



# Gastroenterología y Hepatología



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

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, REQUERIMIENTOS TERAPÉUTICOS Y EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y AFECTACIÓN DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO (ESTUDIO CROHNEX)

E. Sainz<sup>1</sup>, Y. Zabana<sup>2</sup>, I. Miguel<sup>3</sup>, A. Fernández-Clotet<sup>4</sup>, M.J. Casanova<sup>5</sup>, M. Martín<sup>6</sup>, M.D. Picó<sup>7</sup>, E. Alfambrá<sup>8</sup>, I. Rodríguez<sup>9</sup>, F. Muñoz<sup>10</sup>, M. Domínguez<sup>11</sup>, E. Iglesias<sup>12</sup>, D. Busquets<sup>13</sup>, A. Gutiérrez<sup>14</sup>, F. Cañete<sup>15</sup>, L. Núñez<sup>16</sup>, C. Taxonera<sup>17</sup>, B. Beltrán<sup>18</sup>, B. Camps<sup>19</sup>, X. Calvet<sup>20</sup>, P. Navarro<sup>21</sup>, M. Calafat<sup>22</sup>, R. Ferreira-Iglesias<sup>23</sup>, C. González-Muñoz<sup>24</sup>, B. Sicilia<sup>25</sup>, C. Rodríguez<sup>26</sup>, A.Y. Carbajo<sup>27</sup>, M. van Domselaar<sup>28</sup>, R. Vicente<sup>29</sup>, M. Piqueras<sup>30</sup>, A. Abad<sup>31</sup>, A. Algaba<sup>32</sup>, P. Martínez<sup>33</sup>, M. Vela<sup>34</sup>, B. Antolín<sup>35</sup>, J.M. Huguet<sup>36</sup>, L. Bujanda<sup>37</sup>, R.H. Lorente<sup>38</sup>, P. Almela<sup>39</sup>, M.J. García<sup>40</sup>, P. Ramírez de la Piscina<sup>41</sup>, R. Pajares<sup>42</sup>, I. Pérez-Martínez<sup>43</sup>, A.J. Lucendo<sup>44</sup>, O. Merino<sup>45</sup>, J. Legido<sup>46</sup>, I. Vera<sup>47</sup>, V.J. Morales<sup>48</sup> y M. Esteve<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Sant Joan de Déu-Althaia, Manresa. <sup>2</sup>Hospital Mútua de Terrassa. <sup>3</sup>Hospital Arnau de Vilanova, Lleida. <sup>4</sup>Hospital Clínic, Barcelona. <sup>5</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid. <sup>6</sup>Hospital La Paz, Madrid. <sup>7</sup>Hospital General Universitario de Elche. <sup>8</sup>Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza. <sup>9</sup>Hospital de Galdakao. <sup>10</sup>Hospital de Salamanca. <sup>11</sup>Hospital San Jorge, Huesca. <sup>12</sup>Hospital Reina Sofía, Córdoba. <sup>13</sup>Hospital Dr. Josep Trueta, Girona. <sup>14</sup>Hospital General Universitario de Alicante. <sup>15</sup>Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>16</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid. <sup>17</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid. <sup>18</sup>Hospital La Fe, Valencia. <sup>19</sup>Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona. <sup>20</sup>Hospital Parc Taulí, Sabadell. <sup>21</sup>Hospital Clínico de Valencia. <sup>22</sup>Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca. <sup>23</sup>Hospital Universitario de Santiago. <sup>24</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>25</sup>Complejo Hospitalario de Burgos. <sup>26</sup>Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>27</sup>Hospital Río Hortega, Valladolid. <sup>28</sup>Hospital de Torrejón. <sup>29</sup>Hospital Miguel Servet, Zaragoza. <sup>30</sup>Hospital Consorci Sanitari de Terrassa. <sup>31</sup>Hospital de Viladecans. <sup>32</sup>Hospital Universitario de Fuenlabrada; Instituto de Investigación de La Paz (IdiPAZ), Madrid. <sup>33</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid. <sup>34</sup>Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife. <sup>35</sup>Hospital Clínico de Valladolid. <sup>36</sup>Hospital General Universitario de Valencia. <sup>37</sup>Hospital de Donostia. <sup>38</sup>Hospital General de Ciudad Real. <sup>39</sup>Hospital General de Castelló. <sup>40</sup>Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>41</sup>Hospital Universitario de Álava. <sup>42</sup>Hospital Infanta Sofía, Madrid. <sup>43</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. <sup>44</sup>Hospital General de Tomelloso. <sup>45</sup>Hospital de Cruces, Vizcaya. <sup>46</sup>Hospital General de Segovia. <sup>47</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. <sup>48</sup>Hospital de Granollers.

## Resumen

**Introducción:** Se ha sugerido que los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) alta (L4) y difusa de intestino delgado (L1+L4) pueden presentar un curso más agresivo y refractario a tratamientos pero la información es muy limitada. Las guías clínicas no ofrecen indicaciones específicas sobre su manejo.

**Métodos:** Identificar características clínicas, requerimientos terapéuticos y complicaciones que de forma independiente se asocien a la afectación del tracto digestivo alto en la EC.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de casos y controles apareados (1:2) por sexo y edad en pacientes con EC (L4 o L1+L4: casos; L1 o L3: controles) de la base ENEIDA de 49 hospitales participantes. El intestino delgado se valoró con una prueba de imagen y se excluyó la enfermedad perianal compleja. Se analizaron variables clínicas: patrón y gravedad; complicaciones: estenosis, fístula, absceso, perforación, hemorragia y anemia ferropénica; requerimientos terapéuticos: uso de antiTNF, 2 o más biológicos, biológicos de segunda línea, hierro iv, transfusiones, nutrición enteral, tratamientos endoscópicos/radiológicos, cirugías e ingresos. Para el análisis de los datos se realizó un análisis de regresión logística condicional (COXREG) ajustada a los pares de casos y controles con aquellas variables significativas en el análisis univariante (SPSS).

**Resultados:** Se identificaron 943 casos y 1.886 controles. El análisis de regresión logística condicional mostró que los casos se asociaron de manera independiente a anemia ferropénica (OR: 2,1; IC95%: 1,4-3,2), p < 0,001), afectación más extensa (> de 30 cm) (OR: 2,5; IC95%: 2,1-3,0, p < 0,0001) y mayor requerimiento de antiTNF (OR: 1,2; IC95%: 1,0-1,5, p 0,05). En cambio, presentaron menos abscesos (OR: 0,6; IC95%: 0,5-0,9, p 0,006) y antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal (OR: 0,7; IC95%: 0,5-1,0, p 0,035).

**Conclusiones:** En la serie más extensa reportada de afectación del tracto digestivo superior por EC se demuestra que estos pacientes presentan enfermedad más extensa, requiriendo en mayor proporción el uso de fármacos biológicos, como los anti-TNF. La anemia ferropénica crónica en ausencia de hallazgos en la endoscopia digestiva alta/baja debe hacer pensar en la afectación alta. Es necesario plantear una estrategia de diagnóstico y tratamiento específica para estos pacientes que pase por un alto índice de sospecha con signos guía y escalada terapéutica rápida.