



Gastroenterología y Hepatología



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

P-88 - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE DEBUT TARDÍO: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO EN 2 HOSPITALES DE DIFERENTE COMPLEJIDAD EN EL AREA DE GIRONA

J.O. Miquel-Cusachs¹, L. Gutiérrez Prat¹, L. Peries Reverter¹, M. Albert Carrasco¹, D. Busquets Casals¹, M. Sàbat Mir² y X. Aldeguer Manté^{1,2}

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario. Dr. Trueta, Girona. ²Servicio de Aparato digestivo, Institut d'Assistència Sanitària, Salt.

Resumen

Introducción: Se acepta como > 60 años como el límite de edad para definir el debut tardío en la enfermedad inflamatoria intestinal en edad avanzada (EIIa). La EIIa, respecto paciente jóvenes, suele tener curso moderado, con menores opciones terapéuticas por comorbilidades, interacciones farmacológicas y la edad. Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo en 2 hospitales de diferente complejidad (hospital de referencia y comarcal).

Métodos: Se han identificado 66 casos (20 de enfermedad de Crohn (EC) y 46 de colitis ulcerosa (CU)), con criterios diagnósticos (Dx) habituales, des de 1998 hasta 12/2016. La búsqueda de casos se ha realizado con la historia clínica y un registro propio de pacientes.

Resultados: La edad media al Dx es 67 años (intervalo 83-61), con seguimiento medio de 8,65 años (intervalo 29-1). El intervalo medio entre inicio de síntomas y dx es 7 meses (intervalo 24-1). El 51,52% son hombres. Se han registrado 2 decesos en relación a EIIa. La clínica al debut más frecuente es hemorragia digestiva baja (n = 37, 50,06%) y diarrea (N = 48, 72,72%) (tabla 1). La CU al debut, el 82,6% presentaban proctitis y colitis izquierda (tabla 2). La EC al debut presentaba patrón inflamatorio y de localización colonia (L2) (60%) (tabla 3). El fármaco más utilizado en el debut es la 5-ASA (54,54%). Un 57,57% usaron alguna vez corticoides sistémicos, respecto 37,87% de inmunomoduladores y 25,75% de biológicos (tabla 4). Al finalizar el seguimiento, el 39,34% de pacientes no recibían tratamiento específico. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (43,44%) y DLP (31,3%). Se diagnosticaron 17 neoplasias (25,25%) y 9 eventos tromboticos graves.

Tabla 1

	Clínica al diagnóstico	Clínica al seguimiento
Fístula	7 (10,6%)	5 (7,57%)
Manifestaciones extraintestinales	7 (10,6%)	4 (6,06%)
Hemorragia digestiva baja (HDB)	37 (50,06%)	12 (18,18%)
Diarrea	47 (72,72%)	21 (31,81%)
Fiebre	9 (13,63%)	4 (6,06%)

Pérdida de peso	19 (28,78%)	5 (7,57%)
Dolor	29 (43,94%)	10 (15,25%)

Tabla 2

Colitis ulcerosa	Extensión al diagnóstico	Extensión al seguimiento
Proctitis (E1)	17 (36,94%)	13 (28,62%)
Izquierdo (E2)	21 (45,64%)	8 (17,39%)
Extensa (E3)	8 (17,34%)	16 (34,78%)

Tabla 3

Enfermedad de Crohn	Clasificación DX	Clasificación al seguimiento
B1	12 (60%)	10 (50%)
B2 estenosado	5 (25%)	5 (25%)
B3 fistulizante	3 (15%)	5 (25%)
L1 (ileal)	5 (25%)	6 (30%)
L2 (colónica)	10 (50%)	8 (40%)
L3 (ileocólica)	5 (25%)	6 (30%)
Perianal	4 (10%)	4 (10%)

Tabla 4. Tratamiento a lo largo del seguimiento

Salicilatos	Corticosteroides	Inmunomoduladores	Biológicos	IQ
Oral N = 44 (66,66%)	N = 38 (57,57%)	N = 25 (37,87%)	N = 17 (25,75%)	16 (24,24%)
Tópico N = 41 (62,12%)		22 AZA	7 pac > 1 biológico	5 (fistulotomía)
Al debut N = 36 (54,54%)		3 MTX	10 (sólo 1 biológico)	
			IFX 15	
			ADA 6	
			VDZ 5	
			GLM 2	

Conclusiones: Se detectaron 25,25% de neoplasias durante el seguimiento. Los fármacos más utilizados son 5-ASA (54,54%) y los corticoides sistémicos (57,57%) por solo 25,25% de biológicos. La localización más frecuente en CU es distal y en EC colónica. Hay poca progresión temporal de la enfermedad.