



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

P-76 - IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

L. Ramos¹, I. Alonso-Abreu¹, Alejandro Hernández-Camba², Yagüe- Caballero C³, Vicente Lidón R³, Carlos Taxonera⁴, Miguel A García-Brenes⁴, Javier P. Gisbert⁵, María Chaparro⁵, Lucía Madero Velázquez⁶, Marta Carrillo-Palau¹, Laura Arranz², B. Castro Senosiain⁷, Irene García de la Filia Molina⁸, María Rojas-Feria⁹, Francisco López Romero-Salazar¹⁰, Iria Bastón-Rey¹¹, M. Sánchez- Azofra¹², Sabino Riestra¹³, Pablo Pérez-Galindo¹⁴, Silvia Patricia Ortega Moya¹⁵, Eduard Brunet-Mas¹⁶, Patricia Sanz Segura¹⁷, A.M. Caballero-Mateos¹⁸, Margalida Calafat¹⁹, Belén Botella Mateu²⁰, Noemí Manceñido Marcos²¹, Iago Rodríguez-Lago²², Cristina Suárez-Ferrer¹² y Ana Gutiérrez Casbas^{6,23}, en nombre del grupo joven de GETECCU

Resumen

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la enfermedad celíaca (ECEL) son trastornos digestivos que comparten factores genéticos, inmunológicos y ambientales.

Objetivos: Investigar si el diagnóstico simultáneo de ambas predispone a un fenotipo más agresivo de EII.

Métodos: Estudio multicéntrico de casos (EII con ECEL) y controles (EII sin ECEL) (apareados 1:2, emparejados por sexo, año de diagnóstico y tipo-EII). El diagnóstico de ECEL se estableció si puntuación de Marsh > 1. El fenotipo y evolución de EII, incluyendo mortalidad y desarrollo de neoplasias, se determinaron a partir de registros médicos.

Resultados: Se incluyeron 66 casos (39 mujeres; 30 colitis ulcerosa-CU/6 colitis indeterminada-CI/30 enfermedad Crohn-EC; edad al diagnóstico 30 ± 14 años) y 132 controles (85 mujeres; 68 CU/4 CI/60 EC; edad al diagnóstico 32 ± 14 años). Diagnóstico ECEL confirmado mediante gastroscopia + biopsia duodenal en 97% casos (lesión histológica más común Marsh 3). No hubo diferencias significativas en la duración de EII (mediana 11 ± 8 años vs. 9 ± 8 años; $p = 0,81$), extensión de EII (CU (E1/E2/E3): 6 (20,7%)/14 (48,3%)/9 (31%) vs. 19 (29,2%)/22 (33,8%)/24 (36,9%); $p = 0,39$); EC (L1/L2/L3/L4): 17 (56,7%)/3 (10%)/8 (26,7%)/2 (6,7%) vs. 27 (45%)/6 (10%)/23 (38,3%)/4 (6,4%); $p = 0,71$), manifestaciones extraintestinales (10 (15,2%) vs. 20 (12,8%); $p = 0,96$) u otras enfermedades autoinmunes (8 (12%) vs. 16 (12,1%); $p = 1$) entre casos y controles, respectivamente. En cuanto a la evolución de la EII, no diferencias a nivel global ni por subtipo de EII en cuanto a enfermedad perianal, uso de mesalazina, inmunomoduladores y agentes biológicos, necesidad de cirugía-EII y desarrollo de neoplasias (tabla).

Tabla 1. Comparación de ECEL-EII y no ECEL-EII según el tipo de EII

Características	ECEL-CU n=36;N(%)	CU n=72 ; N(%)	p	ECEL-EC n=30;N(%)	EC n=60;N(%)	p
Enfermedad Perianal	0	1 (1.4)	0.48	8 (26.7)	14 (23.3)	0.72
Uso alguna de vez de mesalazina	33 (94.3)	59 (89.3)	0.11	12 (40)	27 (47)	0.65
Uso alguna de vez de inmunomodulador	12 (34.3)	21 (29.5)	0.62	19 (63.3)	43 (71.3)	0.42
Uso alguna de vez de agentes biológicos	10 (28.8)	21 (29.8)	0.91	14 (63.3)	40 (66.7)	0.068
Cirugía debida a la EII	2 (5.7)	9 (2.8)	0.46	7 (23.3)	22 (36.7)	0.20
Desarrollo de neoplasias	1 (2.9)	3 (4.2)	0.72	2 (6.7)	3 (5%)	0.74

CU: colitis ulcerosa; CI: colitis indeterminada *(para el análisis se unieron las CU y las CI); EC: enfermedad de Crohn; ECEL: enfermedad celiaca; EII: enfermedad inflamatoria intestinal

Conclusiones: No se observaron diferencias significativas en la evolución de la enfermedad en pacientes con diagnóstico concurrente de ECEL y EII en comparación con pacientes con EII sin ECEL. En nuestra amplia cohorte multicéntrica de pacientes, la coexistencia de ECEL no mostró un impacto en la historia natural de la EII.