



CARTA CIENTÍFICA

Prevalencia de las manifestaciones extraintestinales, factores de riesgo y manejo terapéutico en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal



Prevalence of extra-intestinal manifestations, risk factors and therapeutic management in patients with inflammatory bowel disease

Introducción

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pueden desarrollar manifestaciones extraintestinales (MEI), ocasionando un impacto negativo en la calidad de vida y pudiendo llegar a ser graves, invalidantes e incluso suponer un riesgo vital algunas de ellas^{1,2}. El objetivo del estudio es evaluar la prevalencia, los posibles factores de riesgo y las principales características de los pacientes con EII que presentan MEI en nuestro medio.

Pacientes y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y analítico, en el que se incluyen 519 pacientes diagnosticados y seguidos en la consulta de EII de nuestro centro (tabla 1).

Resultados

El 15% de los pacientes presentaron al menos una MEI, siendo las más frecuentes las articulares (11,8%), seguidas de las cutáneas (3,9%) y las oculares (2%). El 1,7% de los pacientes presentó eventos tromboembólicos, no encontrándose ningún caso de CEP en nuestra cohorte.

En el análisis bivalente se observó que la presencia de MEI fue más frecuente en los pacientes con EC (p 0,02), localización ileocólica (p < 0,001), necesidad de cirugía (p 0,03) y curso grave de la EII (p < 0,001). El análisis multivariante mostró que el sexo femenino (p 0,04; OR: 1,60; 1,17-2,66), la EC (p 0,02; OR: 1,90; 1,08-3,34) y el curso grave de la enfermedad (p < 0,001; OR: 3,28; 1,83-5,87) fueron factores de riesgo de desarrollar MEI. La mayoría de los pacientes tuvieron

Tabla 1 Características basales de los pacientes con EII incluidos en el estudio

Variables	Cohorte pacientes EII (n = 519)
<i>Edad (años)</i>	44,6 ± 14,2
<i>Duración de la enfermedad (años)</i>	10,1 ± 6,8
<i>Sexo</i>	
Varón	271/519 (52,2%)
Mujer	248/519 (47,8%)
<i>Tipo de EII</i>	
EC	263/519 (50,7%)
CU	240/519 (46,2%)
Colitis sin clasificar	16/519 (3,1%)
<i>Localización CU^a</i>	
E1 proctitis	40/240 (16,7%)
E2 colitis izquierda	106/240 (44,2%)
E3 colitis extensa	94/240 (39,1%)
<i>Edad al diagnóstico EC (años)^a</i>	
A1 (< 16)	14/263 (5,4%)
A2 (17-40)	168/263 (63,9%)
A3 (>40)	81/263 (30,8%)
<i>Localización EC^a</i>	
L1 (ileal)	95/263 (36,2%)
L2 (cólica)	54/263 (20,5%)
L3 (ileocólica)	104/263 (39,1%)
L4 (tracto digestivo superior)	10/263 (3,8%)
<i>Patrón de EC^a</i>	
B1 (inflamatorio)	96/263 (36,5%)
B2 (estenosante)	66/263 (25,1%)
B3 (penetrante)	101/263 (38,4%)
<i>EPA</i>	65/263 (24,7%)
<i>Hábito tabáquico (fumadores)</i>	86/519 (16,6%)
<i>Necesidad de cirugía</i>	74/519 (14,3%)
<i>AF de EII</i>	39/519 (7,5%)
<i>Uso de IMM</i>	142/519 (27,3%)
<i>Uso de biológico</i>	142/519 (27,3%)
<i>Curso de la enfermedad</i>	
Leve	255/519 (49,1%)
Grave	264/519 (50,9%)

AF.; CU.; EC.; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; EPA:..

ron respuesta al tratamiento de forma completa (76,9%) o parcial (14,1%).

Discusión

La prevalencia de MEI en los pacientes con EII en nuestro medio fue del 15%, una cifra acorde a los resultados del estudio de Hernández-Tejero et al., más reciente y con criterios de exclusión similares a nuestro trabajo, y también muy semejantes a los publicados recientemente del registro español ENEIDA, en el que se analizaron 31.077 pacientes encontrando una prevalencia global de MEI del 19%³⁻⁵.

En nuestro medio, las MEI más frecuentes fueron las articulares seguidas de las cutáneas, con una distribución acorde a lo publicado en la mayoría de las series^{2,4,5}. En nuestra experiencia, ningún paciente presentó CEP (basado el diagnóstico en la alteración del perfil hepático junto con unos hallazgos radiológicos compatibles mediante la realización de colangio-resonancia). Si bien, en otros estudios españoles, se han descrito entre 0-3 casos de CEP en los pacientes con EII^{3,4}.

Por otro lado, conocemos algunos factores de mal pronóstico que se asocian a un curso más grave de la EII. Si bien, la evidencia actual sobre los factores asociados a una mayor probabilidad de desarrollar MEI resulta limitada. Algunos factores reportados han sido la EII activa, los antecedentes familiares de EII, el tabaquismo, la enfermedad perianal o la afectación de colon². El estudio español de Hernández-Tejero et al., encontró como factores de riesgo el sexo femenino y la gravedad de la EII (definida como la necesidad de tratamiento inmunosupresor o anti-TNF), al igual que en nuestro trabajo⁴.

En nuestra cohorte, encontramos como factores de riesgo el sexo femenino, la EC y el curso grave de la EII, muy similares a los publicados en ENEIDA, que añadieron la afectación extensa y la historia familiar de la EII⁵.

Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones, ya que es unicéntrico y de diseño retrospectivo. Asimismo, la falta de seguimiento en el tiempo podría limitar la interpretación de causalidad y la presencia de asociación. Si bien, presenta un tamaño muestral amplio y representativo que permite extraer conclusiones de consistencia considerable. Además, se han utilizado criterios de exclusión estrictos en cuanto a la definición de MEI, lo que permitiría obtener resultados más fiables en práctica clínica, evitando el sobrediagnóstico.

Otro punto fuerte del estudio es que se ha considerado como posible factor de riesgo la necesidad de cirugía relacio-

nada con la EII, ya que es un aspecto que confiere gravedad y podría asociarse al desarrollo de MEI, siendo más frecuente en los pacientes con MEI en el análisis bivalente, aunque perdiendo la significación estadística en el multivariante, de forma similar a los resultados de ENEIDA⁵.

Conclusiones

El 15% de los pacientes con EII en nuestro medio presentaron al menos una MEI, siendo las más frecuentes las articulares. La EC, el curso grave de la enfermedad y el sexo femenino fueron los factores de riesgo de desarrollar MEI. La mayoría de los pacientes presentaron respuesta al tratamiento.

Bibliografía

1. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Muri Boberg K, et al. The First European Evidence-bases Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohn's Colitis*. 2016;10:230–54.
2. Vavricka SR, Schoepfer A, Scharl M, Lakatos PL, Navarini A, Rogler G. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21:1982–92.
3. Repiso A, Alcántara M, Muñoz-Rosas C, Rodríguez-Merlo R, Pérez-Gruoso MJ, Carroles JM, et al. Extraintestinal manifestations of Crohn's disease: prevalence and related factors [Article in English, Spanish]. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98:510–7.
4. Hernández Tejero M, Granja Navacerrada A, Bernal Checa P, Piqué Becerra R, Algaba García A, Guerra Marina I, et al. Prevalencia, factores de riesgo y respuesta al tratamiento de las manifestaciones extraintestinales en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Esp Enferm Dig*. 2017;109:627–33.
5. Algaba A, Guerra I, Ricart E, Iglesias E, Mañosa M, Gisbert JP, et al. Extraintestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease: Study based on the ENEIDA registry. *Dig Dis Sci*. 2021;66:2014–230, <http://dx.doi.org/10.1007/s10620-020-06424-x>.

Esther Merino Gallego* y Francisco Gallardo Sánchez

Unidad de Gestión Clínica del Aparato Digestivo, Hospital de Poniente, El Ejido, Almería, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: esthim@gmail.com

(E. Merino Gallego).