



Gastroenterología y Hepatología



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

64 - ¿ES POSIBLE DETERMINAR EL RIESGO DE CIRUGÍA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN MEDIANTE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL?

J.L. Rueda García, C. Suárez Ferrer, J. Poza Cordón, E. Martín Arranz, M. Sánchez Azofra, O. Crivillén Anguita, Y. Zarauza Soto, M.D. Martín Arranz y P. Mora Sanz

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Las estenosis son una complicación frecuente en la enfermedad de Crohn (EC). A pesar de ello, su manejo suele ser complejo y constituyen una de las indicaciones más frecuentes de cirugía en la EC. Hoy día no existen datos objetivos en la enfermedad de Crohn estenosante (ECE) que puedan predecir la necesidad de cirugía. La ecografía intestinal (US) se está convirtiendo en una herramienta útil en el seguimiento de la ECE dado el bajo coste que supone su realización, su accesibilidad y su rentabilidad diagnóstica similar al resto pruebas de imagen utilizadas tradicionalmente. En nuestro estudio el objetivo fue determinar qué variables ecográficas en la ECE pueden estar asociadas con un mayor riesgo quirúrgico, y por ello pudieran ser utilizadas para la toma precoz de decisiones en este tipo de pacientes.

Métodos: Llevamos a cabo un estudio de casos y controles en nuestra Unidad de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Para ello, identificamos todos los pacientes de nuestra base de datos diagnosticados de ECE mediante ecografía desde el 2013 al 2017. Tras ello, seleccionamos los pacientes que habían sido sometidos a cirugía por complicaciones de la ECE a fecha del análisis (grupo cirugía); posteriormente, los emparejamos con pacientes con ECE no operados en relación a su enfermedad de base (grupo control). El objetivo principal fue evaluar los hallazgos ecográficos que pudieran asociarse a un mayor riesgo quirúrgico. Utilizamos *t* de Student y χ^2 para la comparación de variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Posteriormente, realizamos un análisis multivariante mediante regresión logística con las variables que alcanzaron la significación estadística. Se consideró significación estadística una *p* 0,05.

Resultados: Respecto a los hallazgos ecográficos, los siguientes alcanzaron la significación estadística: doppler parietal (grupo cirugía: media 2,08, DE 0,88 vs grupo control: media, 0,86 DE 0,34, *p* 0,001); complicaciones transmurales: fístulas (enteromesentéricas: $\chi^2 = 4,23$, *p* = 0,04; enteroentéricas: $\chi^2 = 9,13$, *p* = 0,003) y absceso asociado ($\chi^2 = 8,46$, *p* = 0,004). En el análisis multivariante, estos datos parecen tener relevancia clínica pero no alcanzaron la significación estadística probablemente por falta de tamaño muestral. El engrosamiento parietal, la presencia de dilatación preestenótica y la afectación de la grasa mesentérica no presentaron asociación clínica ni estadísticamente significativa con el riesgo de cirugía. **Conclusiones:** En nuestra experiencia, una actividad doppler significativa y la presencia de complicaciones fistulizantes en una ecografía realizada durante el seguimiento de pacientes con ECE se asocian a un mayor riesgo de cirugía, y deberían tenerse en cuenta a la hora de tomar decisiones terapéuticas, como decidir entre escalar tratamiento médico o la posibilidad de una cirugía resectiva precoz.