



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Complicaciones postquirúrgicas de cirugía resectiva en pacientes
con enfermedad de Crohn de 18 a 40 años del Hospital General del
Norte IESS Ceibos del 2021-2023.**

AUTORES:

**Benítez Ponce, Doménica Salomé
Burgos Ubilla, Cristina Belén**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Pezo Barreto, Gustavo Javier

Guayaquil, Ecuador

4 de octubre de 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certifico que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por los autores **Benítez Ponce, Doménica Salomé** y **Burgos Ubilla, Cristina Belén**, como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**GUSTAVO JAVIER
PEZO BARRETO**

f. _____

Dr. Pezo Barreto, Gustavo Javier

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 4 de octubre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Benítes Ponce, Doménica Salomé
Burgos Ubilla, Cristina Belén**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Complicaciones postquirúrgicas de cirugía resectiva en pacientes con Enfermedad de Crohn de 18 a 40 años del Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023**, previo a la obtención del título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 4 de octubre del 2024

LOS AUTORES



Firmado electrónicamente por:
**DOMENICA SALOME
BENITES PONCE**

Benítes Ponce, Doménica Salomé



Firmado electrónicamente por:
**CRISTINA BELEN
BURGOS UBILLA**

Burgos Ubilla, Cristina Belén



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Benítes Ponce, Doménica Salomé
Burgos Ubilla, Cristina Belén**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Complicaciones postquirúrgicas de cirugía resectiva en pacientes con Enfermedad de Crohn de 18 a 40 años del Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 4 de octubre del 2024

LOS AUTORES



Firmado electrónicamente por:
**DOMENICA SALOME
BENITES PONCE**



Firmado electrónicamente por:
**CRISTINA BELEN
BURGOS UBILLA**

Benítes Ponce, Doménica Salomé

Burgos Ubilla, Cristina Belén

REPORTE ANTIPLAGIO



Tesis
BenitezDomenica/BurgosCristina
P73 UCSG

< 1% Similitudes

- 0% similitudes entre comillas
- 0% entre las fuentes mencionadas
- < 1%** Textos sospechosos
- 3% idiomas no reconocidos (Ignorado)
- 4% Textos potencialmente generados por la IA (Ignorado)

Nombre del documento: BenitezDomenica_BurgosCristina_P73.docx
ID del documento: Seca4bcc0da1b0c676f5797a201b01aac594415
Tamaño del documento: original: 4,26 MB
Autor: Cristina Burgos Ubilla

Depositante: Cristina Burgos Ubilla
Fecha de depósito: 5/9/2024
Tipo de carga: url_submission
Fecha de fin de análisis: 5/9/2024

Número de palabras: 2095
Número de caracteres: 55.272

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes de similitudes

Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.doi.org 25 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (56 palabras)
2	Documento de otro usuario #40261 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (37 palabras)
3	DOI:159.222.190 http://doi:10.59231/01503020110718700117-UCSC-PRD-140-1155.pdf 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (24 palabras)
4	www.doi.org https://www.doi.org/10.4067/5071640262013050300906	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)
5	www.scielo.es Factores que afectan a la recomendación postoperatoria de la anestesia... https://www.scielo.es/articulo/revista-cuadernos-de-psicologia/201404/01-articulo-factores-que-afectan-recomendac-p... 2 fuentes similares	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.redalyc.org https://www.redalyc.org/pdf/6477/647761560004.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (28 palabras)
2	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/5317/2327/1/UCSC-C16-02793.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (20 palabras)
3	Documento de otro usuario #009408 El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
4	www.doi.org https://www.doi.org/10.1016/J.GASTROHER.2017.02.003	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)
5	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/5317/18810/1/7-UCSC-PRD-140-1056.pdf.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (10 palabras)

Tutor(a)



X

Dr. Gustavo Javier Pezo Barreto



X

Doménica Salomé Benítez Ponce
Autor(a)



X

Cristina Belén Burgos Ubilla
Autor(a)

AGRADECIMIENTO

Queremos empezar este agradecimiento diciendo que en definitiva las palabras no son suficientes para poder transmitir la gratitud tan grande que sentimos en este momento. Principalmente queremos dar las gracias a Dios, quien nos ha guiado plenamente en este largo camino y quien nos ha dado salud, protección y las capacidades para haber ejecutado este trabajo y todos nuestros años de pregrado. Queremos agradecer a las personas que jamás se han atrevido a decirnos que no, siempre nos han alentado a soñar, a no conformarnos con poco, han sido nuestros compañeros incondicionales en este viaje y los principales mercedores de este mérito... nuestros padres, Juan Pablo Benítez, Karen Ponce, Martin Burgos y Jaqueline Ubilla por ser nuestro motor, motivación y fuerza para cumplir esta y todas nuestras metas. Gracias padres, sin ustedes nada de esto habría sido posible. Gracias infinitas a nuestras parejas, Vicente Bueno e Ibraim Samandé, por ser la representación más perfecta de lo que es amistad, amor, compañía y comprensión, gracias a estos dos hombres de corazón noble por acompañarnos, apoyarnos, desvelarse, ser nuestras alarmas en muchas ocasiones, gracias por preocuparse por nosotras y por cuidar de nuestros sueños como si fueran suyos, ustedes han sido pilares para que este trabajo sea una realidad y también llevan mucho mérito de nuestra carrera y vida profesional que ahora vamos a emprender. También, queremos agradecer de todo corazón a nuestros familiares y amigos que siempre han estado dispuestos a escucharnos, guiarnos y enseñarnos de ser necesario, gracias por todo su apoyo, por las risas y tantos momentos inolvidables que nos han llevado a ser quienes somos hoy. Por último, queremos hacer una mención especial para nuestros ángeles en el cielo y ángeles en Tierra, y a nuestro increíble Tutor Gustavo Pezo, quien nos supo guiar de la mejor manera durante todo este proyecto, quien nos ha tenido paciencia infinita y ha sido un mentor maravilloso para nosotras.

- Cristina y Doménica

DEDICATORIA

Tengo una lista interminable de personas a quien quiero dedicarles este trabajo...

La tesis significa el cierre de esta gran etapa en la que muchos nos embarcamos, pero fuimos pocos quienes la culminamos, ahora quiero dedicarle este logro a todos quienes me acompañaron y formaron parte de este camino, siendo motivación, ganas y aliento para mi. Le dedico esto a papá y mamá, por permitirme ser la protagonista de esta historia y por acompañarme incondicionalmente en cada paso hasta llegar aquí, este trabajo es un símbolo de todo el esfuerzo que ustedes han puesto para que este sueño que una niña tan pequeña tuvo alguna vez ahora ya sea una realidad.

Le dedico este trabajo a Joseph Benítez, mi hermano del alma, por ser mi mayor inspiración, por demostrarme que siempre puedo y contenerme en cada momento como nadie más sabe hacerlo.

Le dedico este trabajo a mi compañero de vida, Ibraim Samandé por ser pieza fundamental en mi crecimiento profesional y personal, por vivir esta etapa, la carrera, la tesis y cada lagrima de sacrificio como si fuera suya.

Le dedico esto a mis abuelos, Mary y Grace quienes me han apoyado con su aliento y oraciones desde el primer día, Luis y Jorge, quienes me han acompañado desde el cielo, escuchándome en todo momento.

Le dedico esto a mis perros, Milo, Nala y Apolo, quienes han sido la terapia más efectiva en este duro proceso, mis ángeles de cuatro patas.

Por último, pero no menos importante, le dedico este trabajo a mis amigos: Danna, Marcita, Cristina, Gabriela, Genesis, José, Wilson, David, Tito, Gustavo, Arianna, Samantha, Mylena, Henry y quienes faltan, las personas que han sido mi soporte por tantos años y los principales espectadores del duro esfuerzo que hemos puesto en este trabajo.

- *Doménica*

DEDICATORIA

Me gustaría dedicarle este logro, primero que todo, a Dios, por regalarme a las personas adecuadas para el camino, y permitirme ser fuerte y perseverante para esta noble profesión. A mi esposo, Vicente, quien es mi apoyo incondicional desde el primer ciclo de la carrera, mi pilar fundamental en la vida y mi motor para seguir incluso cuando se presentan obstáculos. A mis papás Jacqueline y Martín, por ser mi soporte y aliento en cada meta que me propongo; mi hombro para llorar o descansar cuando lo necesito, por siempre alentarme a seguir adelante, pero, sobre todo, por todo el esfuerzo que han realizado para que yo haya podido llegar a donde estoy hoy día.

A mi hermana Daniela, mi mejor amiga de toda la vida, de quien admiro el esfuerzo, dedicación y perseverancia con las que realiza las metas que se propone. Por siempre estar para mí, incluso en eternas noches de estudio donde se desvelaba conmigo haciéndome compañía.

A mis ángeles en el cielo, mis abuelitas, Carmen y Norma; más que todo, a mi abuelito Simón, gracias a él por haber creído en mí desde que tome la decisión de seguir la profesión que ahora él y yo compartimos.

A mis suegros, Olga y Nelson, por todo el apoyo que me han brindado desde el primer día que puse un pie en su hogar, alentándome a seguir adelante todos los días y permitiéndome aprender de ellos.

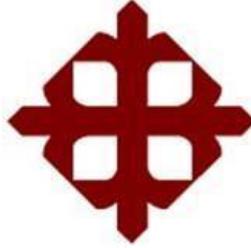
A mis cuñados y cuñadas, por acompañarme y ayudarme siempre con el estudio y los temas que no se comprendían con tanta facilidad; especialmente a mi cuñado Luis y mi cuñada Chris, por tomarse siempre el tiempo y dedicación de explicarme temas complicados, enseñándome con dedicación y explicarlos con tanta facilidad, siempre atentos a los resultados, sin importar el que sea; permitiéndome aprender mediante sus enseñanzas.

A bebés perrunos, que ahora me acompañan desde el cielo, Cookie, Dustin y Kurt, por acompañarme en esas noches de estudio hasta largas noches de la madrugada.

A todos mis amigos, Dome, Tito, Danna, Genesis, Alejandra, Mirella, Mylena, Gustavo, y muchos más; gracias a ustedes, por ser ese tiempo de respiro en momentos de estudios, de clases; las risas siempre eran incontables, de esas que hacen doler la barriga.

A todos los mencionados en estos pequeños párrafos, les dedico este logro, que es tan mío como suyo.

- *Cristina*



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____
DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____
DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____
OPONENTE

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	3
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
1.3. OBJETIVOS.....	3
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
1.4. JUSTIFICACION	4
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	5
2.1. DEFINICION	5
2.2. EPIDEMIOLOGIA.....	5
2.3. FACTORES DE RIESGO	5
2.4. FISIOPATOLOGIA	7
2. Daño en la barrera intestinal.....	7
3. Alteración en el microbiota intestinal.....	8
2.5. CLASIFICACION.....	8
2.6. MANIFESTACIONES CLINICAS	9
• Evolución aguda.....	9
• Evolución crónica	9
Manifestaciones extraintestinales	12
Examen físico	14
2.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	15
2.8. DIAGNOSTICO	16
Exploración Endoscópica	17
2.9. PRONOSTICO	18
2.10. ABORDAJE TERAPUETICO	19
Tratamiento farmacológico	19
Tratamiento quirúrgico	21
TIPOS DE CIRUGIA RESECTIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN	22
• Colectomía segmentaria:	22
• Proctocolectomía:	22
2.11. COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS.....	23
CAPITULO III.....	24
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	24
3.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION Y ANALISIS DELOS DATOS.....	24
3.3. MANEJO ESTADISTICO DE LOS DATOS	24

3.4.	POBLACION Y MUESTRA.....	24
3.4.2.	MUESTRA	25
3.5.	CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	25
3.5.2.	Criterios de exclusión	25
3.7.	OPERALIZACION DE VARIABLES	25
CAPITULO IV.....		27
4.1.	RESULTADOS.....	27
4.2.	DISCUSION	30
CAPITULO V		32
5.1.	CONCLUSIONES	32
5.2.	RECOMENDACIONES	32
Referencias		33
ANEXOS		37
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN		39

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de Montreal para enfermedad de Crohn.....	8
Tabla 2 Manifestaciones extraintestinales de la Enfermedad de Crohn	12
Tabla 3 Operalización de las variables	25
Tabla 4 Complicaciones postquirúrgicas de los pacientes sometidos a cirugía resectiva por enfermedad de Crohn.....	27
Tabla 5 Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva.....	28
Tabla 6 Patrones clínicos de la enfermedad de Crohn en pacientes sometidos a cirugía resectiva.	28
Tabla 7 Localizaciones más frecuentes de la enfermedad de Crohn en pacientes sometidos a cirugía resectiva.	29
Tabla 8 Mortalidad de los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva.....	29

RESUMEN

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica e inmunomediada que afecta el tracto gastrointestinal, alternando entre periodos de remisión y crisis. En este estudio, se enfoca en la Enfermedad de Crohn (EC), que puede causar lesiones transmurales en cualquier segmento del aparato digestivo y requiere múltiples cirugías resectivas a lo largo del tiempo. Aunque el tratamiento farmacológico ha mejorado, los pacientes con EC enfrentan riesgos quirúrgicos significativos, incluyendo fugas anastomóticas, formación de fístulas, obstrucción intestinal, hemorragias e infecciones. Este estudio tiene como objetivo identificar las complicaciones postquirúrgicas de la cirugía resectiva en pacientes de 18 a 40 años del Hospital General del Norte IESS Ceibos entre 2021 y 2023.

Metodología: Este trabajo de investigación es descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional, que analizó datos de pacientes sometidos a cirugía resectiva por enfermedad de Crohn mediante revisión de historias clínicas. **Resultados:** El estudio incluyó 68 pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva en el Hospital General del Norte IESS Ceibos entre 2021 y 2023. Las complicaciones más frecuentes fueron dehiscencias (75%) y formación de fístulas (45,6%). La mayoría de los pacientes tenían entre 26 y 35 años, y el 52,9% eran hombres. Los patrones clínicos más comunes fueron estenosantes (47,1%) e inflamatorio (32,4%). La localización más frecuente de la enfermedad fue ileocolónica (39,7%) y la mortalidad fue del 8,8%. **Conclusión:** Las dehiscencias son la complicación postquirúrgica más común en pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva, y el sexo masculino y el rango de edad de 18 a 25 años son características demográficas predominantes. La localización ileocolónica fue la más frecuente, asociada con la gravedad de las complicaciones.

Palabras claves: enfermedad de Crohn, cirugía resectiva, complicaciones postquirúrgicas, enfermedad inflamatoria intestinal, epidemiología.

ABSTRACT

Introduction: Inflammatory bowel disease (IBD) is a chronic, immune-mediated pathology that affects the gastrointestinal tract, alternating between periods of remission and crisis. In this study, the focus is on Crohn's disease (CD), which can cause transmural lesions in any segment of the digestive tract and requires multiple resective surgeries over time. Although pharmacological treatment has improved, patients with CD face significant surgical risks, including anastomotic leaks, fistula formation, intestinal obstruction, bleeding, and infection. This study aims to identify post-surgical complications of resective surgery in patients aged 18 to 40 years at the Hospital General del Norte IESS Ceibos between 2021 and 2023. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional, retrospective and observational study that analyzed data from patients who underwent resective surgery for Crohn's disease by reviewing medical records. **Results:** The study included 68 patients with Crohn's disease who underwent resective surgery at the Hospital General del Norte IESS Ceibos between 2021 and 2023. The most frequent complications were dehiscence (75%) and fistula formation (45.6%). Most patients were between 26 and 35 years old, and 52.9% were men. The most common clinical patterns were stenosing (47.1%) and inflammatory (32.4%). The most frequent location of the disease was ileocolonic (39.7%) and mortality was 8.8%. **Conclusion:** Dehiscence is the most common post-surgical complication in patients with Crohn's disease undergoing resective surgery, and male sex and age range of 18 to 25 years are the predominant demographic characteristics. Ileocolonic location was the most frequent, associated with severity of complications.

Key words: Crohn's disease, resective surgery, post-surgical complications, inflammatory bowel disease, epidemiology.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica, inmunomediada que afecta al tracto gastrointestinal según su forma de presentación. Se caracteriza por presentar periodos alternantes entre remisión y actividad/ crisis, que afectarán de manera importante la calidad de vida del paciente (1). Actualmente, se considera la etiología como indeterminada, pero con influencia ambiental, genética, alteración del microbiota intestinal y de carácter autoinmune (2). Los países desarrollados tenían anteriormente la mayor tasa de incidencia y prevalencia, pero últimamente ha incrementado las cifras de esta patología en las zonas donde antes se consideraba de menor riesgo, como América del Sur, África y Asia (3).

Las dos formas de presentación de la EII son la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC), características muy diferentes que se aprecian en sus manifestaciones clínicas digestivas y extradigestivas, extensión de la lesión, características macroscópicas y microscópicas, entre otras (2,4). La lesión de la CU se limita a la mucosa del colon y pudiéndose manifestar en 3 tipos: proctitis, colitis izquierda y colitis extensa. La EC, en la cual nos vamos a enfocar en este estudio, la lesión de esta variedad puede ser en cualquier segmento del aparato digestivo, es decir, desde la boca hasta el ano, siendo la lesión transmural con formación de fistulas, estenosis y abscesos; sus principales síntomas son dolor abdominal, diarrea, sangrado rectal, pérdida de peso y fatiga (5,6).

Aunque el tratamiento médico farmacológico ha tenido un gran avance, la tasa de riesgo quirúrgico desde el diagnóstico tiende a la elevación. Los pacientes con EC a lo largo de la historia natural de su patología van a necesitar más de una cirugía resectiva, la cual puede estar acompañada o no, de complicaciones como fugas anastomóticas, formación de fistulas, obstrucción intestinal, hemorragia intestinal o infección del sitio quirúrgico (7,8).

CAPITULO I

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica inflamatoria intestinal que afecta a un gran número de personal a nivel mundial (1,2). A pesar de que el tratamiento quirúrgico como es la cirugía resectiva, a menudo es necesario para manejo de las complicaciones de la enfermedad, esta intervención quirúrgica conlleva riesgos de complicaciones postoperatoria (3). Sin embargo, faltan estudios específicos que aborden las complicaciones postquirúrgicas en pacientes con enfermedad de Crohn en un rango específico, de 18 a 40 años, en el Hospital General del Norte IEES Ceibos entre el 2021 y el 2023. Por lo que es crucial investigar y comprender la naturaleza y la prevalencia de estas complicaciones en la población, para mejorar el proceso de atención de salud y desarrollar estrategias de prevención.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las complicaciones postquirúrgicas de la cirugía resectiva en pacientes con Enfermedad de Crohn de 18-40 años del Hospital General del Norte IEES Ceibos del 2021-2023?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las complicaciones postquirúrgicas de la cirugía resectiva en pacientes con enfermedad de Crohn de 18-40 años del Hospital General del Norte IEES Ceibos del 2021-2023

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad de Crohn que se sometieron a la cirugía resectiva atendidos en el Hospital General del Norte IEES Ceibos del 2021 al 2023.

- Determinar el patrón de comportamiento de la enfermedad de Crohn de pacientes sometidos a cirugía en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021 al 2023
- Establecer las localizaciones más frecuentes de la enfermedad de Crohn en pacientes sometidos a cirugía en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021 al 2023.
- Indicar la mortalidad de los pacientes con complicaciones postquirúrgicas de la cirugía resectiva de los pacientes del Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021 al 2023.

1.4. JUSTIFICACION

El aumento de la incidencia de recurrencias resectivas y sus complicaciones post quirúrgicas en pacientes con enfermedad de Crohn y la falta de información en nuestro país, nos ve obligados a realizar el siguiente estudio para aportar en la estadística a nivel nacional para de esta manera tomar medidas terapéuticas a tiempo y tratar de reducir los riesgos que influyen que se generen las complicaciones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2. ENFERMEDAD DE CROHN

2.1. DEFINICION

La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno de tipo inflamatorio crónico, incesante e incurable que afecta cualquier segmento del tracto gastrointestinal, desde la boca hasta la región perianal y que también puede extenderse a sitio extraintestinales (1,2). Esta patología se caracteriza por producir una inflamación transmural y por omisión de áreas afectadas (porciones de intestino de apariencia normal que se intercambian por áreas lesionadas). La naturaleza inflamatoria transmural de la enfermedad de Crohn puede generar fibrosis y estenosis, además de micro perforaciones y formación de fistulas (2,3).

2.2. EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de la enfermedad de Crohn varía según la región geográfica, en países de Asia es menor que en la zona de América del norte y sur. En América del norte la tasa es de aproximadamente 422 casos por 100.000 habitantes. La edad de aparición de este trastorno oscila entre los 15 a 30 años, es decir los adultos jóvenes, aunque existen casos en el cual se reporta un segundo pico de presentación de los 50 a 80 años. El predominio en cuanto al sexo es mayor en el femenino, con una tendencia hacia las poblaciones judías en relación con los no judíos (2-4).

2.3. FACTORES DE RIESGO

Existen distintos factores de riesgo para la presentación de la enfermedad Crohn, entre ellos destaca el fumar. El fumar se asocia con un mayor riesgo de este trastorno, un estudio con 200.000 mujeres demostró que tanto como las fumadoras actuales y las que tenían antecedentes de fumadoras tenían mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad de Crohn en comparación

con aquellas pacientes que nunca habían fumado, además pueden experimentar una progresión más rápida de la enfermedad (3,5).

Desde el punto genético, si algún miembro de la familia presenta la enfermedad, el riesgo de padecerla también aumenta. Hay ciertos genes que se pueden encontrar comprometidos predisponiendo a que su portador pueda tener esta enfermedad, como es el caso del NOD2, hay que ser claros, el hablar de predisposición no significa que la persona esté condenada a padecer de esta enfermedad (3,21).

En cuanto a los factores nutricionales, el consumo de grasas totales, animales y ácidos grasos poliinsaturados se ha relacionado con una mayor incidencia de esta patología, por lo tanto, no hay una dieta específica, pero estos alimentos, si no existe un control del mismo, puede influir en la aparición o exacerbación de la enfermedad. En ese apartado en algunos estudios han identificado que las emulsiones y aditivos dietéticos también contribuyen a este riesgo debido a la modificación del microbioma. En relación con los hábitos de sueño, la privación del descanso es una variable que aumenta los brotes de la enfermedad, en una tasa del 2,3% (3.5)

La respuesta inmune a procesos infecciosos se ha implicado en la patogénesis de la enfermedad de Crohn, en especial a factores microbianos como del huésped. La infección que mayor se ha estudiado en cuanto a su relación con la enfermedad de Crohn es la gastroenteritis, de la cual se postula que existe un mayor riesgo de aparición de este trastorno cuando se tuvo un episodio previo de gastroenteritis aguda en comparación al grupo control (5,6).

La Enfermedad de Crohn causa una respuesta inmunitaria desregulada en el intestino, provocando que por error el cuerpo ataque a células del tracto digestivo, identificándolas como agentes extraños, esto desencadena una inflamación crónica y permanente, así como también un daño en las capas del intestino (5,6).

Cambios en el microbiota intestinal también se asocia a EC, debido a la presencia de bacterias y microorganismos ajenos al tracto digestivo, causando también una inflamación crónica. Estos microorganismos pueden

causar infecciones sobre todo bacterianas que pueden agravar la inflamación (5,6).

Los medicamentos también tienen un rol dentro de los factores de riesgo, en este apartado se ha descrito una asociación no clara sobre causa y efecto, entre ellos destaca; antibióticos, AINEs, anticonceptivos orales y reemplazo hormonal y la isotretinoína, que tienen un efecto pequeño, no cuantificado en estudios multicéntricos en relación con el grupo control (5,6).

Otros factores descritos que no se ha comprobado de forma consistente su relación con la enfermedad de Crohn son los factores psicológicos, en el cual el estrés puede desempeñar un papel en los brotes de los síntomas de esta patología influyendo en la severidad de los síntomas. La obesidad también forma parte de este grupo de factores de riesgo no esclarecidos, pero se ha reportado que la acumulación de grasa intraabdominal puede contribuir a la inflamación de la mucosa, afectando la evolución clínica de los pacientes (6,7)

2.4. FISIOPATOLOGIA

1. Respuesta inmune desregulada

- Inflamación persistente: Procede a atacar las células buenas del aparato digestivo.
- Citoquinas Proinflamatorias: estas proteínas permiten generar una respuesta inmunológica ante cualquier proceso inflamatorio que se de en el cuerpo, por lo tanto, en la EC existe un aumento en la producción de estas proteínas como el TNF-alfa, IL-1, IL-6 y IL-12, de manera exagerada para así responder a la inflamación crónica y evitar que el daño en el tejido sea mayor (22).

2. Daño en la barrera intestinal

- Disfunción de la barrera: El intestino posee células epiteliales que comprenden las capas de este órgano favoreciendo como una barrera protectora, que en pacientes EC se ve comprometida, se debilita, y esto da paso a que bacterias y otros microorganismos puedan traspasarla sin ejercer fuerza alguna y, por ende, este ataque va a generar una inflamación crónica desmedida (22).

3. Alteración en el microbiota intestinal

- Desequilibrio de microbios: La microbiota intestinal se debilita, disminuye las bacterias beneficiosas para nuestro organismo, e ingresan bacterias extrañas provocando a más de la inflamación deposiciones líquidas repetitivas (22).

2.5. CLASIFICACION

La enfermedad de Crohn se clasifica según la edad de aparición, la ubicación de las lesiones y el comportamiento de la enfermedad. La clasificación de Montreal es usada frecuentemente para estudios epidemiológicos y poblacionales, además de que sirve de referencia como método de estadificación y pronóstico (6,7)

Tabla 1 Clasificación de Montreal para enfermedad de Crohn

Edad al diagnóstico
A1 menores de 16 años
A2 entre 17 y 40 años
A3 mayores de 40 años
Ubicación
L1 Ileal
L2 Colon
L3 Ileocolónico
L4 Enfermedad superior aislada
Comportamiento
B1 no estenificante, no penetrante
B2 estenosis
B3 penetrante
P modificador de enfermedad perianal

Tabla 1. Clasificación de Montreal para enfermedad de Crohn. (7)

2.6. MANIFESTACIONES CLINICAS

La evolución clínica de esta enfermedad puede dividirse en 2 periodos: 1) Evolución aguda y 2) evolución crónica, cada uno de estos periodos se van a subdividir de la siguiente manera (23,24):

- **Evolución aguda**

- **Etapa del abdomen agudo:** se presenta una sintomatología típica o clásica de un síndrome apendicular, es decir, dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha, que no cede, diarrea acuosa sin pus ni moco (23,24).

- **Evolución crónica**

La cual consta de tres etapas:

- **Enteritis Ulcerosa:** posterior a la fase aguda, la enfermedad de Crohn puede presentarse como una colitis ulcerosa, con su clásica diarrea con pus, moco y sangre macro-micro, es su síntoma más frecuente. Estas úlceras en la mucosa intestinal pueden estar situadas en la superficie, o profundas. Como complicación se puede presentar una obstrucción intestinal por la constante inflamación del mismo, ocasionando así una estenosis, es decir un estrechamiento. Con medicamentos será suficiente para tratar la inflamación y tratar los síntomas (23,24).
- **Enteritis hipertrófica:** A este punto el intestino afectado aumenta progresivamente de tamaño y por consecuente las paredes empiezan a engrosarse. La mucosa intestinal cambia en su tejido, adoptando así un empedrado, esto significa que el intestino pasa por una hiperplasia que también puede llevar a una obstrucción intestinal por la reducción severa del lumen. En esta etapa se requiere aplicación de medicamentos para disminuir la inflamación y la resección de las áreas que se encuentren dañadas en el intestino (23,24).
- **Etapa fistulosa:** La enfermedad alcanza su punto máximo de severidad ocasionando fistulas a lo largo del trayecto intestinal, estas perforaciones rara vez pueden conllevar a peritoneo, pero hay casos en el que ha drenado secreciones o contenido

purulento en áreas no deseadas, por ende, una de sus mayores complicaciones son las infecciones que puede llevar a un shock séptico al paciente por septicemia. Para su manejo es necesario la eliminación o reparación de estas fistulas mediante cirugía, seguir un régimen de antibioticoterapia para controlar la infección (23,24).

La presentación clínica de la enfermedad de Crohn es variada y puede establecerse años antes del diagnóstico definitivo o de forma aguda. Existe síntomas cardinales y sistémicos que acompañan a su presentación y que se detallaran a continuación (3,6,7):

Síntomas cardinales: Estos síntomas abarcan el dolor abdominal, diarrea que se puede acompañar o no de sangrado abundante, fatiga y la pérdida de peso.

- Dolor abdominal: este dolor se caracteriza por ser tipo calambre, es una manifestación común que es independiente de la distribución del patrón inflamatorio. Cuando la enfermedad se limita al íleon distal, la presentación es de dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, que se explica por el mecanismo patológico que es la inflamación transmural que produce estenosis fibrótica que provoca el dolor y la obstrucción.
- Diarrea: También es un síntoma frecuentemente reportado, este puede fluctuar con el pasar del tiempo, al principio sin sangre macroscópica, que si se acompaña de otros síntomas como lesiones en piel, ojos o articulaciones orientan al diagnóstico de Crohn o en tal caso puede ser producto se los siguientes escenarios:
 - Secreción excesiva de líquidos y absorción deficiente de líquidos en el intestino delgado
 - Malabsorción de sales biliares por un íleon terminal inflamado
 - Esteatorrea relacionada con la perdida de sales biliares
 - Fistulas entero entéricas que producen derivación de porciones de la superficie de absorción (7,8)

Síntomas sistémicos:

- La fatiga es uno de los síntomas sistémicos característicos de esta enfermedad.
- La pérdida de peso a menudo se relaciona con una disminución de la ingesta oral de alimentos porque los pacientes con lesiones en segmentos de intestino obstruidos refieren que se sienten mejor cuando no consumen alimentos. La pérdida de peso también se relaciona con la mala absorción.
- La fiebre se da en menor frecuencia y cuando está presente se debe de pensar en un proceso de perforación intestinal complicada por un absceso intraabdominal (8,9).

Características de la inflamación transmural: La inflamación del intestino se asocia a tractos sinusales que provocan fistulas y formación de flemones:

- Fistulas: La inflamación transmural se asocia a tractos sinusales que llegan a penetrar la serosa y ocasionar fistulas. La penetración de la pared intestinal suele ser indolente y no como la aparición aguda de un dolor abdominal intenso (8,9)

Las fístulas son tractos o comunicaciones entre dos órganos revestidos de epitelio. Por ejemplo, pueden conectar el intestino con la vejiga (enterovesical), con la piel (enterocutánea), con otro segmento intestinal (enteroentérica) o con la vagina (enterovaginal) (8,9)

Los síntomas de las fístulas varían según el área adyacente afectada al segmento intestinal enfermo:

- Las fístulas enteroentéricas pueden no presentar síntomas o manifestarse como una masa palpable.
- Las fístulas enterovesicales causan infecciones recurrentes del tracto urinario, frecuentemente con múltiples organismos, y pueden ocasionar neumaturia.
- Las fístulas hacia el retroperitoneo pueden generar abscesos del músculo psoas u obstrucción del uréter con hidronefrosis.

- Las fístulas enterovaginales pueden producir la eliminación de gas o heces a través de la vagina.
- Las fístulas enterocutáneas pueden resultar en el drenaje del contenido intestinal hacia la superficie de la piel (9,10)

El flemón o absceso es otra de las características de la inflamación transmural, que se define como una masa inflamatoria amurallada sin infección bacteriana, que se puede palpar en el examen físico del abdomen.

- Complicaciones: peritonitis aguda localizada producto de los trayectos sinusales, acompañado de fiebre, dolor abdominal y sensibilidad

La enfermedad perianal ocurre en un tercio de los pacientes en el transcurso de la evolución de la enfermedad de Crohn, la cual aparece con dolor y drenaje perianal (10,11).

Otros síntomas gastrointestinales:

- En la boca pueden presentarse úlceras aftosas o dolor en la boca y encías.
- En el esófago puede aparecer odinofagia o disfagia.
- En la zona gastroduodenal se manifiesta con dolor abdominal superior, náuseas y/o vómitos posprandiales (10,11).

Manifestaciones extraintestinales

Las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn están estrechamente relacionadas con la actividad de la enfermedad inflamatoria, las cuales se muestran en la tabla 2.

Tabla 2 Manifestaciones extraintestinales de la Enfermedad de Crohn

Manifestaciones extraintestinales comunes
Musculoesquelético
Artritis: tipo colítico, espondilitis anquilosante, afectación articular aislada como sacroileitis.
Osteoartropatía hipertrófica: acropaquias, periostitis, enfermedad de Crohn metastática

Varios: Osteoporosis, necrosis aséptica, polimiositis, osteomalacia.
Piel y boca
Lesiones reactivas: eritema nudoso, pioderma gangrenoso, úlceras aftosas, erupción vesiculopustulosa, vasculitis cutánea, dermatosis neutrofílica, enfermedad de Crohn metastásica, epidermólisis ampollosa adquirida.
Lesiones específicas: fisuras y fístulas, enfermedad de Crohn oral, erupciones por medicamentos.
Deficiencia nutricional: acrodermatitis enteropática (zinc), púrpura (vitaminas C y K), glositis (vitamina B), caída del cabello y uñas quebradizas (proteínas).
Enfermedades asociadas: vitíligo, psoriasis, amiloidosis, epidermólisis ampollosa adquirida.
Hepatobiliar
Complicaciones específicas: colangitis esclerosante (de conductos grandes o pequeños), carcinoma de vías biliares, colelitiasis.
Inflamación asociada: hepatitis activa crónica autoinmune, pericolangitis, fibrosis portal y cirrosis, granuloma en la enfermedad de Crohn.
Metabólico: hígado graso, cálculos biliares asociados con la enfermedad de Crohn ileal.
Ocular
Uveítis iritis, epiescleritis, escleromalacia, úlceras corneales, enfermedad vascular de la retina, neuritis retrobulbar, queratopatía de Crohn.
Metabólico
Retraso del crecimiento en niños y adolescentes, retraso en la maduración sexual.
Manifestaciones extraintestinales menos comunes.
Hematológico
Anemia por deficiencia de hierro, folato o vitamina B12 o anemia hemolítica autoinmune, anemia por enfermedad crónica, púrpura trombocitopénica; leucocitosis y trombocitosis; tromboflebitis y tromboembolismo, arteritis y oclusión arterial, poliarteritis nudosa, arteritis de Takayasu, vasculitis cutánea, anticuerpo anticardiolipina, hipoesplenismo.
Tracto renal y genitourinario.
Cálculos urinarios (cálculos de oxalato en la enfermedad ileal), extensión local de la enfermedad de Crohn que afecta el uréter o la vejiga, amiloidosis, nefrotoxicidad relacionada con fármacos.

Daño tubular renal con aumento de la excreción urinaria de diversas enzimas (p. ej., beta N-acetil-D-glucosaminidasa).
Neurológico
Hasta 3% de los pacientes puede tener afectación neurológica no iatrogénica, incluida neuropatía periférica, mielopatía, disfunción vestibular, pseudotumor cerebral, miastenia gravis y trastornos cerebrovasculares. Incidencia igual en colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn. Estos trastornos suelen aparecer 5 a 6 años después del inicio de la enfermedad inflamatoria intestinal y frecuentemente se asocian con otras manifestaciones extraintestinales.
Enfermedad de las vías respiratorias y del parénquima pulmonar.
Fibrosis pulmonar, vasculitis, bronquitis, nódulos necrobióticos, laringotraqueítis aguda, enfermedad pulmonar intersticial, sarcoidosis. Las pruebas de función pulmonar anormales sin síntomas clínicos son comunes (hasta en el 50% de los casos).
Cardíaco
Pericarditis, miocarditis, endocarditis y bloqueo cardíaco: más comunes en la colitis ulcerosa que en la enfermedad de Crohn; miocardiopatía, insuficiencia cardíaca debida a terapia anti-TNF.
La pericarditis también puede ocurrir por sulfasalazina/5-aminosalicilatos.
Páncreas
Pancreatitis aguda: más común en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa. Los factores de riesgo incluyen terapia con 6-mercaptopurina y 5-aminosalicilato, enfermedad de Crohn duodenal.
Autoinmune
Lupus inducido por fármacos y enfermedades autoinmunes secundarias a la terapia anti-TNF-alfa.
ANA positivos, anti-ADN bicatenario, manifestaciones cutáneas y sistémicas del lupus.

Tabla 2. Manifestaciones extraintestinales de la Enfermedad de Crohn. (9,10)

Examen físico

En el examen físico no suele revelar mayores signos específicos, lo que usualmente se encuentra son marcas cutáneas perianales, tractos sinusales y dolor abdominal a la palpación o masa abdominal palpable, en el cuadrante inferior derecho (10,11)

2.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los diagnósticos diferenciales de la enfermedad de Crohn varían según la ubicación de la lesión y el perfil evolutivo de la presentación clínica. Las siguientes patologías se deben de considerar ante un paciente con dolor abdominal, diarrea y pérdida de peso:

- Colitis infecciosa: Pacientes que presentan episodios diarreicos, se debe de realizar un coprocultivo para identificar la presencia de shigella, salmonella, campylobacter, escherichia coli, yersinia y clostridium difficile.
- Colitis ulcerosa: Al momento que se desarrollan lesiones en el colon, se debe de pensar en la colitis ulcerosa, la cual descartamos si existe una afectación del intestino delgado, mucosa rectal de apariencia normal, heces sin sangre macroscópica, enfermedad perianal y distribución focal o segmentaria de la patología en lugar de lesiones continuas.
- Colitis diverticular: Esta enfermedad se caracteriza por inflamación de la mucosa interdiverticular sin afectación de los orificios diverticulares
- Enfermedad celiaca: Este trastorno es propio del intestino delgado, que se caracteriza por inflamación de la mucosa y atrofia de las vellosidades que se producen en respuesta al gluten de los alimentos.
- Síndrome del intestino irritable: La diarrea y el dolor abdominal son comunes en este síndrome, sin embargo, los exámenes de laboratorio están dentro de los parámetros normales, a diferencia de la EC que muestra inflamación de la mucosa en la ileocolonoscopia.
- Intolerancia a la lactosa: Los síntomas comunes son la diarrea, dolor abdominal y flatulencia después de la ingestión de leche (9-12).
- Tuberculosis: puede simular una EC por ser un proceso granulomatoso (24).
- Pacientes con enfermedades ETS como la sífilis o linfogranuloma venéreo pueden presentar síntomas intestinales que suelen confundirse con una EC (24).
- Colitis por radiación, casos de vasculitis, o efectos causados por ciertos medicamentos también deben diferenciarse al estudio (25).

- Las enfermedades autoinmunes o también conocidas como del colágeno: amiloidosis, sarcoidosis, lupus, escleroderma (24).
- La apendicitis que causan síntomas muy precisos que no pueden llegar a diferenciarse por clínica, la única forma es realizar la cirugía y presenciar si existe un apéndice enferma o no, al mismo tiempo se aprovecha la cirugía para tomar muestras biopsia del ganglio linfático mesentérico y diagnosticar EC (25).
- Enfermedad de Whipple que en fase inicial se pueden confundir con una EC, posterior a esto su sintomatología cambia (25).

2.8. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) puede considerarse en pacientes con síntomas clínicos característicos, como dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, diarrea crónica intermitente, fatiga y pérdida de peso, así como anomalías en pruebas de laboratorio, como anemia, deficiencia de vitamina B12 y deficiencia de vitamina D (3,12,13)

El diagnóstico de EC se realiza mediante la identificación de hallazgos radiológicos, endoscópicos y/o histológicos que demuestran inflamación segmentaria y transmural del tracto gastrointestinal luminal en pacientes que presentan síntomas clínicos compatibles, como dolor abdominal y diarrea crónica intermitente. Las pruebas de laboratorio son útiles para evaluar la gravedad y las complicaciones de la EC, pero no son suficientes para establecer el diagnóstico por sí solas (3,12,13)

El enfoque habitual para la evaluación de la mayoría de los pacientes con sospecha de EC incluye análisis de sangre y, si corresponde, estudios de heces para aquellos con síntomas de diarrea. Los exámenes de sangre realizados en pacientes en los que se sospecha el diagnóstico comprenden:

- Un hemograma completo.
- Un perfil bioquímico sanguíneo que incluye electrolitos, función renal, pruebas hepáticas, bioquímica general y niveles de glucosa en sangre.
- Determinación de los niveles séricos de hierro, ferritina, vitamina D y vitamina B12.

- Medición de la proteína C reactiva (PCR).

Para aquellos pacientes que experimentan diarrea, se realiza un análisis de heces para detectar la presencia de patógenos entéricos. Esto incluye el envío de una muestra fecal para cultivo bacteriano, examen de huevos y parásitos, y, en aquellos con factores de riesgo como el uso reciente de antibióticos, detección de toxina de clostridium difficile (3,4,13,14).

Se establece el diagnóstico con uno o más de los siguientes criterios (24,25):

1. Úlceras aftosas típicas detectadas por examen colonoscópico.
2. Espécimen operatorio compatible con EC.
3. Enfermedad inflamatoria presente radiográficamente en intestino delgado.
4. Microgranulomas presentes en la biopsia rectal.
5. Áreas saltonas, formación de estrechez y/o úlceras profundas presentes en estudios radiológicos.

Cuando las biopsias colónicas no ayudan a establecer el diagnóstico clínico (24,25) se les clasifica en:

- **Colitis específica:** Con diagnóstico histológico preciso
- **Colitis no específica:** Existe inflamación, pero no signos específicos característicos
- **Normal:** diagnóstico no patológico

Exploración Endoscópica

La endoscopia es el método diagnóstico más efectivo para identificar las lesiones características de este trastorno, a diferencia de los otros métodos de imágenes que carecen de precisión. La ileocolonoscopia se lleva a cabo una colonoscopia que incluye la intubación del íleon terminal, junto con la toma de biopsias de la mucosa, para evaluar la posible presencia de enfermedad de Crohn ileocolónica. Los hallazgos endoscópicos pueden incluir úlceras focalizadas cercanas a áreas de mucosa aparentemente normal, así como

cambios nodulares en la mucosa que dan lugar a una apariencia similar a adoquines (13,14). Figura 1

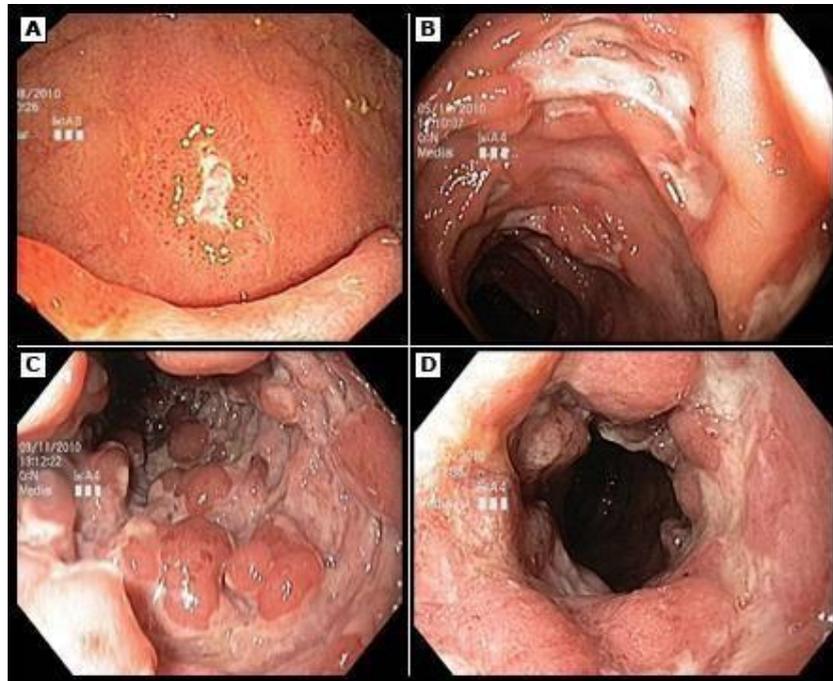


Figura 1. Hallazgos endoscópicos de la EC: úlceras aftosas, las cuales son las lesiones más tempranas observadas (imagen A); úlceras de gran tamaño que se alternan con áreas de mucosa normal, típicas de la distribución segmentaria de la enfermedad (imagen B); un aspecto de "empedrado" caracterizado por un engrosamiento nodular con úlceras lineales o serpiginosas (imagen C); y estenosis debida a la fibrosis (imagen D). (13)

2.9. PRONOSTICO

En muchos pacientes afectados por enfermedad de Crohn (EC), los síntomas se manifiestan de forma crónica e intermitente, aunque la evolución de la enfermedad puede ser diversa. Mientras que algunos pacientes pueden experimentar un curso continuo y progresivo de actividad de la enfermedad, aproximadamente el 20% de los pacientes experimentan una remisión prolongada tras el inicio inicial de los síntomas (12,14).

La inflamación crónica del intestino puede conducir a complicaciones tales como estenosis, fístulas o abscesos. Según un estudio de cohorte poblacional, se demostró que el riesgo de desarrollar complicaciones

intestinales entre pacientes con enfermedad de Crohn inflamatoria alcanzaba el 50% a los 20 años después del diagnóstico, y se observó que la afectación ileal se asociaba con un período más breve hasta la aparición de estas complicaciones (12-14)

El riesgo de necesitar cirugía es significativo para muchos pacientes con enfermedad de Crohn. A pesar de los avances en el tratamiento médico que han reducido las tasas de cirugía en pacientes con EC, esta sigue siendo necesaria en casos de obstrucción intestinal, abscesos, perforación o enfermedad que no responde a otros tratamientos. Aproximadamente el 50% de los pacientes con este trastorno enfrentan el riesgo de someterse a una cirugía de resección intestinal en un período de 10 años (12,14,15)

2.10. ABORDAJE TERAPUETICO

La evaluación inicial y el manejo del paciente con enfermedad aguda se basan en diversos factores, que incluyen la sintomatología presentada, la severidad de la enfermedad y el historial de hospitalizaciones anteriores debido a complicaciones de la enfermedad de Crohn, como obstrucción parcial recurrente del intestino delgado (10,16,17)

El propósito del tratamiento es iniciar y luego mantener la remisión. Después de alcanzar la remisión, se realiza una ileocolonoscopia dentro de un período de 6 a 12 meses (10,16,17).

Tratamiento farmacológico

Selección de la terapia de inducción:

- Al elegir la terapia de inducción para pacientes con enfermedad de Crohn de moderada a grave, se consideran diversos factores, como las preferencias del paciente, las características individuales del paciente (por ejemplo, la edad), las características específicas de la enfermedad (por ejemplo, si implica fístulas o es penetrante) y la respuesta previa del paciente a tratamientos para la enfermedad de Crohn.
- Las opciones iniciales de tratamiento incluyen el uso de un agente biológico, solo o combinado con un inmunomodulador. Por ejemplo,

aquellos que aún no han recibido terapia biológica generalmente recibirán agentes anti-TNF (como infliximab) en combinación con un inmunomodulador para prevenir la formación de anticuerpos contra el medicamento. En contraste, las terapias anti-IL 12/23 o anti-integrina se administran típicamente como monoterapia en estos casos.

- La terapia dual es preferida como tratamiento inicial para pacientes con enfermedad fistulizante (perianal o intestinal, como fístulas enterocutáneas).
- Los corticosteroides son frecuentemente empleados como la primera opción de tratamiento médico para pacientes con enfermedad de Crohn de moderada a grave, cuando se necesita un alivio rápido de los síntomas (16-18)

Selección de terapia de mantenimiento:

- Para aquellos pacientes que logran la remisión clínica, endoscópica e histológica después del tratamiento inicial con una combinación de terapias (por ejemplo, un agente anti-TNF junto con un inmunomodulador) o con una monoterapia anti-TNF, se continúa con un régimen de tratamiento anti-TNF a largo plazo.
- No está claro cuál es la duración óptima del tratamiento con inmunomoduladores para los pacientes que han alcanzado la remisión con combinación de terapias. Por lo tanto, la decisión de suspender el uso de inmunomoduladores se toma de manera individualizada y se basa en la gravedad de la enfermedad, la respuesta previa del paciente a otros tratamientos, y los riesgos asociados con los inmunomoduladores. Por ejemplo, generalmente se prefiere continuar con la terapia combinada a largo plazo (más de 24 meses) en pacientes con enfermedad grave (por ejemplo, fístulas perianales) o aquellos con antecedentes de falta de respuesta a al menos un agente biológico (16-18)

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento farmacológico es el pilar fundamental en la enfermedad de Crohn. No obstante, al menos la mitad de los pacientes con esta enfermedad pueden anticipar la necesidad de someterse a al menos un procedimiento quirúrgico debido a complicaciones o síntomas que no responden a los tratamientos médicos. La mayor parte de los pacientes que necesitan cirugía para tratar la enfermedad de Crohn son jóvenes, los que llegan en estado agudo (con sepsis o perforación) pueden estar gravemente enfermos, mientras que los con síntomas crónicos (con estenosis) pueden presentar desnutrición (9,15,16).

Los procedimientos quirúrgicos habituales empleados en el tratamiento de la enfermedad de Crohn que afecta el intestino delgado, el colon y el recto son la resección intestinal, la estenosisplastia y la dilatación endoscópica con balón. La selección de los procedimientos quirúrgicos se determina según la necesidad de intervención quirúrgica y la ubicación específica de la enfermedad (en el intestino delgado o en el colon y recto) (15,16).

En cuanto a las enfermedades penetrantes, alrededor del 4 al 23% de los pacientes con enfermedad de Crohn presentan un fenotipo penetrante, que se caracteriza por la presencia de perforación, absceso o formación de fístulas (16,17)

A continuación, se detallan las principales causas de intervención quirúrgica en la EC:

- Perforación: cuando se produce una perforación intestinal se requiere cirugía de emergencia para controlar la sepsis o la peritonitis resultante. Entre el 1 y el 16 % de los pacientes operados por la enfermedad de Crohn, la perforación intestinal es la causa principal de la intervención.
- Absceso: Los pacientes que desarrollan un absceso intraabdominal deben recibir tratamiento con antibióticos.
- Fístula: La inflamación intestinal transmural puede dar lugar al desarrollo de trayectos sinusales, los cuales pueden penetrar la serosa y formar fístulas. Alrededor del 15% de los pacientes con desarrollan fístulas entéricas.

- Estenosis: El proceso inflamatorio transmural característico de la enfermedad de Crohn a menudo conduce a la formación de estenosis fibróticas, que pueden causar obstrucción intestinal. Aunque el fenotipo estenosante se observa en solo entre el 5 y el 24% de los pacientes.
- Estenosis del intestino delgado: Las estenosis en el intestino delgado pueden tratarse con dilatación endoscópica, estenosisplastia o resección quirúrgica. La elección del tratamiento depende de factores como la longitud y la complejidad de la estenosis, así como de la reserva intestinal del paciente.
- Estenosis colorrectal: Las estenosis en el colon ocurren en aproximadamente entre el 9 y el 13% de los pacientes. Por lo general, se localizan en un solo sitio y pueden estar asociadas con displasia o cáncer en entre el 2 y el 6% de los casos (15-18).

TIPOS DE CIRUGIA RESECTIVA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

- **Resección ileocecal:**
La resección ileocecal es una de las operaciones más comunes realizadas en pacientes con enfermedad de Crohn porque el íleon terminal es un sitio común de inflamación. Esta cirugía implica extirpar el último segmento del intestino delgado (el íleon) y la válvula ileocecal que conecta el intestino delgado con el intestino grueso (26).
- **Colectomía segmentaria:**
La colectomía segmentaria es una cirugía para extirpar sólo la parte del colon afectada por la enfermedad de Crohn. Esta cirugía se realiza cuando la inflamación se limita a una determinada parte del colon y no afecta a todo el colon, ayudando a preservar el resto del colon (26).
- **Proctocolectomía:**
En este procedimiento quirúrgico se extirpa el colon y el recto dejando el extremo inferior del intestino delgado. Este tratamiento se administra cuando la enfermedad de Crohn está muy avanzada y causa afección en gran parte de los intestinos. Esta cirugía alivia los síntomas en casos de mayor gravedad cuando algún otro método quirúrgico no ha dado buenos resultados (26).

2.11. COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

La intervención quirúrgica no constituye una cura para la enfermedad de Crohn (EC). Aunque se suele lograr la remisión clínica tras la cirugía, la mayoría de los pacientes experimentan recaídas. La recurrencia de la enfermedad puede ser evidente con hallazgos histológicos o endoscópicos, y con síntomas clínicos. Por consiguiente, muchos pacientes necesitarán someterse a cirugías adicionales en el futuro (17,18,19)

Las complicaciones postquirúrgicas se pueden dividir en inmediatas o tardías, su prevalencia va a variar según el tipo de cirugía que se haya realizado, el estado en el que se encuentra el paciente y si presenta o no comorbilidades.

Las complicaciones postquirúrgicas tras la cirugía resectiva en la enfermedad de Crohn pueden abarcar una variedad de problemas que afectan tanto el sitio de la resección como otras áreas del tracto gastrointestinal. En el sitio de la resección, pueden surgir complicaciones como dehiscencia de la anastomosis, que es la separación de los bordes de los tejidos unidos durante la cirugía, lo que puede llevar a fugas de contenido intestinal o abscesos. Además, pueden ocurrir estenosis en la anastomosis, estrechamientos del intestino por la formación de tejido cicatricial, lo que puede causar obstrucción intestinal y requerir procedimientos adicionales para corregirlo (18,19)

Por otro lado, fuera del sitio de la resección, las complicaciones postquirúrgicas pueden incluir la formación de fístulas, que son conexiones anormales entre dos órganos o entre un órgano y la piel, y pueden desarrollarse como resultado de la inflamación persistente de la enfermedad de Crohn. Además, pueden surgir complicaciones como abscesos intraabdominales, infecciones del sitio quirúrgico y recurrencia de la enfermedad de Crohn en otras áreas del tracto gastrointestinal que no fueron resecadas durante la cirugía inicial. Estas complicaciones postquirúrgicas pueden tener un impacto significativo en la recuperación del paciente y pueden requerir intervenciones adicionales, como procedimientos quirúrgicos adicionales o ingreso inmediato a la unidad de cuidados intensivos (18-20).

CAPITULO III

3. METODOLOGIA Y ANALISIS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

Este estudio es de naturaleza descriptiva, transversal, retrospectiva y observacional. Debido a que no hubo intervención alguna por parte de los investigadores, se clasifica como observacional. Dado a que los datos se recolectaron en un momento temporal anterior, se considera retrospectivo. Las variables se midieron una sola vez durante el periodo de la investigación, lo que lo define como un estudio de tipo transversal.

3.2. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LOS DATOS.

Por medio de oficio al departamento de estadística del General del Norte IEES Ceibos, se nos entregó la base de datos de los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Crohn. Se revisaron las historias clínicas de cada paciente y se ordenó la información en una base de datos según las variables dependientes e independientes establecidas.

3.3. MANEJO ESTADISTICO DE LOS DATOS

Los datos fueron almacenados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel y posteriormente se analizaron con el software estadístico SPSS 26. Se realizó análisis estadístico descriptivo de acuerdo con los objetivos. Las variables categóricas se gestionaron mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas se analizaron utilizando medidas de tendencia central como la media y la desviación estándar.

3.4. POBLACION Y MUESTRA

3.4.1. POBLACIÓN

La población obtenida fue de pacientes con los diagnósticos CIE-10 de: K500, K501, K508 y K509, atendidos en el Hospital General del Norte IEES Ceibos del 2021 al 2023. Se identificó un total de 87 pacientes, de los cuales se

utilizaron los criterios de inclusión y exclusión para la población final dentro del estudio.

3.4.2. MUESTRA

No hubo técnicas de muestreo probabilístico debido a que se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, delimitando el estudio a 68 pacientes.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.5.1. Criterios de inclusión

1. Pacientes entre 18 a 40 años
2. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad de Crohn
3. Pacientes sometidos a cirugía resectiva por la enfermedad de base.
4. Pacientes atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos

3.5.2. Criterios de exclusión

1. Pacientes con historias clínicas incompletas
2. Pacientes con diagnóstico de colitis ulcerosa u otra enfermedad funcional.
3. Pacientes con enfermedad de Crohn con una indicación quirúrgica distinta a la cirugía resectiva.

3.7. OPERALIZACION DE VARIABLES

Tabla 3 Operalización de las variables

VARIABLES	INDICADOR	TIPO	RESULTADO FINAL
Edad	Años	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Sexo biológico	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino/Femenino

Antecedentes patológicos personales	Comorbilidades	Cualitativa nominal	Diabetes, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad renal, etc
Patron clínico	Fenotipo clínico según su presentación	Cualitativa nominal	Inflamatorio Estenosante Fistulizante con compromiso anal asociado.
Complicaciones post quirurgicas	Complicaciones post quirurgicas	Cualitativa nominal	Dehiscencia de sutura Infecciones Absceso Fistulas Perforacion Hemorragia Obstrucción
Mortalidad	Muerte	Categórica nominal dicotómica	Si / No

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

El estudio incluyó un total de 68 pacientes que cumplían los criterios de inclusión atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2021 al 2023. Las complicaciones postquirúrgicas de los pacientes sometidos a cirugía resectiva por enfermedad de Crohn se muestran en la tabla 4.

Tabla 4 Complicaciones postquirúrgicas de los pacientes sometidos a cirugía resectiva por enfermedad de Crohn.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Infección del sitio quirúrgico	14	20,58
Colecciones intraabdominales	23	33,8%
Íleo mecánico	4	5,9%
Oclusión intestinal	3	4,4%
Íleo adinámico	7	10,3%
Hemorragia digestiva	6	8,9%
Dehiscencias	51	75%
Fistula	31	45,6%

Fuente: Hospital del Norte IESS Ceibos.

En la tabla 4 se muestra que las dehiscencias en un 75% (51) es la complicación más frecuente en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que han sido sometidos cirugía. Además. La formación de fistulas se presenta como la segunda complicación más común, afectando al 45,6% (31) de los pacientes.

Tabla 5 Características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
18 a 25 años	36	52,9%
26 a 35 años	18	26,5%
36 a 40 años	14	20,6%
Sexo		
Femenino	32	47,1%
Masculino	36	52,9%
Antecedentes patológicos		
Hipertensión arterial	14	20,6%
Diabetes mellitus	6	8,8%
Anemia	16	23,5%
Enfermedad renal crónica	2	2,9%
Lupus eritematoso sistémico	2	2,9%

Fuente: Hospital del Norte IESS Ceibos.

En la tabla 5, se observa los datos de distribución de los pacientes con enfermedad de Crohn según el grupo etario, sexo y los antecedentes patológicos personales. El 52,9% de los pacientes pertenecían al rango de edad entre los 26 a 35 años, el 52,9% eran hombres. En relación con los antecedentes patológicos personales, el 20,6% de los casos eran hipertensos, seguido de anemia en el 23,5%.

Tabla 6 Patrones clínicos de la enfermedad de Crohn en pacientes sometidos a cirugía resectiva.

Patrones	Frecuencia	Porcentaje
Inflamatorio	22	32,4%
Estenosante	32	47,1%
Fistulizante con compromiso anal	14	20,6%

Fuente: Hospital del Norte IESS Ceibos.

En la tabla 6 se describe los patrones clínicos de la enfermedad de Crohn, cuyo comportamiento estenosante fue el más frecuente en el 47,1% (32) de los pacientes, seguida del patrón inflamatorio en el 32,4% (22).

Tabla 7 Localizaciones más frecuentes de la enfermedad de Crohn en pacientes sometidos a cirugía resectiva.

Localizaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ileal	12	17,6%
Colónica	15	22,1%
Ileocolónica	27	39,7%
Esofágica	1	1,5%
Gastroduodenal	4	5,9%
Perianal	9	13,2%

Fuente: Hospital del Norte IESS Ceibos.

En la tabla 7 se detallan las localizaciones más frecuentes de la enfermedad de Crohn en pacientes sometidos a cirugía resectiva. La localización más común fue la ileocolónica, que se presentó en el 39,8% de los casos.

Tabla 8 Mortalidad de los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva.

Mortalidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	8,8%
No	62	91,2%

Fuente: Hospital del Norte IESS Ceibos.

En la tabla 8 se detalla la mortalidad de los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva y que presentaron complicaciones, fue del 8,8%.

4.2. DISCUSION

El presente estudio tuvo como objetivo identificar las complicaciones postquirúrgicas de la cirugía resectiva de los pacientes con enfermedad de Crohn. Estas complicaciones estuvieron presentes en el 92,6% de los casos y la dehiscencia fue la más común en el 75% de los pacientes. Este hallazgo es similar a lo descrito por Juan Eloy P et al (27), en su estudio con 41 pacientes con enfermedad de Crohn en Perú, en el que posterior a la intervención quirúrgica, el 35,3% tuvieron dehiscencias como la complicación más común. El estudio de Iglesias et al (28), reporta en su estudio con 22 pacientes intervenidos, cuya principal complicación a mediano plazo fue la filtración de la sutura y las dehiscencias, lo que concuerda con nuestros resultados.

En cuanto al grupo etario, la mayoría de los pacientes se encontraba en el rango de 18 a 25 años, representando el 52,9% del total de la población, y el 52,9% eran hombres. Este hallazgo contrasta con el estudio de Juan Eloy PM et al. (27), donde el rango de edad era de 40 a 50 años, con una predominancia del sexo masculino del 64,7%. Por otro lado, el estudio de Szántó K et al. (29) mostró resultados similares a los nuestros, con una edad promedio de $26,6 \pm 11,3$ años, aunque en su caso predominaba el sexo femenino. Además, el trabajo de Iglesias et al. (28), también evidenció una predominancia del sexo masculino, con un 57,1%.

En nuestros pacientes, la localización más frecuente de las lesiones de la enfermedad de Crohn fue la ileocolónica, presente en el 39,7% de los casos. Este hallazgo es consistente con el estudio de Szántó K et al. (29), que también identificó a las localizaciones ileocolónica y colónica como las más comunes. Esto está en concordancia con lo descrito en la literatura, que señala un mayor número de complicaciones prequirúrgicas en este tipo de afectación. Como resultado, a diferencia de otras localizaciones, estas lesiones suelen requerir cirugía resectiva en múltiples ocasiones (12,14). En cuanto al patrón de comportamiento de la enfermedad en nuestros pacientes, el 47,1% presentó un patrón estenosante. Esto contrasta con los resultados de Szántó K et al. (29), que reportaron una mayor prevalencia de patrones no estenosantes y no penetrantes.

En nuestro estudio, la tasa de mortalidad fue del 8,8%, lo que representa la pérdida de 6 pacientes, cifra que es el doble de la reportada por Juan Eloy et al. (27), quienes documentaron 3 muertes (4,6%). Las complicaciones postquirúrgicas, aunque asociadas con un elevado costo en términos de morbilidad y deterioro de la calidad de vida, no suelen exceder el 15% en cuanto a mortalidad, según sugieren diversos estudios (3,18).

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el diseño retrospectivo impidió realizar un seguimiento continuo de los pacientes y determinar con precisión los factores de riesgo asociados con las complicaciones observadas. Además, el tamaño reducido de la muestra puede limitar la capacidad de generalizar nuestros resultados a una población más amplia.

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. Las dehiscencias son la complicación postquirúrgica más frecuente en los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva.
2. El sexo masculino y el rango de edad entre los 18 a 25 años fueron las características demográficas predominantes, que se relacionan con los factores de riesgo descritos para la aparición de indicaciones quirúrgicas.
3. La localización ileocolonia fue la más común en nuestros pacientes, resaltando la relación de la gravedad de la presentación de las complicaciones.

5.2. RECOMENDACIONES

1. Es crucial realizar estudios multicéntricos que incluyan un mayor número de pacientes para obtener resultados más robustos y aplicables a nuestra población.
2. Los protocolos pre y postoperatorios deben ser desarrollados considerando los factores de riesgo y las complicaciones más comunes asociadas con las cirugías resectivas en pacientes con enfermedad de Crohn, debido a las altas tasas de recidiva.
3. Es esencial seguir un protocolo quirúrgico estandarizado para la cirugía resectiva, que abarque una evaluación integral preoperatoria, una técnica quirúrgica rigurosa y una gestión postoperatoria minuciosa. En el contexto de IESS Los Ceibos, es fundamental revisar y actualizar los protocolos actuales para abordar las causas subyacentes de las complicaciones frecuentes. La implementación de prácticas basadas en evidencia y protocolos específicos puede ayudar a reducir las complicaciones asociadas con las cirugías resectivas y mejorar los resultados a largo plazo para los pacientes

Referencias

1. Seoane Vigo M, Pérez Grobas J, Berdeal Díaz M, Carral Freire M, Bouzón Alejandro A, Gómez Dovigo A, et al. Factores que afectan a la recurrencia postoperatoria de la enfermedad de Crohn. Nuevas controversias a través de la experiencia de un centro. *Cir Esp.* el 1 de mayo de 2011;89(5):290–9.
2. Figueroa C. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes.* el 1 de julio de 2019;30(4):257–61.
3. Garcés ASM, Vélez VER, Bedoya SED, Zamora DA, Ubidia JHC. Calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal atendidos en tres hospitales del Seguro Social en Ecuador (Quito, Guayaquil y Cuenca). *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito).* el 1 de diciembre de 2018;43(2):101–5.
4. Ballester Ferré MP, Boscá-Watts MM, Mínguez Pérez M. Enfermedad de Crohn. *Medicina Clínica.* el 13 de julio de 2018;151(1):26–33.
5. Gompertz M, Sedano R. Manifestaciones clínicas y endoscópicas en enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes.* el 1 de julio de 2019;30(4):273–82.
6. Bonilla ES, Álvarez ÓFW, Cai MF. Enfermedad de Crohn: un enfoque integral en su patogenia, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Sinergia.* el 1 de agosto de 2023;8(8):e1092–e1092.
7. Duan Y, Liu Y, Li Y. Previous Intestinal Resection Is Associated with Postoperative Complications in Crohn's Disease: A Cohort Study. *Gastroenterol Res Pract.* el 15 de septiembre de 2020;2020:2194382.
8. Reindl W, Thomann AK, Galata C, Kienle P. Reducing Perioperative Risks of Surgery in Crohn's Disease. *Visceral Medicine.* el 12 de noviembre de 2019;35(6):348–54.
9. Torres, J., Mehandru, S., Colombel, J. F., & Peyrin-Biroulet, L. (2017). Crohn's disease. *The Lancet*, 389(10080), 1741-1755.
10. Fumery, M., Seksik, P., Auzolle, C., Muñoz-Bongrand, N., Gornet, J. M., Boschetti, G., ... & Roblin, X. (2016). Postoperative complications after ileocecal resection in Crohn's disease: a prospective study from the REMIND group. *The American Journal of Gastroenterology*, 111(9), 1447-1454.

11. Colombel, J. F., Panaccione, R., Bossuyt, P., & Lukas, M. (2017). Adalimumab and Infliximab Reduces the Risk of Surgery in Patients with Crohn's Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 23(3), 446-453.
12. Kotze, P. G., & Yamamoto, T. (2019). Ileocolonic resection techniques in Crohn's disease: an evidence-based approach. *World Journal of Gastroenterology*, 25(22), 2709-2723.
13. Moon, C. M., Shin, S. S., Park, J. J., Cheon, J. H., & Kim, T. I. (2017). Predictive factors for clinical recurrence of Crohn's disease after intestinal resection in Korean patients. *Digestive Diseases and Sciences*, 62(7), 1809-1817.
14. De Cruz, P., Kamm, M. A., Hamilton, A. L., Ritchie, K. J., Krejany, E. O., & Gorelik, A. (2015). Crohn's disease management after intestinal resection: a randomised trial. *The Lancet*, 385(9976), 1406-1417.
15. Harris, J. K., Fang, S., & Mooney, J. (2016). Ileocolic anastomosis leak rate is reduced after laparoscopic surgery for Crohn's disease compared with open surgery: a systematic review and meta-analysis. *Colorectal Disease*, 18(11), 1070-1076.
16. Doherty, G. A., Murray, F. E., & O'connor, A. I. (2019). Quality of life after laparoscopic ileocecal resection for Crohn's disease. *Colorectal Disease*, 21(4), 467-474.
17. Buchs, N. C., Ris, F., Chilcott, M., Scheiwiller, A., & Buehler, L. H. (2016). A multidisciplinary team-based approach improves early intervention in the treatment of Crohn's disease-associated intra-abdominal abscess. *Journal of Crohn's and Colitis*, 10(6), 623-629.
18. Lee, S. H., Lee, J. M., Park, J. S., Park, S. J., Cheon, J. H., Kim, T. I., & Kim, W. H. (2018). Infliximab is associated with an increased risk of postoperative complications after surgery for Crohn's disease. *The American Journal of Gastroenterology*, 113(5), 685-695.
19. Teixeira, F., Castro, L., Maia, L., & Magro, F. (2017). Laparoscopic versus open surgery for Crohn's disease: a retrospective analysis of 281 cases. *Endoscopy International Open*, 5(09), E814-E821.
20. Ellul, P., Lyons, M., Upton, A., & Gore, R. (2020). Surgery for Crohn's Disease. *Frontline Gastroenterology*, 11(1), 48-52.

21. García-Trevijano ER, Requena-Pérez S, González-González JM. Factores genéticos asociados con la enfermedad de Crohn. *Revista de Investigaciones Universidad de La Laguna*. [Internet]. 2023 [citado 2024 Jul 30]. Available from: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20461/Factores%20geneticos%20asociados%20con%20la%20enfermedad%20de%20Crohn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Sartor RB, Wu GD. Roles for intestinal bacteria, viruses, and fungi in pathogenesis of inflammatory bowel diseases and therapeutic approaches. *Gastroenterology*. 2017 Feb;152(2):327-339.e4. doi: 10.1053/j.gastro.2016.10.012. Epub 2016 Oct 18. PMID: 27769810; PMCID: PMC5511756.
23. Li QQ, Zhang HH, Dai SX. New insights and advances in pathogenesis and treatment of very early onset inflammatory bowel disease. *Front Pediatr*. 2022 Mar 1;10:714054. doi: 10.3389/fped.2022.714054. Erratum in: *Front Pediatr*. 2022 May 12;10:894682. doi: 10.3389/fped.2022.894682. PMID: 35299671; PMCID: PMC8921506.
24. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018 Apr;113(4):481-517. doi: 10.1038/ajg.2018.27. Epub 2018 Mar 27. Erratum in: *Am J Gastroenterol*. 2018 Jul;113(7):1101
25. Veauthier B, Hornecker JR. Crohn's disease: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2018;98(11):661-669
26. Meima-van Praag EM, Buskens CJ, Hompes R, Bemelman WA. Surgical management of Crohn's disease: a state of the art review. *Int J Colorectal Dis*. 2021 Jun;36(6):1133-1145. doi: 10.1007/s00384-021-03857-2. Epub 2021 Feb 2. PMID: 33528750; PMCID: PMC8119249.
27. JE PM, SI JP, HT VM, Sandoval A, IB GC, JL FL. Medical and surgical management of moderate-to-severe inflammatory bowel disease. *Rev Gastroenterol Peru*. 2021;41(2):79-85.
28. Iglesias A, Martín CS, Olivares C, Álvarez M, Zúñiga Á, Bellolio F. Resultados quirúrgicos a corto y mediano plazo por enfermedad de Crohn ileocecal. *Rev Méd Chile*. 2022;150(10):1310-6

29. Szántó K, Nyári T, Bálint A, Bor R, Milassin Á, Rutka M, Fábián A, Szepes Z, Nagy F, Molnár T, Farkas K. Biological therapy and surgery rates in inflammatory bowel diseases - Data analysis of almost 1000 patients from a Hungarian tertiary IBD center. PLoS One. 2018 Jul 30;13(7):e0200824. doi: 10.1371/journal.pone.0200824

ANEXOS

Figura 1. Distribución del sexo de los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva.

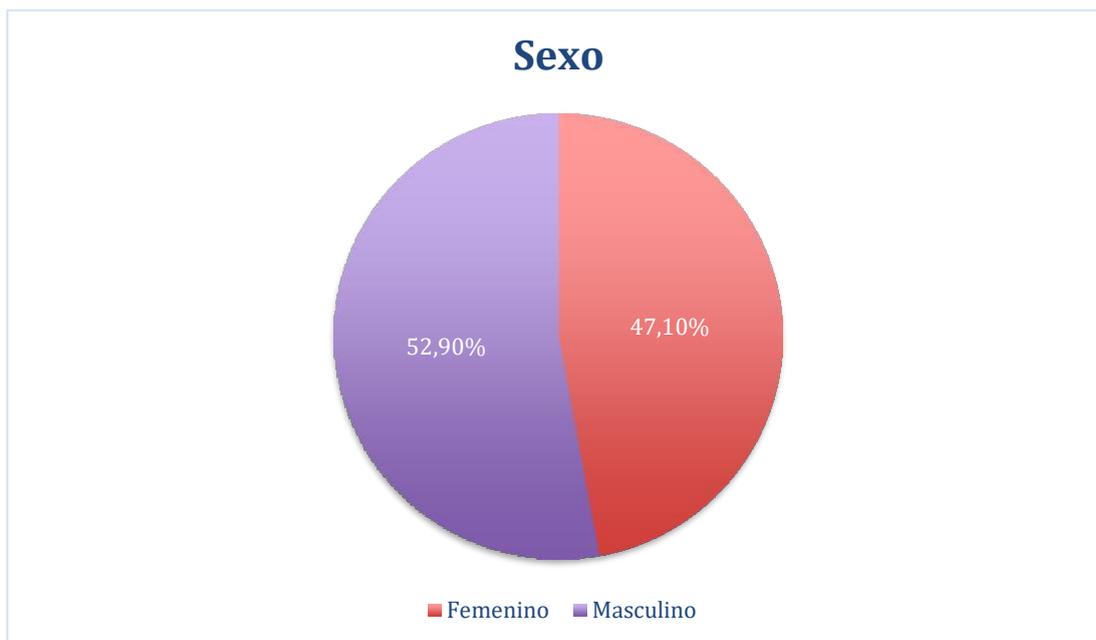


Figura 2. Distribución del rango de edad de los pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva.

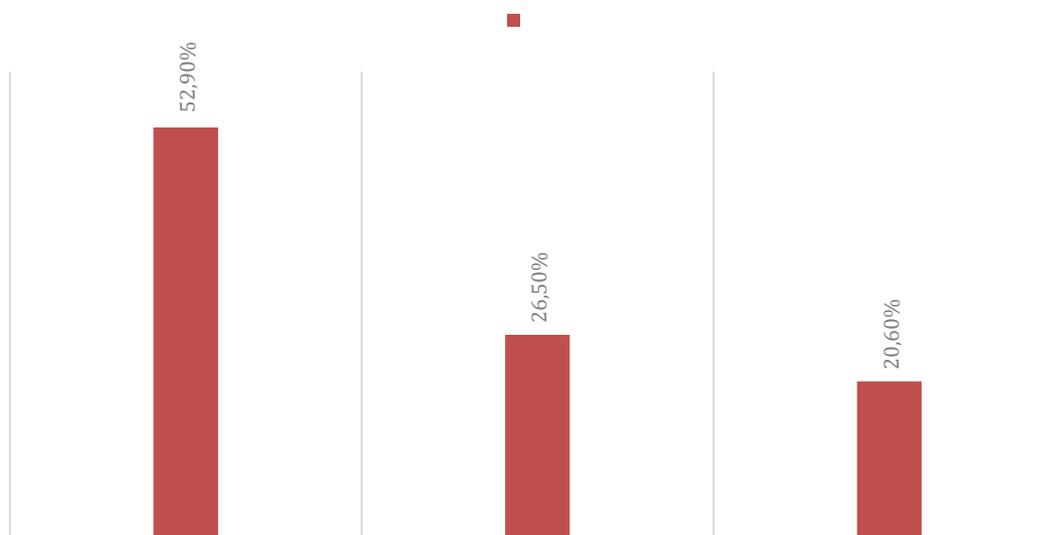
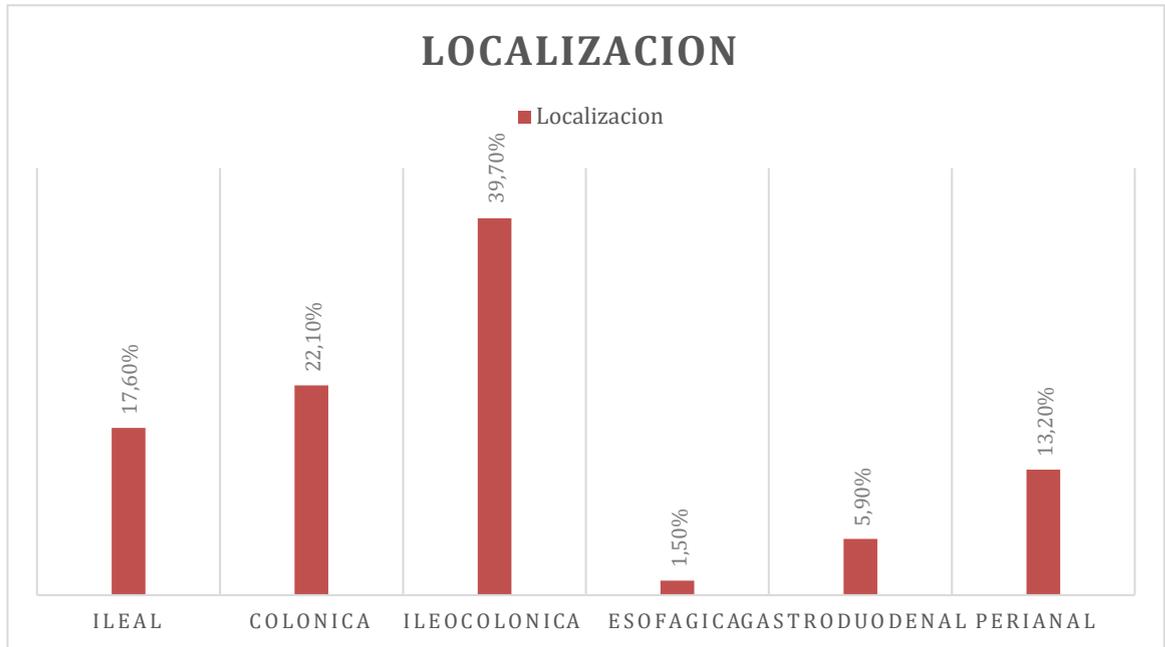


Figura 3. Distribucion de las localizaciones más frecuentes de la enfermedad de Crohn de los pacientes sometidos a cirugía resectiva.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Benítes Ponce, Doménica Salomé**, con C.C # **0803229616**, **Burgos Ubilla, Cristina Belén**, con C.C: # **0923991269** autores del trabajo de titulación: **Complicaciones postquirúrgicas de cirugía resectiva en pacientes con Enfermedad de Crohn de 18 a 40 años del Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023**, previo a la obtención del título de **MEDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de octubre de 2024

LOS AUTORES



Firmado electrónicamente por:
**DOMENICA SALOME
BENITES PONCE**



Firmado electrónicamente por:
**CRISTINA BELEN
BURGOS UBILLA**

Benítes Ponce, Doménica Salomé
C.C: **0803229616**

Burgos Ubilla, Cristina Belén
C.C: **0923991269**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TEMA Y SUBTEMA:	Complicaciones postquirúrgicas de cirugía resectiva en pacientes con Enfermedad de Crohn de 18 a 40 años del Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023.		
AUTOR(ES)	Benítez Ponce, Doménica Salomé Burgos Ubilla, Cristina Belén		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Pezo Barreto, Gustavo Javier		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04 de octubre de 2024	No. DE PAGINAS:	37
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud digestiva, Medicina interna, Epidemiología, complicaciones postquirúrgicas		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	enfermedad de Crohn, cirugía resectiva, complicaciones postquirúrgicas, enfermedad inflamatoria intestinal, epidemiología		
RESUMEN/ABSTRACT	<p>Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una patología crónica e inmunomediada que afecta el tracto gastrointestinal con periodos alternantes de remisión y crisis. Este estudio se centra en la Enfermedad de Crohn (EC), que provoca lesiones transmurales en cualquier segmento del aparato digestivo y requiere múltiples cirugías resectivas a lo largo del tiempo. A pesar de los avances en el tratamiento farmacológico, los pacientes con EC enfrentan riesgos quirúrgicos significativos como fugas anastomóticas, formación de fístulas, obstrucción intestinal, hemorragias e infecciones. El objetivo del estudio es identificar las complicaciones postquirúrgicas de la cirugía resectiva en pacientes de 18 a 40 años del Hospital General del Norte IESS Ceibos entre 2021 y 2023. Metodología: Este estudio descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional revisó historias clínicas de pacientes sometidos a cirugía resectiva por enfermedad de Crohn. Resultados: Se incluyó a 68 pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva en el Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el periodo mencionado. Las complicaciones más frecuentes fueron dehiscencias (75%) y formación de fístulas (45,6%). La mayoría de los pacientes tenían entre 26 y 35 años y el 52,9% eran hombres. Los patrones clínicos predominantes fueron estenosante (47,1%) e inflamatorio (32,4%). La localización más común fue ileocolónica (39,7%) y la mortalidad fue del 8,8%. Conclusión: Las dehiscencias son la complicación postquirúrgica más frecuente en pacientes con enfermedad de Crohn sometidos a cirugía resectiva. El sexo masculino y el rango de edad de 18 a 25 años son características demográficas predominantes, con una alta incidencia de localización ileocolónica asociada con la gravedad de las complicaciones.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-997093872 +593-980765827	E-mail: domenica.benites@cu.ucsg.edu.ec cristina.burgos01@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Diego Antonio Vásquez Cedeño		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			