

Estudio hospitalario de incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en el Área Sanitaria de Mérida

L. Pozzati y A. Cabanillas

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Mérida. España.

RESUMEN

OBJETIVOS: Estudiar la incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en el Área Sanitaria de Mérida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo hospitalario, que incluye todos los casos diagnosticados de EII entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2000 en el Hospital de Mérida, que es el centro de referencia para una población de 158.407 habitantes. Se calcularon las tasas brutas, las tasas estandarizadas en función de la población europea estándar y en tramos de edad de 10 años, y las tasas acumulativas. Se estableció el error estándar de las tasas para establecer un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS: En el período de 5 años analizado se han contabilizado 54 nuevos casos de EII, de los cuales 39 han sido colitis ulcerosa (CU), con una distribución por sexo de 24 varones (61,6%) y 15 mujeres (38,4%), y 15 casos de enfermedad de Crohn (EC): 7 varones (46,7%) y 8 mujeres (53,3%). La edad media al diagnóstico fue de 47,2 años para la CU y 40,8 años para la EC.

Los hallazgos en la CU con respecto a la extensión fueron: proctitis 8 (20,5%), proctosigmoiditis 3 (7,7%), colitis izquierda 18 (46,1%), colitis extensa 4 (10,3%) y pancolitis 6 (15,4%). En el caso de la EC, la afección presentó la siguiente distribución: intestino delgado 6 (40%), ileocólica 5 (33,3%) y cólica 4 (26,7%).

Las tasas de incidencia ajustadas por sexo y edad (15-64 años) y expresadas en casos/100.000 habitantes han sido las siguientes: para la CU 9,57 (IC del 95%, 0-16,3) para los varones y 2,09 (IC del 95%, 0-5,44) para las mujeres, y para la EC 3,15 (IC del 95%, 0-7,27) para los varones y 1,16 (IC del 95%, 0-3,52) para las mujeres.

HOSPITAL STUDY OF THE INCIDENCE OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE IN THE HEALTH DISTRICT OF MÉRIDA (SPAIN)

OBJECTIVES: To study the incidence of inflammatory bowel disease (IBD) in the health district of Mérida (Spain).

MATERIAL AND METHODS: Retrospective hospital study of all patients diagnosed with IBD between 1/1/96 and 31/12/00 in the Hospital de Mérida, which is the reference center for a population of 158,407 inhabitants. Overall rates, standard rates based on the standard European population at 10-year age intervals, and accumulated rates were calculated. The standard error of these rates was calculated to establish a 95% confidence interval.

RESULTS: In the five years analyzed, 54 new cases of IBD were observed. Of these, there were 39 cases of ulcerative colitis (UC) with a sex distribution of 24 men (61.6%) and 15 women (38.4%), and 15 cases of Crohn's disease (CD) in seven men (46.7%) and eight women (53.3%). The mean age at diagnosis was 47.2 years for UC and 40.8 years for CD.

In UC, involvement was as follows: proctitis in eight patients (20.5%), proctosigmoiditis in three (7.7%), left colon in 18 (46.1%), transverse colon in four (10.3%) and entire colon in six (15.4%). In CD, the following distribution was found: small intestine in six patients (40%), ileocolic in five (33.3%) and colic in four (26.7%).

The incidence rates adjusted for age (15-64 years) and sex and expressed in cases/100,000 inhabitants were as follows: UC: 9.57 (95% CI, 0-16.3) for men and 2.09 (95% CI, 0-5.44) for women; CD: 3.15 (95% CI, 0-7.27) for men and 1.16 (95% CI, 0-3.52) for women.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de las enfermedades inflamatorias intestinales, y en particular de sus dos entidades más representativas, la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC), ha ido en constante aumento¹⁻⁴ y varía según las diversas áreas geográficas. Si bien los últimos estudios disponibles sugieren que en España la incidencia –y posible-

Correspondencia: Dra. L. Pozzati.
Avda. Fernández López, 16, 6.º. 06800 Mérida.
Correo electrónico: lijuma@arrakis.es

Recibido el 11-1-2002; aceptado para su publicación el 23-5-2002.

mente la prevalencia— son ya similares a las de otros países europeos⁵⁻⁷, hay una considerable variabilidad geográfica^{8,9}.

Hasta la fecha no hay estudios epidemiológicos realizados en nuestra área sanitaria, y hemos llevado a cabo una primera aproximación con un estudio retrospectivo de ámbito hospitalario, como paso previo a futuros estudios prospectivos y poblacionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo, de ámbito hospitalario, que incluye todos los casos diagnosticados de EII entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2000.

El estudio fue llevado a cabo en el Hospital de Mérida, que es el centro de referencia terciario para una población de 158.407 habitantes (censo de 1991).

Fueron revisados los archivos de los servicios de endoscopia, cirugía y anatomía patológica y altas clínicas.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos aquellos pacientes con colitis indeterminada que en el transcurso del seguimiento no pudieron ser clasificados dentro del diagnóstico de CU o EC, y aquellos casos sugestivos de CU pero en los cuales la histología no confirmaba el diagnóstico.

Criterios de inclusión

Para la CU se tomaron como criterios diagnósticos, igual que en otros trabajos, la clínica y las características endoscópicas, pero hemos considerado la anatomía patológica como el principal criterio, de manera que en este estudio la histología fue compatible con CU en el 100% de los casos. Para la EC, se siguieron los criterios de Lennard-Jones¹⁰: clínica, radiología y endoscopia, y anatomía patológica cuando fue posible. Se tomó como fecha del diagnóstico aquella en que la anatomía patológica confirma dicho diagnóstico, o en los casos de EC en que no se ha contado con la histología, en la fecha en que se le informó el diagnóstico al paciente.

Estudio epidemiológico¹¹

Se establecieron las tasas siguientes: *a) tasas brutas de incidencia*, es decir, el número de casos nuevos producidos cada año, divididos por el total de la población en riesgo; *b) tasas específicas por edad*, en tramos de 5 en 5 años; *c) tasas estandarizadas*, es decir, las obtenidas en

caso de que las tasas específicas por edad de la población bajo estudio operaran sobre los mismos tramos de una población estándar. La incidencia estandarizada se calculó en función de la población europea estándar, adaptándonos a los tramos de edad de 10 años establecidos en el Consenso Europeo¹². La utilización de las tasas estandarizadas permite despreciar los tramos de edad donde la incidencia es baja (< 15 años y > 64 años), y agrupa períodos mayores, según la baja incidencia de esta enfermedad, disminuyendo la variabilidad anual de las tasas, y *d) tasas acumulativas*, que expresan el tanto por ciento aproximado de personas que padecerían la enfermedad al alcanzar los 74 años de edad, si no mueren antes a causa de otra enfermedad (riesgo acumulativo). Se calculó el error estándar de las tasas para establecer un intervalo de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

En el período analizado de 5 años se han contabilizado 54 nuevos casos hospitalarios de EII, de los cuales 39 han sido CU (24 varones y 15 mujeres) y 15 EC (7 varones y 8 mujeres), y que para más claridad desglosaremos en cada una de las dos enfermedades.

Colitis ulcerosa

El número total de casos fue de 39 (24 varones [61,6%] y 15 mujeres [38,4%]). La edad media al diagnóstico fue de 47,2 años (45,4 ± 18,8 en los varones [error estándar de la media (Sm), 3,8] y 49,5 ± 21,3 en las mujeres [Sm, 5,5]).

Con respecto a la extensión de la enfermedad, los hallazgos fueron: proctitis 8 casos (20,5%), proctosigmoiditis 3 (7,7%), colitis izquierda 18 (46,1%), extensa 4 (10,3%) y pancolitis 6 (15,4%).

La tasa acumulativa total (hasta los 74 años) fue del 0,40%; para las mujeres del 0,29%, y para los varones del 0,51%.

Enfermedad de Crohn

El número total de casos fue de 15 (7 varones [46,7%] y 8 mujeres [53,3%]). La edad media al diagnóstico fue de 40,8 años (37,8 ± 20,5 en los varones [Sm, 7,7] y 43,5 ± 23,9 en las mujeres [Sm, 8,4]).

La afectación de la enfermedad presentó la siguiente distribución: intestino delgado 6 casos (40,0%), ileocólica 5 (33,3%) y cólica 4 (26,7%).

La tasa acumulativa total fue del 0,13%; para las mujeres del 0,14%, y para los varones del 0,11%.

Las tasas de incidencia bruta y las de incidencia ajustada por edad y sexo de ambas enfermedades se hallan expresadas en las tablas I y II.

TABLA I. Tasas brutas de incidencia por 100.000 habitantes

	N.º de casos	Incidencia
Colitis ulcerosa		
Varones	24	6,91
Mujeres	15	3,18
Total	39	5,08
Enfermedad de Crohn		
Varones	7	2,30
Mujeres	8	1,99
Total	15	2,15

TABLA II. Incidencia ajustada^a por edad y sexo en el grupo de población entre 15 y 64 años de edad

	Varones		Mujeres		Total	
	Incidencia	IC del 95%**	Incidencia	IC del 95% ^b	Incidencia	IC del 95%**
Colitis ulcerosa	9,57	0-16,6	2,09	0-5,4	3,36	0,3-6,3
Enfermedad de Crohn	3,15	0-7,2	1,16	0-3,5	1,34	0-3,19

^aTasa de incidencia ajustada por 100.000. ^bIC: intervalo de confianza; 0: el límite inferior del IC es negativo.

DISCUSIÓN

El presente estudio es retrospectivo y está basado en registros hospitalarios y, si bien el hospital centraliza prácticamente la totalidad de los servicios de endoscopia, radiología y anatomía patológica del área sanitaria, los cálculos de incidencia serán aproximados y probablemente menores de los que ofrecería un estudio poblacional. No obstante, cuando se realice el estudio poblacional en esta área, consideramos que las cifras probablemente confirmen la tendencia de los datos que se expresan en el presente estudio.

Al igual que en otros trabajos^{17,18}, en nuestros resultados se observan dos modas con respecto a la edad de aparición en la CU.

La CU presenta un pico en 1998, y luego tiende a estabilizarse, mientras que la EC parece ir en aumento en el último año estudiado, tendencias que coinciden con otros trabajos^{19,20}. Quizás el problema mayor surge a la hora de comparar los resultados con los de estudios llevados a cabo en otras regiones españolas, ya que aquellos de tipo retrospectivo que emplean la misma metodología que el nuestro en la recogida de datos, sólo expresan tasas brutas de incidencia, mientras que aquellos que han estandarizado las tasas, difieren en la metodología porque son prospectivos y poblacionales. En la tabla III se comparan las

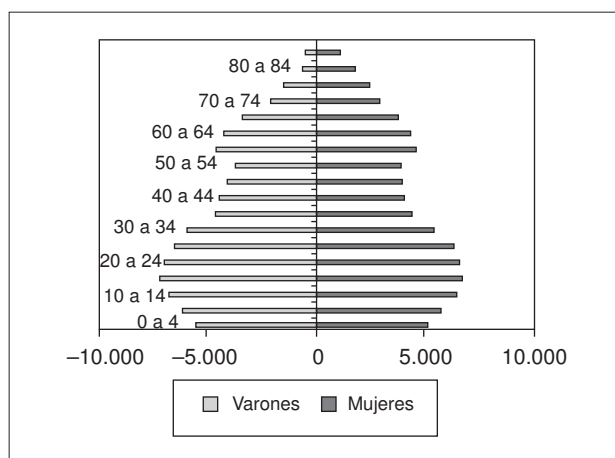


Fig. 1. Pirámide poblacional del Área Sanitaria de Mérida (censo de 1991).

tasas brutas halladas en nuestra área con las de otras regiones españolas^{1-7,13-16}.

Un factor de error al calcular la incidencia puede deberse a las características de la población en las diversas regiones. En la zona de Extremadura la pirámide poblacional se halla estrangulada en el centro, debido a la emigración a otras regiones en los años precedentes. Como se puede apreciar en la figura 1, hay una disminución de la población en los tramos de edad en que justamente la enfermedad es más frecuente. Una manera de corregir este aspecto es realizando el ajuste de las tasas brutas a tasas estandarizadas.

En las tablas IV y V se comparan las tasas estandarizadas de estudios prospectivos poblacionales en varias regiones españolas y en el sur de Europa^{5,6} y las de nuestro estudio. Cabe señalar que la metodología aplicada para nuestra recogida de datos difiere de las demás, ya que es retrospectiva.

TABLA III. Tasas brutas de incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (casos/100.000 habitantes/año)

	Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Zaragoza	3,66	3,33
Teruel	3,17	0,94
Asturias	2,84	2,08
Castilla-La Mancha Centro	6,95	6,11
El Ferrol	5,30	3,20
Navalmoral de la Mata	8,1	4,5
Mérida	5,08	2,15

TABLA IV. Colitis ulcerosa. Tasas ajustadas por sexo y edad (15-64 años) (casos/100.000 habitantes/año)

	Varones		Mujeres		Total	
	Incidencia	IC del 95%	Incidencia	IC del 95%	Incidencia	IC del 95%
Sabadell	12,8	6,4-19,2	6,7	2,2-11,2	9,8	5,8-13,7
Vigo	8,0	3,6-12,3	7,4	3,4-11,4	7,7	4,7-10,6
Mallorca	10,4	5,8-15,0	5,4	2,0-8,7	7,8	5,0-10,7
Motril	2,3	0-6,8	6,3	0-14,2	4,3	0-8,8
Aragón	9,2	7,4-11,0	7,2	6,1-8,3	7,2	6,1-8,3
Sur de Europa	10,3	8,4-12,3	6,9	5,0-8,9	8,7	5,9-11,5
Mérida	9,5	0-16,3	2,09	0-5,4	3,36	0,3-6,3

TABLA V. Enfermedad de Crohn. Tasas ajustadas por sexo y edad (15-64 años) (casos/100.000 habitantes/año)

	Varones		Mujeres		Total	
	Incidencia	IC del 95%	Incidencia	IC del 95%	Incidencia	IC del 95%
Sabadell	5,8	6,4-19,2	6,7	2,2-11,2	5,2	2,2-8,0
Vigo	7,3	3,6-12,3	7,4	3,4-11,4	5,0	2,7-7,2
Mallorca	5,3	5,8-15,0	5,4	2,0-8,7	5,8	3,4-8,3
Motril	8,7	0-6,8	6,3	0-14,2	6,5	1,0-1,2
Aragón	4,6	3,4-5,8	3,16	2,1-4,2	3,9	3,1-4,7
Sur de Europa	3,8	1,9-5,8	4,0	2,0-6,0	3,9	1,1-6,9
Mérida	3,15	0-7,2	1,16	0-3,5	1,34	0-3,2

Como conclusión, es preciso mencionar que existen pocos estudios prospectivos poblacionales para valorar la incidencia de la EII, y pueden apreciarse diferencias importantes en la valoración final, al compararlos con otros retrospectivos (la mayoría) y con el cálculo de las tasas brutas exclusivamente¹⁹.

Consideramos el presente estudio como una primera aproximación a la situación epidemiológica de la EII en nuestra área, pero hemos comprobado que para comparar las tasas de incidencia de otras regiones españolas y de otros países deberían realizarse los estudios con la misma metodología, tanto en cuanto a la recogida de datos como a los cálculos estadísticos¹⁸.

Sólo de esta forma se podría aclarar si las diferencias norte-sur son realmente considerables, ya que uno de los estudios epidemiológicos más importantes realizados hasta el momento¹² ha encontrado que, si bien estas diferencias existen, no eran tan amplias como cabía esperar según los trabajos precedentes. Esto tendría una implicación epidemiológica muy importante, ya que obligaría a replantear la situación geográfica como factor epidemiológico, lo que hasta el presente era un hecho indiscutiblemente aceptado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cella Lanau J, López Zaborras J, Gomollón García F, Sáinz Samitier R. Enfermedad inflamatoria en Aragón: un diagnóstico cada vez más frecuente. *Rev Esp Enferm Dig* 1995;87:363-7.
2. Ruiz Ochoa V. Sociedad Gallega de Patología Digestiva. Estudio epidemiológico de la enfermedad de Crohn en Galicia en el período 1976-1983. *Rev Esp Enferm Dig* 1984;66:273-9.
3. Sola Lamoglia R, García Ruges AM, Mones Xiol J, Badosa Gallart C, Badosa Gallart J, Casellas F, et al. Enfermedad inflamatoria crónica intestinal en Cataluña (Barcelona y Girona). *Rev Esp Enferm Dig* 1992;81:7-14.
4. Alonso P, Ulla M, Soriano M. Enfermedad inflamatoria intestinal en la provincia de Soria. Estudio clínico y epidemiológico retrospectivo del período 1981-1990. *Rev Esp Enferm Dig* 1992;82:91.
5. Brullet E, Bonfill X, Urrutia G, Ruiz Ochoa V, Cueto M, Cloufent J, et al. Estudio epidemiológico sobre la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en cuatro áreas españolas. *Med Clin (Barc)* 1998;110:651-6.
6. López Miguel C, Sicilia B, Sierra E, López Zaborras J, Arribas F, Gomollón F. Incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en Aragón. Resultados de un estudio prospectivo y poblacional. *Gastroenterol Hepatol* 1999;22:323-8.
7. Saro Gismera C, Lacort Fernández M, Milla A, Sánchez R, Chovac S, Riestra G, et al. Enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Incidencia y prevalencia en Asturias. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91(Supl 1):100.
8. Sonnenberg A, McCarty D, Jacobsen S. Geographic variation of inflammatory bowel disease within the United States. *Gastroenterology* 1991;100:143-9.
9. Pajares J, Gisbert J. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en España. Una revisión sistemática. *Rev Esp Enferm Dig* 2001;93:9-14.
10. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 1989;24(Suppl 170):2-6.
11. Cabanillas Arias A. Análisis epidemiológico descriptivo del cáncer de pulmón en el área sanitaria de Mérida y estudio exploratorio de los factores que lo justifican [tesis doctoral]. Badajoz: Universidad de Extremadura, 1998.
12. Shivananda S, Lennard Jones J, Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L, et al. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of European collaborative study on inflammatory bowel disease (EC-IBD). *Gut* 1996;38:690-7.
13. Garza E, Thomson C, Lucas M. Epidemiología de la enfermedad intestinal inflamatoria en el Área de Salud de Teruel. *Rev Esp Enf Dig* 1994;85(Supl 1):40.
14. Pérez Roldán F, López Carmona F, Alcaine Paricio A, Legaz Huidobro ML, Cabanillas Sabio F, González Carro P, et al. Estudio epidemiológico de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica en el Área de Salud del Hospital General Castilla-La Mancha Centro. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91(Supl 1):111.
15. Echarri A, Dancausa L, Cacabelos F, García de Castro R, Castro Alvario J. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad inflamatoria intestinal en el Área de El Ferrol. *Rev Esp Enferm Dig* 2000;92(Supl 1):193.
16. Herráez García J. Aspectos epidemiológicos de la enfermedad inflamatoria intestinal. Actas del 1er. Congreso de la Sociedad Extremeña de Medicina Interna. Badajoz, 5 y 6 de noviembre de 1999.
17. Maté Jiménez J, Pajares García J, Ruiz Agrados E. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal: sexo, edad, raza, herencia, genética. *Rev Esp Enferm Dig* 1994;86:606-11.
18. González Lara V, Pérez Calle JL. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal en España. *Rev Esp Enferm Dig* 2001;93:1-4.
19. Farrokhyar R, Swarbrick ET, Irvine EJ. A critical review of epidemiological studies in inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol* 2001;36:2-15.
20. Fonager K, Sorensen HT, Olsen J. Change in incidence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Denmark. A study based on the National Registry of Patients 1981-1992. *Int J Epidemiol* 1997;26:1003-8.