



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

Margalida Calafat<sup>1,2</sup>, Míriam Mañosa<sup>1,2</sup>, Agnès Fernández-Clotet<sup>3</sup>, Laura Pasanau<sup>4</sup>, Virginia Matallana<sup>5</sup>, Eva Iglesias<sup>6,7</sup>, Alejandro Hernández-Camba<sup>8</sup>, Patricia Ucha<sup>9</sup>, Pilar Nos<sup>10</sup>, Jesús Barrio<sup>11</sup>, Ana Gutiérrez<sup>2,12,13</sup>, Víctor Merino<sup>14</sup>, Manuel Barreiro-de Acosta<sup>15</sup>, Laura Cudero<sup>16</sup>, María José Casanova<sup>17,18,19,20</sup>, Carlos González-Muñoz<sup>21</sup>, Luis Bujanda<sup>22,23</sup>, Pilar Varela<sup>24</sup>, Fernando Bermejo<sup>25</sup>, Núria Torres<sup>26</sup>, Francisco Mesonero<sup>27</sup>, Xavier Calvet<sup>2,28,29,30</sup>, Coral Rivas<sup>31</sup>, Claudia Pérez<sup>32</sup>, Inmaculada Alonso-Abreu<sup>33</sup>, Iago Rodríguez-Lago<sup>34</sup>, Pablo Vega<sup>35</sup>, Yamile Zabana<sup>2,36</sup>, María Mora<sup>37</sup>, David Busquets<sup>38</sup>, Cristina Rodríguez-Gutiérrez<sup>39,40</sup>, Carmen Orenga<sup>41</sup>, Gemma Valladosera<sup>42</sup>, Ángel Ponferrada<sup>43</sup>, Daniel Ceballos<sup>44</sup>, Cristina Martínez Pascual<sup>45</sup>, Nuria Jiménez<sup>46</sup>, Manuela Sampedro<sup>47</sup>, Martín Irabien<sup>48</sup>, Marta Piqueras<sup>50</sup>, Jordina Llaó<sup>1,2</sup> y Eugeni Domènech<sup>1,2</sup>, en representación de los investigadores del registro ENEIDA de GETECCU<sup>49</sup>

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