



Gastroenterología y Hepatología



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

P-55 - RIESGO DE RECIDIVA DE BROTE EN LA CURACIÓN MUCOSA SEGÚN ÍNDICE ENDOSCÓPICO (PUNTUACIÓN DE MAYO 0 VS 1): LA EVALUACIÓN CLÍNICA SIGUE SIENDO NECESARIA

L. Ramos¹, R. de La Barreda¹, M. Carrillo Palau¹, I. Alonso Abreu¹, N. Hernández-Álvarez¹, G. Hernández¹, A. Hernández Camba¹, L. Martínez Blanco², A. Jiménez³ y E. Quintero Carrión¹

¹Servicio de Aparato; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Unidad de Investigación, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Resumen

Introducción: La curación mucosa (CM) es un objetivo terapéutico deseable en la colitis ulcerosa (CU) y la mayoría de los ensayos clínicos han utilizado un índice endoscópico de Mayo (IEM) ≤ 1 como criterio para definir la CM. Sin embargo, un IEM = 0 se asocia con un menor riesgo de recidiva en el tiempo en comparación con el IEM = 1, pero hay pocos datos sobre las características clínicas e histológicas implicadas en esta recidiva clínica.

Objetivos: Evaluar el riesgo a largo plazo de recidiva en pacientes con CU que presentan CM endoscópica y su relación con los hallazgos clínicos e histológicos en el momento de la endoscopia.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo (estudio de cohortes) de pacientes consecutivos con CU que presentaban CM endoscópica (definida por IEM 0 y 1). Al momento de la colonoscopia, la actividad clínica de la enfermedad se evaluó utilizando la puntuación total de Mayo (PTM) (que incluye IEM). La actividad histológica de la enfermedad se clasificó en 6 categorías (de 0 a 5) según el sistema de puntuación de Geboes. Todos los pacientes fueron seguidos durante 18 meses y la recidiva clínica se definió como la necesidad de tratamiento de inducción, aumento del tratamiento, hospitalización y/o cirugía. El análisis de regresión de Cox se realizó para identificar posibles factores predictivos de recidiva.

Resultados: Se incluyeron 74 pacientes con CU (31F, edad media 44 ± 15 años, E1 9,6%, E2 64,8%, E3 25,6%). La CM endoscópica se clasificó como IEM 0 y IEM 1 en 61(82,4%) y 13 (17,6%) pacientes, respectivamente. La PTM se evaluó como 0 en 52 (70,3%) pacientes, mientras que 1(debido a IEM) se asignaron a 9 (12,2%) pacientes. Trece (17,5%) pacientes mostraron una PTM ≥ 2 puntos (PTM 2 = 8, PTM 3 = 3, PTM 4 = 1, PTM 5 = 1). Usando la puntuación categorizada de Geboes (PCG), se presentó la clasificación de 0 (mucosa normalizada) en 5 (6,7%) pacientes, PCG 1 y 2 (colitis inactiva) en 17 (30%) y 41 (55,5%) pacientes, respectivamente. La PCG demostró inflamación activa en 11 (14,8%) pacientes (PCG 3 = 6, PCG 4 = 4, PCG 5 = 1). Un total de 23 (23/74; 31%) pacientes presentaron una recaída durante los 18 meses de seguimiento, 17 (17/61, 27,8%) pacientes con IEM 0 y 6 (6/13; 46%) con IEM 1. La evaluación clínica con el puntación total de Mayo (PTM) se asoció de forma independiente con la recidiva a largo plazo de la UC (cociente de riesgos instantáneos: 1,5; intervalo de confianza del 95%: 1,29-1,97; $p < 0,001$) y una correlación

estadísticamente significativa entre el PTM y la puntuación histológica (PCG) fue establecida (correlación de Spearman = 0,481, $p < 0,001$).

Conclusiones: La curación de la mucosa definida sólo por el índice endoscópico de Mayo (IEM) de 0 o 1 no es suficiente para evaluar el riesgo de recidiva clínica. El uso rutinario de la puntuación total de Mayo (datos clínicos) y la clasificación histológica de Geboes pueden aumentar la precisión para predecir la recidiva clínica y optimizar los tratamientos.