



P-62 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TUMORES ASOCIADOS Y MANEJO DE LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO NACIONAL BASADO EN EL REGISTRO ENEIDA

I. Guerra¹, L. Bujanda^{2,3}, J. Castro⁴, O. Merino⁵, J. Tosca⁶, B. Camps⁷, A. Gutiérrez^{3,8}, J. Gordillo⁹, L. de Castro¹⁰, M. Iborra^{3,11}, A.Y. Carbajo¹², C. Taxonera^{13,14}, I. Rodríguez - Lago¹⁵, F. Mesonero¹⁶, R. de Francisco¹⁷, G.J. Gómez-Gómez¹⁸, M. Chaparro^{3,19}, C.A. Tardillo²⁰, M. Rivero²¹, A. Algaba¹, E. Martín-Arranz²², F. Cañete^{3,23}, R. Vicente²⁴, B. Sicilia²⁵, B. Antolín²⁶, V. Prieto²⁷, L. Márquez²⁸, J.M. Benítez²⁹, P. Camo³⁰, M. Piqueras³¹, C. Gargallo³², E. Hinojosa³³, J.M. Huguet³⁴, J.L. Pérez Calle³⁵, M. Van Domselaar³⁶, C. Rodríguez³⁷, X. Calvet^{3,38}, M.C. Muñoz³⁹, M.F. García Sepulcre⁴⁰, F. Bermejo¹, J.M. Bañales^{2,3} y J.P. Gisbert^{3,19}

¹Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ²Hospital Donostia/Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco UPV/EHU, San Sebastián. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas, CIBERehd. ⁴Hospital Clínic, Barcelona. ⁵Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo. ⁶Hospital Clínico de Valencia, Departamento de Medicina, Universidad de Valencia. ⁷Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Barcelona. ⁸Hospital General Universitario de Alicante. ⁹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹⁰Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Instituto de Investigación Biomédica. Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo. ¹¹Hospital Universitari i Politecnic La Fe, Valencia. ¹²Hospital Universitario Rio Ortega, Valladolid. ¹³Hospital Clínico San Carlos, Madrid. ¹⁴Instituto de Investigación del Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, Madrid. ¹⁵Hospital de Galdakao,, Vizcaya. ¹⁶Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ¹⁷Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ¹⁸Hospital 12 de Octubre, Madrid. ¹⁹Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Madrid. ²⁰Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. ²¹Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. ²²Hospital Universitario La Paz, Madrid. ²³Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ²⁴Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ²⁵Hospital Universitario de Burgos. ²⁶Hospital Clínico Universitario de Valladolid. ²⁷Hospital Clínico de Salamanca. ²⁸Parc de Salut Mar, Barcelona. ²⁹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³⁰Hospital General San Jorge, Huesca. ³¹Consorti Sanitari de Terrassa. ³²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, IIS Aragón, Zaragoza. ³³Hospital de Manises, Valencia. ³⁴Hospital General Universitario de Valencia. ³⁵Hospital Universitario Fundación Alcorcón,, Madrid. ³⁶Hospital Universitario de Torrejón, Madrid. ³⁷Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. ³⁸Corporació Sanitària Universitària Parc Taulí, Sabadell, Universitat Autònoma de Barcelona. ³⁹Hospital Universitario de Basurto. ⁴⁰Hospital de Elche, Alicante.

Resumen

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad colestásica crónica que se asocia con frecuencia con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se ha descrito un riesgo aumentado de cáncer colorrectal (CCR) y colangiocarcinoma en estos pacientes. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, los tumores asociados y el manejo de los pacientes con CEP y EII en nuestro medio.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes del Registro Eneida, mantenido por el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (GETECCU), con CEP asociada a EII hasta

noviembre 2017. Se recogieron datos adicionales de estos pacientes en relación a su diagnóstico, clínica, evolución y tumores asociados mediante la herramienta electrónica AEG-REDCap mantenida por la Asociación Española de Gastroenterología.

Resultados: Se identificaron 245 pacientes con CEP y EII, 69% hombres, 96% caucásicos, 67% con colitis ulcerosa, 29% con enfermedad de Crohn y 4% con colitis indeterminada. Mediana de edad al diagnóstico de CEP: 38 años (RIC 27-51). El diagnóstico de la CEP fue habitualmente posterior al de la EII (88%), con una mediana de 60 meses (RIC 1-147). La colangioresonancia fue la técnica diagnóstica de elección (77%). Se obtuvo biopsia hepática en 72 pacientes (29%). Al diagnóstico de CEP, el 65% de los pacientes estaban asintomáticos, 28 pacientes (11%) presentaban prurito, 23 (9,4%) dolor abdominal, 18 (7,3%) ictericia, 17 (6,9%) astenia y 9 (3,7%) colangitis. El 53% de los pacientes presentaban fosfatasa alcalina permanentemente elevada. El 20% de los pacientes presentó durante la evolución IgG4, el 38% ANA, el 24% antimúsculo liso y el 3,1% anticuerpos antimitocondriales. La mayoría de los pacientes (84%) fueron tratados con ácido ursodesoxicólico durante una mediana de 70 meses (RIC 36-130) y con una dosis media de 14 ± 4 mg/kg/d. Veintidós (8,6%) pacientes precisaron trasplante hepático, con complicaciones postrasplante en 9 (43%). En el 68% de los pacientes se realizó cribado de CCR con colonoscopias cada 1-2 años, detectando en 9 pacientes (5,4%) displasia de alto grado o adenocarcinoma. Trece pacientes tuvieron CCR (5,3%), el 85% tras el diagnóstico de CEP, y 7 pacientes (2,9%) colangiocarcinoma (3 intrahepáticos y 4 extrahepáticos). Dos pacientes con colangiocarcinoma fueron operados, en 2 se reseccó endoscópicamente y 2 pacientes recibieron quimio y/o radioterapia. En el análisis multivariante el único factor asociado con la aparición de CCR fue la mayor duración de la EII ($p = 0,01$), sin encontrar ningún factor asociado al desarrollo de colangiocarcinoma.

Conclusiones: En este estudio multicéntrico nacional se confirma que la asociación entre EII y CEP es más común en hombres con colitis ulcerosa, siendo esta última habitualmente asintomática al diagnóstico. Aquellos pacientes con CEP con un mayor tiempo de evolución de la EII tienen un riesgo aumentado de cáncer colorrectal.