁷Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ²⁸Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ²⁹Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ³⁰Complejo Asistencial Universitario de León. ³¹Complejo Hospitalario de Pontevedra. ³²Hospital Clínico Universitario de Santiago. ³³Hospital General Universitario de Ciudad Real. ³⁴Hospital Universitario de Fuenlabrada. ³⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ³⁶Hospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí. ³⁷Hospital del Mar, Barcelona. ³⁸Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. ³⁹Hospital General Universitario de Elche. ⁴⁰Hospital Universitario Son Llàtzer, Mallorca. ⁴¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁴²Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ⁴³Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ⁴⁴Consorci Sanitari de Terrassa. ⁴⁵Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ⁴⁶Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁴⁷Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

Resumen

Introducción: En pacientes con enfermedad de Crohn (EC), la recurrencia posquirúrgica (RPQ) endoscópica puede prevenirse con el uso posoperatorio precoz de tiopurinas o biológicos. Sin embargo, el beneficio de la profilaxis médica no se ha evaluado a largo plazo.

Objetivos: Evaluar el riesgo de una segunda resección intestinal (RPQ quirúrgica) según el uso de prevención médica precoz (profilaxis RPQ) tras una primera resección.

Métodos: Se identificaron del registro español ENEIDA aquellos pacientes adultos con EC sometidos a una primera resección ileocólica con anastomosis ileocólica entre 2000 y 2020, con al menos un año de seguimiento clínico. La profilaxis RPQ se definió como cualquier inmunomodulador (IMM) o agente biológico iniciado durante los primeros 3 meses posteriores a la resección ileocólica y mantenido durante al menos 3 meses. El tratamiento RPQ se definió como cualquier IMM o agente biológico iniciado al menos 6

meses después de la cirugía índice. Se excluyeron aquellos pacientes con resección ileocólica por cáncer y aquellos que iniciaron IMM o biológicos entre 3-6 meses. La RPQ quirúrgica se definió como una segunda resección intestinal al menos 6 meses después de la primera.

Resultados: Se incluyeron un total de 3.694 pacientes, de los cuales 2.274 (62%) iniciaron prevención médica (1.499 con IMM, 775 con biológicos). 45% expuestos a IMM y 31% a biológicos antes de la primera cirugía. 30% no tenía ningún factor de riesgo de RPQ, 43% tenía uno y 27% más de uno. La enfermedad perianal y el comportamiento penetrante fueron significativamente más frecuentes entre los pacientes con profilaxis RPQ, pero se observó una mayor proporción de tabaquismo activo en el momento de la cirugía en el grupo sin profilaxis. La duración media de la enfermedad en el momento de la primera cirugía fue de 42 meses (RIC 6-109) y la mediana de seguimiento hasta la segunda resección o última visita fue de 111 meses (RIC 63-168). La RPQ quirúrgica se produjo en el 11% (8% en profilaxis RPQ vs. 14% grupo sin profilaxis). La supervivencia libre de RPQ quirúrgica fue significativamente mayor en los pacientes con profilaxis RPQ ($p = 0,001$). En el análisis de regresión de Cox, la profilaxis RPQ (HR 0,71, IC95% 0,58-0,87; $p = 0,001$) fue el único factor protector de RPQ quirúrgica, mientras que presentar cualquier factor de riesgo (HR 1,58, IC95% 1,23-2,01; $p < 0,0001$), la localización L4 (HR 1,99, IC95% 1,62-2,45; $p < 0,0001$) y las manifestaciones extraintestinales (HR 1,43, IC95% 1,15-1,77; $p = 0,001$) aumentaron el riesgo.

Conclusiones: La profilaxis médica posoperatoria precoz tiene beneficios adicionales a largo plazo al reducir la incidencia de segundas resecciones. Nuestros hallazgos respaldan el uso de la profilaxis médica por encima de estrategias guiadas por endoscopia, al menos en pacientes con algún factor de riesgo.