



Gastroenterología y Hepatología



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

49 - COLITIS NO CLASIFICADA Y COLITIS ULCEROSA: ¿DIFERENTES EVOLUCIONES? ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES MULTICÉNTRICO (REGISTRO ENEIDA)

M. González Vivó^{1,2}, M. Urpí Ferreruela¹, B. Castro Senosiain³, I. Pérez-Martínez⁴, J. Barrio⁵, L. Codesido Prado⁶, B. Caballol Oliva^{7,8}, V. Pedrera Roman⁹, M. Piqueras Cano¹⁰, F. Rodríguez Moranta¹¹, M.J. Casanova González^{8,12}, L. Ramos¹³, M. Iborra^{8,14}, C. Tardillo Marin¹⁵, M. Porto Silva¹⁶, R.H. Lorente Poyatos¹⁷, B. Orts Jorquera¹⁸, L. Bujanda Fernández^{8,19}, Y. Zabana^{8,20}, A. López-García^{1,2}, S. Riestra⁴, P. Vega-Villaamil⁶, M. Montoro⁹, J.P. Gisbert^{8,12}, P. Nos^{8,14}, G.E. Rodríguez González¹⁵, M. Barreiro-de Acosta¹⁶, A. Gutiérrez-Casbas¹⁸, E. Domènech^{8,21} y L. Márquez^{1,2}

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona. ²Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), Barcelona. ³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ⁴Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias e Instituto de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo. ⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ⁶Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ⁷Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínic de Barcelona. ⁸Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). ⁹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ¹⁰Servicio de Aparato Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa. ¹¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. ¹²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa e Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Madrid. ¹³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. ¹⁴Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ¹⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ¹⁶Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ¹⁷Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real. ¹⁸Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante. ¹⁹Servicio de Aparato Digestivo, Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. ²⁰Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Mutua de Terrassa. ²¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

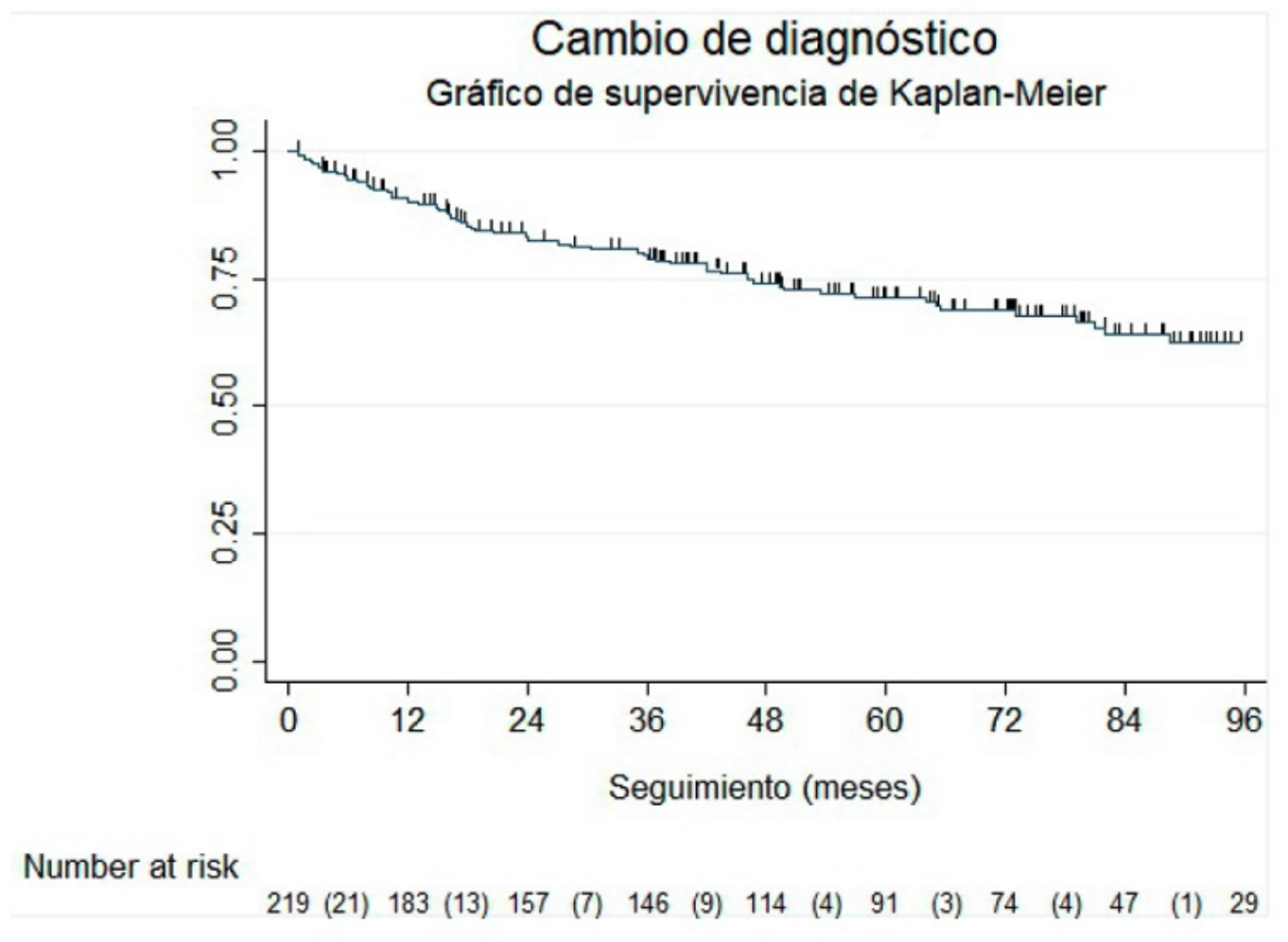
Resumen

Introducción: En algunos casos los pacientes con EII no cumplen criterios de colitis ulcerosa (CU) o de enfermedad de Crohn (EC) y se etiquetan como colitis no clasificada (CNC). Los objetivos de este estudio fueron comparar los requerimientos terapéuticos en pacientes con CNC y CU e identificar factores predictivos de reclasificación.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de casos y controles, multicéntrico (18 centros), a partir del registro ENEIDA. Cada caso de CNC se apareó con 2 casos de CU según sexo, edad al diagnóstico y extensión (colitis parcheadas apareadas con una colitis extensa y una colitis izquierda).

Resultados: Se incluyeron 231 CNC y 469 CU; 15 pacientes con CNC cumplían criterios de colitis indeterminada (CI). En el grupo CNC: 59,7% varones; edad media al diagnóstico 43,3 años; 14 proctitis, 59 colitis izquierdas, 87 colitis extensas y 53 colitis parcheadas; 13,9% sin afectación rectal; 31,9% con ileítis; 13% fumadores al diagnóstico; 5,6% con enfermedad perianal; 15,9% con

manifestaciones extraintestinales. No se identificaron diferencias significativas en proporción de pacientes con CNC y CU que precisaron inmunosupresores (35,7 vs. 37,7%, $p = 0,558$) y tratamiento biológico (27,3 vs. 24,3%, $p = 0,415$). Se objetivaron mayores tasas de cirugía por enfermedad refractaria en CU, pero sin alcanzar significación estadística (2,6 vs. 0,5%, $p = 0,062$). Las tasas de mortalidad global fueron similares (5,1% en CNC vs. 2,6% en CU). Durante el seguimiento, 67 pacientes con CNC (31%) fueron reclasificados (32 CU, 34 EC, 1 CI); el 25% en los primeros 46 meses. Ninguna variable clínica, bioquímica (proteína C reactiva, albúmina, hemoglobina) o endoscópica (referente a extensión) se asoció al cambio de diagnóstico.



Conclusiones: No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los requerimientos terapéuticos y necesidad de cirugía entre CNC y CU. Dos tercios de los pacientes mantuvieron el diagnóstico de CNC durante el seguimiento.