



## 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. Guerra<sup>1</sup>, L. Bujanda<sup>2,3</sup>, J. Castro<sup>4</sup>, O. Merino<sup>5</sup>, J. Tosca<sup>6</sup>, B. Camps<sup>7</sup>, A. Gutiérrez<sup>3,8</sup>, J. Gordillo<sup>9</sup>, L. de Castro<sup>10</sup>, M. Iborra<sup>3,11</sup>, A.Y. Carbajo<sup>12</sup>, C. Taxonera<sup>13,14</sup>, I. Rodríguez - Lago<sup>15</sup>, F. Mesonero<sup>16</sup>, R. de Francisco<sup>17</sup>, G.J. Gómez-Gómez<sup>18</sup>, M. Chaparro<sup>3,19</sup>, C.A. Tardillo<sup>20</sup>, M. Rivero<sup>21</sup>, A. Algaba<sup>1</sup>, E. Martín-Arranz<sup>22</sup>, F. Cañete<sup>3,23</sup>, R. Vicente<sup>24</sup>, B. Sicilia<sup>25</sup>, B. Antolín<sup>26</sup>, V. Prieto<sup>27</sup>, L. Márquez<sup>28</sup>, J.M. Benítez<sup>29</sup>, P. Camo<sup>30</sup>, M. Piqueras<sup>31</sup>, C. Gargallo<sup>32</sup>, E. Hinojosa<sup>33</sup>, J.M. Huguet<sup>34</sup>, J.L. Pérez Calle<sup>35</sup>, M. Van Domselaar<sup>36</sup>, C. Rodríguez<sup>37</sup>, X. Calvet<sup>3,38</sup>, M.C. Muñoz<sup>39</sup>, M.F. García Sepulcre<sup>40</sup>, F. Bermejo<sup>1</sup>, J.M. Bañales<sup>2,3</sup> y J.P. Gisbert<sup>3,19</sup>

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