Gastroenterol Hepatol. 2022;45(Espec Congr 1):91

Gastroenterología y Hepatología

https://www.elsevier.es/gastroenterologia

59 - PAPEL DE LA ECOGRAFÍA INTESTINAL EN COLITIS ULCEROSA GRAVE: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

J. Rueda Sánchez[1], C.J. Suárez Ferrer[2], J. Poza Cordón[2], S. Cámara Baena[3], A. Keco Huerga[1], J. García de la Borbolla Serres[1], E. Martín Arranz[2], M. Sánchez Azofra[2], J.L. Rueda Garcia[2], L. García Ramírez[2], J. Noci Belda[2], T. Verges Martínez-Meco[2] y M.D. Martín Arranz[2]

[1]UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla. [2]Unidad EII, Instituto de Investigacion Sanitaria del Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Hospital Universitario La Paz, Universidad Autonoma de Madrid. [3]UGC Aparato Digestivo, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos.

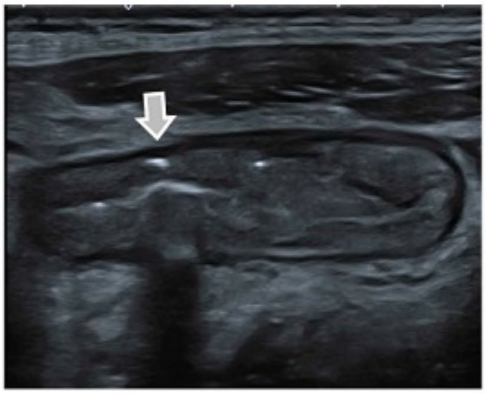
Resumen

Introducción: La ecografía intestinal (EI), aplicada a la enfermedad de Crohn (EC) demuestra correlación con TAC/RMN y con endoscopia en diagnóstico y seguimiento de la EC. Sin embargo, la evidencia sobre EI en colitis ulcerosa (CU) es aun escasa. El objetivo del estudio fue evaluar sobre práctica real el papel de la EI en pacientes con brote grave de CU.

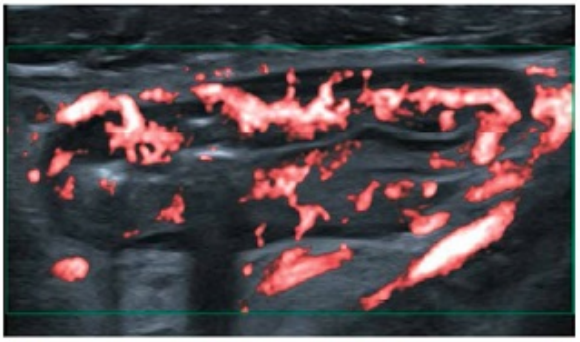
Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Incluidos adultos con CU, hospitalizados por brote grave, definido por un índice Truelove-Witts (TW) 15 o mayor, y un Simple Activity Index (SAI) 4 o mayor. Se evaluó respuesta clínica y bioquímica (PCR, CPF) al ingreso, uso de biológico o corticoides (CS), parámetros ecográficos (grosor mural, hiperemia parietal, úlceras), índices ecográficos (SUS-CD, Simple US Score, IBUS-SAS) y endoscópicos (UCEIS), sobre una exploración basal. Se realizó análisis estadístico con análisis multivariante, coeficientes de Pearson y Spearman.

Resultados: Incluidos 24 pacientes, 29,17% con pancolitis, 29% con tratamiento biológico previo, con un SAI medio de 6,16 y un TW medio de 17,25 (CPF media de 3.653). Ecográficamente, el grosor mural medio fue 5,65 mm, con un 83,33% de pacientes con hiperemia grado 3 de Limberg, y un 58,24% con úlceras murales. La media de índices ecográficos fue un SUS-CD 8,65, un Simple US Score 8, y un IBUS-SAS 57. La EI demuestra efectividad para delimitar extensión de la CU. Un 79% de pacientes presentaban extensión desconocida al diagnóstico; la EI describe extensión completa en todos los pacientes. Estadísticamente, destaca la significación entre Simple US Score y respuesta a CS (Respondedores a CS presentaron un Simple US Score 2,5 puntos inferior a no-respondedores, p = 0,03).

N = 24	
Edad (Mediana, RIC)	39 (29-51)
Sexo (M/F); n, %	12(50%) /12(50%)
Edad al ingreso; n, %	
- 17-40 años	12 (50%)
- >40 años	12 (50%)
Extension de la enfermedad; n, %	
- Proctitis	1 (4,17%)
- Colitis izquierda	16 (66,67%)
- Pancolitis	7 (29,17%)
Reseccion intestinal previa; n, %	1 (4,17%)
Actividad clinica de la enfermedad	
- Indice Truelove-Witts modificado; mediana, RIC	17 (16-18)
- SAI; mediana, RIC	6.5 (5-7)
Remision clinica previa; n, %	14 (58,33%)
Marcadores de laboratorio	
- PCR (mg/l); mediana, RIC	92.7 (60-159)
- Calprotectina fecal (mg/kg); mediana, RIC	2550 (955-7140)
Tratamientos previos	
- Corticosteroides	15 (62.5%)
- Inmunomoduladores	6 (25%)
- Anti-TNF	7 (29.17%)
Extension de la afectación; n, %	
- Conocida al completo	5 (20,83%)
- Desconocida o incompleta	19 (79,17%)
Parametros ecograficos;	
- Grosor de la pared (mm); mediana, RI	5,65 (4.9-6.7)
- Hiperemia parietal (Escala Limberg); n, %	
➢ Grado 2	2 (8.33%)
➢ Grado 3	20 (83.33%)
- Patron de capas; n, %	
➢ Conservado	10 (41,67%)
➢ Perdida focal de estratificación	11 (45,83%)
➢ Perdida segmentaria de estratificación.	1 (4,17%)
- Ingurgitacion mesenterica; n, %	
➢ Ausente	6 (25%)
➢ Leve/Incierta	6 (25%)
➢ Establecida	11 (45,83%)
- Ulceras murales; n, %	
➢ Ausentes	9 (37.5%)
➢ Superficiales	4 (16,67%)
➢ Profundas	10 (41,67%)
Indices ecográficos; mediana, RIC	
- SUS-CD	8,65 (7.9-9.7)
- Simple US Score	8 (8-12)
- IBUS-SAS.	57 (46.25-71.1)



Úlcera profunda colónica, señalada con la flecha



Hiperemia parietal, grado 3 de Limberg.

Conclusiones: La EI resulta efectiva para establecer diagnóstico y extensión de CU grave. El Simple US Score parece ser predictor de respuesta a CS. Se necesitan estudios de mayor tamaño para determinar su utilidad como predictor de necesidad de CS o biológicos.

0210-5705/© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.