



Gastroenterología y Hepatología



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

RIESGO DE PROGRESIÓN CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE LA COLITIS ULCEROSA PRECLÍNICA

I. Rodríguez-Lago^{1,2}, O. Merino³, I. Azagra⁴, A. Maíz⁵, E. Zapata⁶, R. Higuera⁷, I. Montalvo⁸, M. Fernández-Calderón⁹, P. Arreba¹⁰, J. Carrascosa¹¹, A. Iriarte¹², M. Muñoz-Navas¹³, J.L. Cabriada¹ y M. Barreiro-de Acosta¹⁴

¹Hospital de Galdakao. ²Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia. ³Hospital Universitario de Cruces, Bilbao. ⁴Hospital Universitario Araba. ⁵Hospital Universitario Donostia. ⁶Hospital de Mendaro. ⁷Hospital de San Eloy, Barakaldo. ⁸Onkologikoa. ⁹Hospital de Mondragón. ¹⁰Hospital Universitario de Basurto. ¹¹Hospital de Zumárraga. ¹²Hospital Bidasoa, Guipúzcoa. ¹³Clínica Universidad de Navarra, Pamplona. ¹⁴Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: El diagnóstico de colitis ulcerosa (CU) se establece habitualmente una vez están presentes los síntomas digestivos. Existe un período preclínico de la enfermedad en el que existen lesiones intestinales y cambios inmunológicos antes del desarrollo de síntomas. En general, un 25% de pacientes con CU pueden presentar una progresión proximal de su extensión. El objetivo principal del estudio era definir las principales características y el riesgo de progresión proximal de la CU diagnosticada en una fase preclínica.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico y retrospectivo incluyendo todos los participantes en el programa de cribado de cáncer colorectal en 11 centros del País Vasco entre 2009 y 2014. En todos ellos se había realizado una colonoscopia tras un test de sangre oculta en heces positivo. Se incluyeron todos los pacientes con un diagnóstico incidental de CU durante una colonoscopia de cribado poblacional y que había sido confirmada histológicamente. La variable principal era el riesgo de desarrollo de síntomas digestivos y de progresión proximal de la extensión. Realizamos estadística descriptiva utilizando la mediana y rango intercuartílico (RIQ) para definir las características de la enfermedad y el test de chi-cuadrado para la comparación de las posibles variables asociadas al riesgo de desarrollo de síntomas o de progresión proximal.

Resultados: Se realizaron 31.005 colonoscopias tras 498.227 test de sangre oculta. Incluimos 79 pacientes con CU (mediana de edad 58 años [RIQ, 52-63], 59% hombres, 37% no fumadores). Al diagnóstico, la extensión era de proctitis (E1) en 32%, colitis izquierda (E2) 33% y colitis extensa (E3) en 35%. Tras una mediana de seguimiento de 15 meses (RIQ, 4-44), el 91% recibieron algún tratamiento. El 32% desarrolló síntomas tras un intervalo de 7,5 meses (RIQ, 1-14). Ningún paciente mostró extensión proximal, mientras que en un 45% hubo regresión de la extensión (33% en E3 y 12% en E2). La extensión al diagnóstico no influyó en el riesgo de desarrollo de síntomas (24% E1 vs 38% E2 vs 32% E3; p = 0,85). Aquellos con E2 o E3 se trataron más frecuentemente con mesalazina, corticoides sistémicos o tiopurinas, en comparación con los casos con E1 (p = 0,001; 0,023 y 0,047; respectivamente).

Conclusiones: Aproximadamente un tercio de los pacientes con CU preclínica desarrolla enfermedad sintomática, y ninguno de estos pacientes desarrolló progresión proximal de la extensión tras 2 años de seguimiento.