



# Gastroenterología y Hepatología



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

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) DE RECIENTE DIAGNÓSTICO: RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL EPIDEMIBD DE GETECCU

M. Chaparro<sup>1</sup>, M. Barreiro-de Acosta<sup>2</sup>, J.M. Benítez<sup>3</sup>, J.L. Cabriada<sup>4</sup>, M.J. Casanova<sup>1</sup>, D. Ceballos<sup>5</sup>, M. Esteve<sup>6</sup>, H. Fernández<sup>7</sup>, D. Ginard<sup>8</sup>, F. Gomollón<sup>9</sup>, R. Lorente<sup>10</sup>, P. Nos<sup>11</sup>, S. Riestra<sup>12</sup>, M. Rivero<sup>13</sup>, P. Robledo<sup>14</sup>, C. Rodríguez<sup>15</sup>, B. Sicilia<sup>16</sup>, E. Torrella<sup>17</sup>, A. Garre<sup>1</sup>, F. Rodríguez-Artalejo<sup>18</sup>, E. García-Esquinas<sup>18</sup> y J.P. Gisbert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, Universidad Autónoma de Madrid y CIBEREHD, Madrid. <sup>2</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía e IMIBIC, Córdoba. <sup>4</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Galdakao-Usansolo, Vizcaya. <sup>5</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>6</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Mutua Terrasa y CIBEREHD, Terrasa. <sup>7</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de San Pedro, Logroño. <sup>8</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca. <sup>9</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, IIS Aragón y CIBEREHD, Zaragoza. <sup>10</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Ciudad Real. <sup>11</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari i Politècnic La Fe y CIBEREHD, Valencia. <sup>12</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias e ISPA, Oviedo. <sup>13</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>14</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Pedro de Alcántara, Cáceres. <sup>15</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona. <sup>16</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Burgos. <sup>17</sup>Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia. <sup>18</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid/IdiPaz y CIBERESP, Madrid.

### Resumen

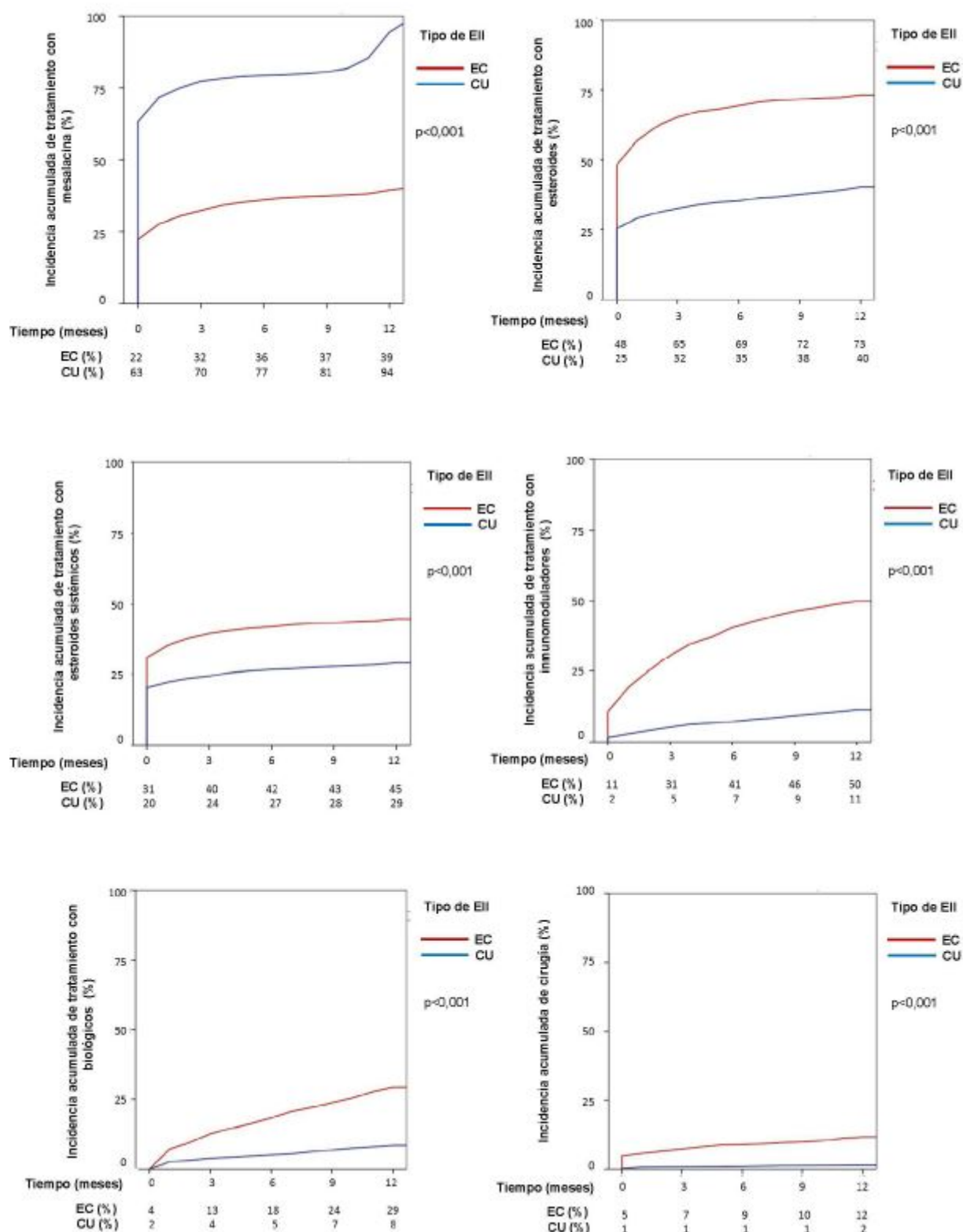
**Objetivos:** i) Evaluar la incidencia de EII en España; ii) describir sus características al diagnóstico y a lo largo de la evolución; y iii) explorar el uso de distintos tratamientos en la era de los biológicos.

**Métodos:** Estudio prospectivo, multicéntrico, nacional. Se incluyeron pacientes adultos diagnosticados de EII -enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) o EII no clasificada (EII- nc)- a lo largo de 2017 en las 17 CCAA españolas, y se seguirán durante 5 años tras el diagnóstico.

**Resultados:** 3.627 casos incidentes de EII diagnosticados durante 2017 procedentes de 111 centros que atienden a más de 22 millones de población adulta (aproximadamente el 50% de la población española) fueron registrados y formaron la cohorte incidente. La incidencia global (por 100.000 personas-año) de EII fue 16: 7,5 en EC, 8 en CU y 0,5 en EII-nc. Alrededor del 46% de los pacientes tenían EC y del 50% CU. El retraso del diagnóstico fue mayor en la EC que en la CU (5 meses vs a 2, p 0,01). Por el contrario, los pacientes con EC tuvieron mayor frecuencia de antecedentes familiares de EII (18 vs 13%, p 0,01), tabaquismo (38 vs 12%, p 0,01) y manifestaciones extraintestinales (12 vs 6%, p 0,01) que los pacientes con CU. En el momento del diagnóstico, el 18% de los pacientes con EC tenían un comportamiento estenosante o fistulizante, y el 69% de los pacientes con CU tenían colitis extensa o colitis izquierda. Durante una mediana de 12 meses de seguimiento, el 28% de los pacientes fue hospitalizado (35% en EC y 22% en CU, p 0,01). Un 2,4% de los pacientes con EC evolucionaron a fenotipos más graves y un 2% con CU a formas más

extensas. La incidencia acumulada de los distintos tratamientos se muestra en la figura.

Figura 1. Incidencia acumulada de exposición a los distintos tratamientos en la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) a lo largo del seguimiento.



**Conclusiones:** La incidencia de EII en España es relativamente alta y similar a la observada en los países del Norte de Europa. Estos pacientes consumen una elevada cantidad (mayor de lo informado hasta el momento) de recursos diagnósticos y terapéuticos.