



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

RECURRENCIA POSQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON OSTOMÍA DEFINITIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. SERIE RETROSPECTIVA A NIVEL NACIONAL DEL REGISTRO ENEIDA

Margalida Calafat^{1,2}, Míriam Mañosa^{1,2}, Agnès Fernández-Clotet³, Laura Pasanau⁴, Virginia Matallana⁵, Eva Iglesias^{6,7}, Alejandro Hernández-Camba⁸, Patricia Ucha⁹, Pilar Nos¹⁰, Jesús Barrio¹¹, Ana Gutiérrez^{2,12,13}, Víctor Merino¹⁴, Manuel Barreiro-de Acosta¹⁵, Laura Cudero¹⁶, María José Casanova^{17,18,19,20}, Carlos González-Muñoz²¹, Luis Bujanda^{22,23}, Pilar Varela²⁴, Fernando Bermejo²⁵, Núria Torres²⁶, Francisco Mesonero²⁷, Xavier Calvet^{2,28,29,30}, Coral Rivas³¹, Claudia Pérez³², Inmaculada Alonso-Abreu³³, Iago Rodríguez-Lago³⁴, Pablo Vega³⁵, Yamile Zabana^{2,36}, María Mora³⁷, David Busquets³⁸, Cristina Rodríguez-Gutiérrez^{39,40}, Carmen Orenga⁴¹, Gemma Valdósera⁴², Ángel Ponferrada⁴³, Daniel Ceballos⁴⁴, Cristina Martínez Pascual⁴⁵, Nuria Jiménez⁴⁶, Manuela Sampedro⁴⁷, Martín Irabien⁴⁸, Marta Piqueras⁵⁰, Jordina Llaó^{1,2} y Eugeni Domènech^{1,2}, en representación de los investigadores del registro ENEIDA de GETECCU⁴⁹

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas, CIBEREHD. ³Hospital Clínic de Barcelona. ⁴Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁷IMIBIC, Córdoba. ⁸Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ⁹Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. ¹⁰Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ¹¹Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ¹²Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ¹³ISABIAL, Alicante. ¹⁴Hospital Clínic Universitari de Valencia. ¹⁵Hospital Clínico Universitario de Santiago-CHUS, Santiago de Compostela. ¹⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ¹⁷Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ¹⁸Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas, CIBEREHD. ¹⁹Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, IIS-Princesa, Madrid. ²⁰Universidad Autónoma de Madrid. ²¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²²Hospital Universitario Donostia, San Sebastián. ²³Biogipuzkoa Health Research Institute, San Sebastián. ²⁴Hospital Universitario de Cabueñas, Gijón. ²⁵Hospital Universitario de Fuenlabrada. ²⁶Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ²⁷Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²⁸Parc Taulí Hospital Universitari, Sabadell. ²⁹Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí, I3PT-CERCA, Sabadell. ³⁰Universitat Autònoma de Barcelona. ³¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³²Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ³³Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. ³⁴Hospital Universitario de Galdakao. ³⁵Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ³⁶Hospital Universitari Mútua de Terrassa. ³⁷Hospital de Manises. ³⁸Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona. ³⁹Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ⁴⁰IdiSNA, Pamplona. ⁴¹Hospital General de Granollers. ⁴²Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona. ⁴³Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. ⁴⁴Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. ⁴⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. ⁴⁶Hospital General Universitario de Elche. ⁴⁷Hospital de Mataró. ⁴⁸Hospital Alfredo Espinosa, Urduliz. ⁴⁹GETECCU. ⁵⁰Consorci Sanitari de Terrassa.

Resumen

Introducción: Aunque el concepto de recurrencia posquirúrgica (RPO) en la enfermedad de Crohn (EC) se ha limitado a los pacientes con resección intestinal y anastomosis, algunas series retrospectivas de pequeño tamaño con períodos de seguimiento cortos sugieren que la RPO clínica puede ocurrir hasta en el 30% de los pacientes con ostomía definitiva. Esto puede explicar la falta de recomendaciones de seguimiento y estrategias preventivas en este ámbito clínico. Nuestro objetivo fue evaluar el riesgo de RPO y las estrategias de seguimiento actuales en esta población.

Métodos: Estudio retrospectivo de la base de datos ENEIDA de GETECCU. Se incluyeron pacientes con EC y ostomía permanente. Se analizaron los datos demográficos, clínicos, evolutivos y de seguimiento.

Resultados: En total, se incluyeron 263 pacientes con ostomía permanente entre 1979 y 2023, de los cuales el 70% presentaba ileostomía y el 30% colostomía, con un 65% de los pacientes que presentaban afectación ileal previa en ambos grupos. En el 57% de ellos se había realizado proctectomía. La prevención médica para la RPO se inició en el 38% de los pacientes (44% tiopurinas, 43% biológicos y 13% 5-ASA). En cuanto a las estrategias de seguimiento en pacientes asintomáticos, el 25% se les realizó una ileoscopia, el 43% técnicas radiológicas y el 53% determinación de calprotectina fecal. Además, el 37% se les realizó técnicas radiológicas y el 55% ileoscopia por el desarrollo de síntomas o elevación de biomarcadores. Después de una mediana de seguimiento de 142 meses (RIC 75-267), el 32% desarrolló RPO, el 16% biológica, el 37% endoscópica, el 37% radiológica y el 14% quirúrgica. Entre los que desarrollaron RPO, el 37% inició tratamiento médico (9% 5ASA, 24% tiopurinas, 65% fármacos biológicos). La probabilidad acumulada de RPO clínica a 3, 5 y 10 años fue de 16%, 20% y 28%, respectivamente. La probabilidad acumulada de RPO quirúrgica a 3, 5 y 10 años fue de 5%, 8% y 12%, respectivamente. En el análisis multivariante, el factor de riesgo para la RPO clínica fue tener colostomía vs. ileostomía (OR 2,05, IC95% 1,05-3,99; $p = 0,035$). En cuanto a las complicaciones durante el seguimiento, el 40%, el 24% y el 18% de los pacientes desarrollaron anemia ferropénica, deficiencia de vitamina B12 o insuficiencia renal, respectivamente.

Conclusiones: Más de un tercio de los pacientes con EC y ostomía permanente desarrollan RPO a largo plazo, y el 10% requiere una nueva resección. Estos hallazgos subrayan la necesidad de recomendaciones sobre estrategias de seguimiento y enfoques preventivos en este escenario clínico.