



59 - PAPEL DE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL EN COLITIS ULCEROSA GRAVE: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

J. Rueda Sánchez¹, C.J. Suárez Ferrer², J. Poza Cordon², S. Cámara Baena³, A. Keco Huerga¹, J. García de la Borbolla Serres¹, E. Martín Arranz², M. Sánchez Azofra², J.L. Rueda Garcia², L. García Ramírez², J. Noci Belda², T. Verges Martínez-Meco² y M.D. Martín Arranz²

¹UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. ²Unidad EII, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autónoma de Madrid. ³UGC Aparato Digestivo, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos.

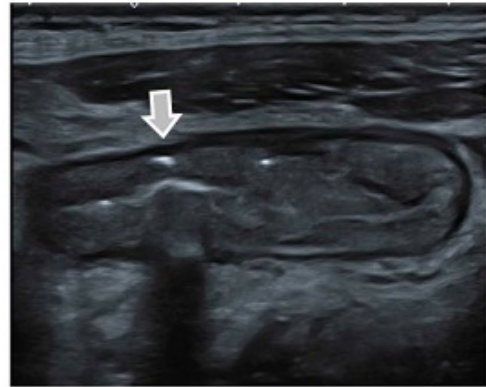
Resumen

Introducción: La ecografía intestinal (EI), aplicada a la enfermedad de Crohn (EC) demuestra correlación con TAC/RMN y con endoscopia en diagnóstico y seguimiento de la EC. Sin embargo, la evidencia sobre EI en colitis ulcerosa (CU) es aun escasa. El objetivo del estudio fue evaluar sobre práctica real el papel de la EI en pacientes con brote grave de CU.

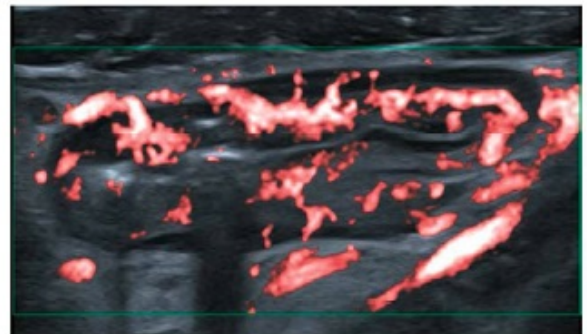
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Incluidos adultos con CU, hospitalizados por brote grave, definido por un índice Truelove-Witts (TW) 15 o mayor, y un Simple Activity Index (SAI) 4 o mayor. Se evaluó respuesta clínica y bioquímica (PCR, CPF) al ingreso, uso de biológico o corticoides (CS), parámetros ecográficos (grosor mural, hiperemia parietal, úlceras), índices ecográficos (SUS-CD, Simple US Score, IBUS-SAS) y endoscópicos (UCEIS), sobre una exploración basal. Se realizó análisis estadístico con análisis multivariante, coeficientes de Pearson y Spearman.

Resultados: Incluidos 24 pacientes, 29,17% con pancolitis, 29% con tratamiento biológico previo, con un SAI medio de 6,16 y un TW medio de 17,25 (CPF media de 3.653). Ecográficamente, el grosor mural medio fue 5,65 mm, con un 83,33% de pacientes con hiperemia grado 3 de Limberg, y un 58,24% con úlceras murales. La media de índices ecográficos fue un SUS-CD 8,65, un Simple US Score 8, y un IBUS-SAS 57. La EI demuestra efectividad para delimitar extensión de la CU. Un 79% de pacientes presentaban extensión desconocida al diagnóstico; la EI describe extensión completa en todos los pacientes. Estadísticamente, destaca la significación entre Simple US Score y respuesta a CS (Respondedores a CS presentaron un Simple US Score 2,5 puntos inferior a no-respondedores, $p = 0,03$).

N = 24	
Edad (Mediana, RIC)	39 (29-51)
Sexo (M/F); n, %	12(50%) /12(50%)
Edad al ingreso; n, %	
- 17-40 años	12 (50%)
- >40 años	12 (50%)
Extensión de la enfermedad; n, %	
- Proctitis	1 (4.17%)
- Colitis izquierda	16 (66.67%)
- Pancolitis	7 (29.17%)
Resección intestinal previa; n, %	1 (4.17%)
Actividad clínica de la enfermedad	
- Índice Truelove-Witts modificado; mediana, RIC	17 (16-18)
- SAI; mediana, RIC	6.5 (5-7)
Remisión clínica previa; n, %	14 (58.33%)
Marcadores de laboratorio	
- PCR (mg/l); mediana, RIC	92.7 (60-159)
- Calprotectina fecal (mg/kg); mediana, RIC	2550 (955-7140)
Tratamientos previos	
- Corticosteroides	15 (62.5%)
- Inmunomoduladores	6 (25%)
- Anti-TNF	7 (29.17%)
Extensión de la afectación; n, %	
- Conocida al completo	5 (20.83%)
- Desconocida o incompleta	19 (79.17%)
Parámetros ecográficos;	
- Grosor de la pared (mm); mediana, RI	5,65 (4.9-6.7)
- Hiperemia parietal (Escala Limberg); n, %	
> Grado 2	2 (8.33%)
> Grado 3	20 (83.33%)
- Patrón de capas; n, %	
> Conservado	10 (41.67%)
> Pérdida focal de estratificación	11 (45.83%)
> Pérdida segmentaria de estratificación	1 (4.17%)
- Ingurgitación mesentérica; n, %	
> Ausente	6 (25%)
> Leve/incierto	6 (25%)
> Establecida	11 (45.83%)
- Úlceras murales; n, %	
> Ausentes	9 (37.5%)
> Superficiales	4 (16.67%)
> Profundas	10 (41.67%)
Índices ecográficos; mediana, RIC	
- SUS-CD	8,65 (7.9-9.7)
- Simple US Score	8 (8-12)
- IBUS-SAS	57 (46.25-71.1)



Úlcera profunda colónica, señalada con la flecha



Hiperemia parietal, grado 3 de Limberg.

Conclusiones: La EI resulta efectiva para establecer diagnóstico y extensión de CU grave. El Simple US Score parece ser predictor de respuesta a CS. Se necesitan estudios de mayor tamaño para determinar su utilidad como predictor de necesidad de CS o biológicos.