



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 49 - COLITIS NO CLASIFICADA Y COLITIS ULCEROSA: ¿DIFERENTES EVOLUCIONES? ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES MULTICÉNTRICO (REGISTRO ENEIDA)

M. González Vivó<sup>1,2</sup>, M. Urpí Ferreruela<sup>1</sup>, B. Castro Senosiain<sup>3</sup>, I. Pérez-Martínez<sup>4</sup>, J. Barrio<sup>5</sup>, L. Codesido Prado<sup>6</sup>, B. Caballol Oliva<sup>7,8</sup>, V. Pedrera Roman<sup>9</sup>, M. Piqueras Cano<sup>10</sup>, F. Rodríguez Moranta<sup>11</sup>, M.J. Casanova González<sup>8,12</sup>, L. Ramos<sup>13</sup>, M. Iborra<sup>8,14</sup>, C. Tardillo Marin<sup>15</sup>, M. Porto Silva<sup>16</sup>, R.H. Lorente Poyatos<sup>17</sup>, B. Orts Jorquerá<sup>18</sup>, L. Bujanda Fernández<sup>8,19</sup>, Y. Zabala<sup>8,20</sup>, A. López-García<sup>1,2</sup>, S. Riestra<sup>4</sup>, P. Vega-Villaamil<sup>6</sup>, M. Montoro<sup>9</sup>, J.P. Gisbert<sup>8,12</sup>, P. Nos<sup>8,14</sup>, G.E. Rodríguez González<sup>15</sup>, M. Barreiro-de Acosta<sup>16</sup>, A. Gutiérrez-Casbas<sup>18</sup>, E. Domènech<sup>8,21</sup> y L. Márquez<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona. <sup>2</sup>Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas (IMIM), Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>4</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias e Instituto de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo. <sup>5</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. <sup>6</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. <sup>7</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínic de Barcelona. <sup>8</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). <sup>9</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Jorge, Huesca. <sup>10</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>11</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. <sup>12</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa e Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Madrid. <sup>13</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife. <sup>14</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>15</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. <sup>16</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. <sup>17</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>18</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante. <sup>19</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Instituto Biodonostia, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián. <sup>20</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Mutua de Terrassa. <sup>21</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

### Resumen

**Introducción:** En algunos casos los pacientes con EII no cumplen criterios de colitis ulcerosa (CU) o de enfermedad de Crohn (EC) y se etiquetan como colitis no clasificada (CNC). Los objetivos de este estudio fueron comparar los requerimientos terapéuticos en pacientes con CNC y CU e identificar factores predictivos de reclasificación.

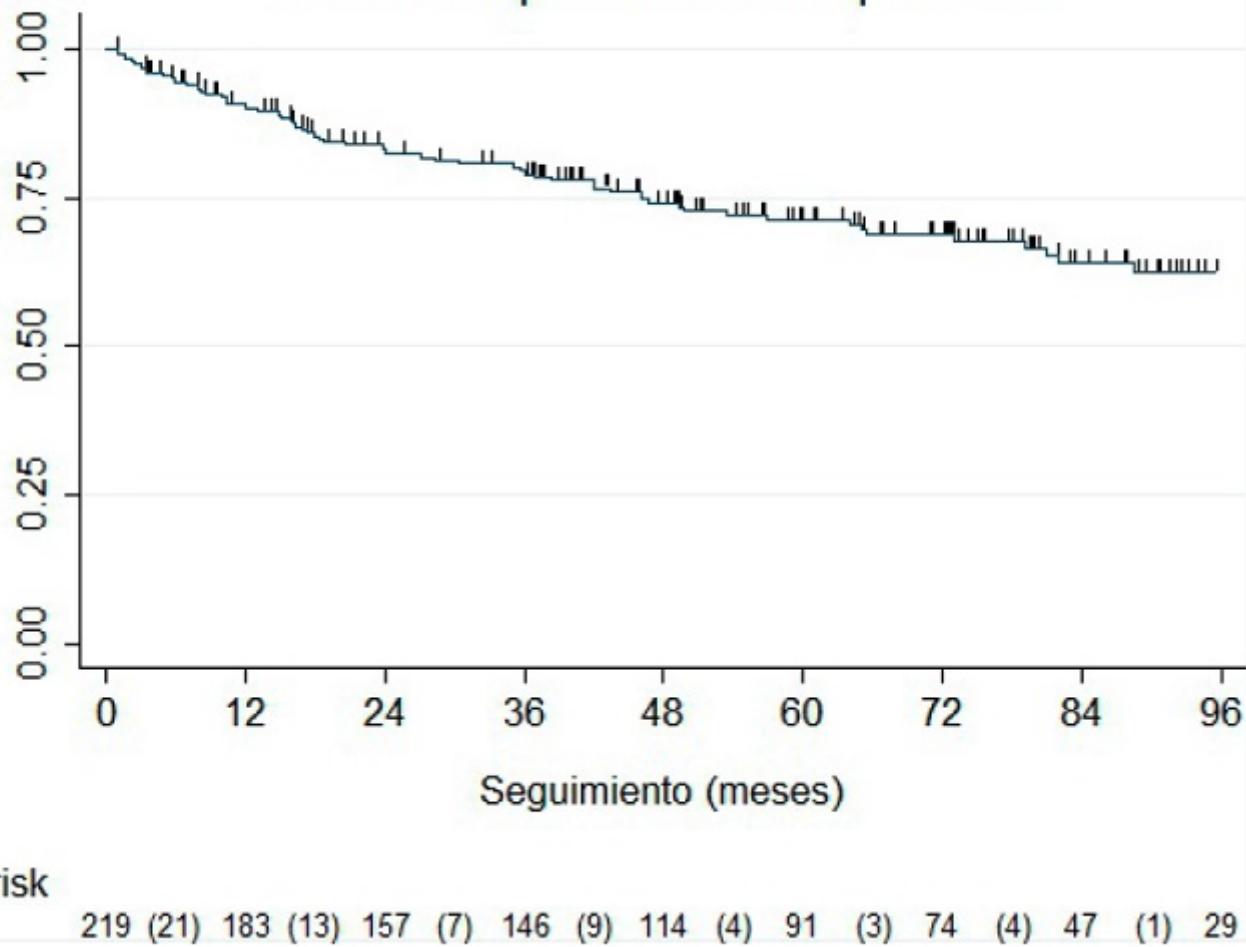
**Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, de casos y controles, multicéntrico (18 centros), a partir del registro ENEIDA. Cada caso de CNC se apareó con 2 casos de CU según sexo, edad al diagnóstico y extensión (colitis parcheadas apareadas con una colitis extensa y una colitis izquierda).

**Resultados:** Se incluyeron 231 CNC y 469 CU; 15 pacientes con CNC cumplían criterios de colitis indeterminada (CI). En el grupo CNC: 59,7% varones; edad media al diagnóstico 43,3 años; 14 proctitis, 59 colitis izquierdas, 87 colitis extensas y 53 colitis parcheadas; 13,9% sin afectación rectal; 31,9% con ileítis; 13% fumadores al diagnóstico; 5,6% con enfermedad perianal; 15,9% con manifestaciones extraintestinales. No se identificaron diferencias significativas en proporción de pacientes con CNC y CU que precisaron inmunosupresores (35,7 vs. 37,7%, p = 0,558) y tratamiento biológico (27,3 vs. 24,3%, p = 0,415). Se objetivaron mayores tasas de cirugía por enfermedad refractaria en CU, pero sin alcanzar significación estadística (2,6 vs. 0,5%, p = 0,062). Las tasas de mortalidad global fueron similares (5,1% en CNC vs. 2,6%

en CU). Durante el seguimiento, 67 pacientes con CNC (31%) fueron reclasificados (32 CU, 34 EC, 1 CI); el 25% en los primeros 46 meses. Ninguna variable clínica, bioquímica (proteína C reactiva, albúmina, hemoglobina) o endoscópica (referente a extensión) se asoció al cambio de diagnóstico.

### Cambio de diagnóstico

#### Gráfico de supervivencia de Kaplan-Meier



**Conclusiones:** No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los requerimientos terapéuticos y necesidad de cirugía entre CNC y CU. Dos tercios de los pacientes mantuvieron el diagnóstico de CNC durante el seguimiento.