



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal

Epidemiology of inflammatory bowel disease

Dra. Carolina Figueroa^a✉

^a Programa de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 13 03 2019.

Aceptado: 26 06 2019.

Palabras clave:

Enfermedad inflamatoria intestinal, epidemiología, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa.

Key words:

Inflammatory Bowel Disease, epidemiology, Crohn's Disease, ulcerative colitis.

RESUMEN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) engloba principalmente a la Colitis ulcerosa (CU) y a la Enfermedad de Crohn (EC). Ambas patologías son de carácter crónico y de etiología desconocida. No existe un tratamiento definitivo para esta condición y las terapias disponibles son de alto costo. Los casos de EII han ido en aumento en todo el mundo y esto es especialmente llamativo en países en vías de desarrollo. Si bien la incidencia sigue siendo mayor en Norteamérica y Europa, hemos conocido recientemente datos epidemiológicos de zonas como Asia y Medioriente donde la incidencia ha ido al alza. Este fenómeno también parece estar sucediendo en Latinoamérica, aunque hay pocos estudios epidemiológicos en la región.

ABSTRACT

Inflammatory Bowel Disease (IBD) includes mostly ulcerative colitis (UC) and Crohn's disease (CD). Both conditions are chronic and of unknown etiology. There is no definitive treatment for this condition and the available therapies are expensive. IBD has been increasing worldwide and this is especially remarkable in developing countries. Although the incidence is still higher in North America and Europe, we have recently known epidemiological data from areas such as Asia and the Middle East, where the incidence has increased. This phenomenon also seems to be happening in Latin America although there are few epidemiological studies in the region.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: cfigueroa@clinicalascondes.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.06.003>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

La Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba principalmente dos patologías: Colitis ulcerosa (CU) y Enfermedad de Crohn (EC). La EC se caracteriza por un compromiso inflamatorio discontinuo y transmural que puede afectar cualquier segmento del tubo digestivo, pudiendo evolucionar incluso con estenosis luminal o con formación de abscesos o fístulas¹. La CU es un proceso inflamatorio confinado a la mucosa y submucosa del colon, con una gradiente de compromiso característico, siendo mayor de distal a proximal y con extensión variable². Estas patologías son de carácter crónico, evolucionando con períodos de actividad y remisión, afectando de manera importante la calidad de vida de quienes las padecen. A pesar de los avances en investigación de los últimos años, aún se desconoce con exactitud la etiología de la enfermedad y no se ha encontrado una cura definitiva. La EII requiere de tratamientos prolongados o permanentes, que en algunos casos no logran controlar la enfermedad, pudiendo necesitar cirugía o presentar complicaciones.

Su etiopatogenia es compleja y multifactorial, involucrando factores genéticos y ambientales, alteraciones de la microbiota intestinal y de la respuesta inmune. Los cambios en el estilo de vida de los países desarrollados y en vías de desarrollo han contribuido en un aumento en la prevalencia mundial de esta enfermedad.

El objetivo de esta revisión es conocer la epidemiología de la EII a nivel mundial y regional, considerando algunos de los factores que pueden estar influyendo en ella.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA EII EN EL MUNDO: NORTEAMÉRICA, EUROPA Y OCEANÍA

En Occidente, la incidencia y prevalencia de la EII ha aumentado en los últimos 50 años³.

La mayor incidencia anual de EC se encuentra en Norteamérica (20.2 por 100000, personas/año); mientras que la incidencia anual de CU es mayor en Europa (24.3 por 100000 por persona año)⁴.

Históricamente se ha descrito una gradiente geográfica con mayor incidencia en el norte que en el sur. Sin embargo, en los últimos años esto se ha modificado. En Norteamérica las incidencias más altas de EC se presentan en Canadá y en el norte de Estados Unidos (EE.UU.), al comparar con el lado sur del continente⁵. Sin embargo, una de las incidencias más altas de EC en EE.UU. ha sido reportada en Georgia⁶ (sur de EE.UU.) y por otro lado Canadá del Norte tiene una baja incidencia, comparado con Canadá del Sur. Esto último en particular, probablemente se deba a la presencia de aborígenes en el norte de Canadá, grupo étnico en los que no se ha reportado la presencia de EII⁷.

También se ha reportado una gradiente Norte-Sur para EII en Europa, aunque en los últimos años esta gradiente se ha ido estrechando debido al aumento de los casos de EII en países del sur como España y Grecia, donde la incidencia de CU es de 11/100000 y 9/100000, respectivamente⁸⁻¹¹. Los rangos de incidencia promedio para CU son de 11.8/100000 en el norte y de 8.7/100000 en el sur. En el caso de EC los rangos promedios de incidencia son de 6.3/100000 y de 3.6/100000 para norte y sur, respectivamente¹².

Es destacable señalar que Europa del Este ha experimentado un aumento rápido de la incidencia y de la prevalencia de la EII, llegando en algunos países a alcanzar la incidencia de países del norte de Europa o Norteamérica¹³. Sin perjuicio de esto, un estudio prospectivo de una cohorte de 31 centros europeos, demostró que existe un gradiente oeste-este de 2:1 en la incidencia en ese continente, siendo las Islas Faroe el lugar con mayor incidencia¹⁴.

Otro ejemplo son Australia y Nueva Zelanda donde actualmente se describen incidencias más altas que en el pasado^{15,16}.

En general podemos decir que la incidencia y prevalencia de EC y CU se ha estabilizado en Europa, Norteamérica y Australia. Sin embargo, sigue siendo alta con respecto al resto del mundo¹⁷.

EPIDEMIOLOGÍA DE EII EN ASIA, ÁFRICA Y MEDIO-ORIENTE

Hace algunos años se describían incidencias muy bajas de EII en zonas como Asia y países en vías de desarrollo. Sin embargo, actualmente se ha observado en estas zonas la misma tendencia al alza en la incidencia ya descrita. Es destacable señalar que en estas regiones, si bien los datos epidemiológicos son escasos aún, se ha observado que al aumentar la incidencia de la EII, aparece primero un alza en CU y posteriormente, con una diferencia de 10 años, empieza a elevarse la incidencia de EC^{18,19}.

En áreas donde la prevalencia era tradicionalmente mucho más baja⁴, como China, Corea del Sur, India, Líbano, Tailandia y África del norte, la prevalencia parece estar aumentando en paralelo a su mayor industrialización y occidentalización^{19,20-22}.

En la década de los 80 y 90, Asia tenía una proporción mucho mayor de CU con respecto a EC, pero en el 2000 la incidencia de EC aumentó. En Corea del Sur, entre los años 1986 y 1990 y entre 2001 y 2005 la incidencia de CU ha aumentado de 0.3/100000 a 1.3/100000 y la de EC ha aumentado de 0.5/100000 a 1.3/100000. En China, una revisión sistemá-

tica de cohortes de hospitalizados entre 1950 a 2002 estimó una incidencia y prevalencia de EC de $0.3/10^5$ y $1.4/10^5$, respectivamente. En India la prevalencia de CU en la población Punjabi ha sido reportada en $44/100000$ y su incidencia en $6.0/100000$ ²².

En áreas de incidencia emergente, como Asia, existe una predominancia en hombres para EC, siendo más homogénea la distribución por género en CU. La edad de diagnóstico en Asia es levemente superior que en países de Europa y rara vez se describe un segundo *peak* de incidencia²³.

Se ha demostrado que la migración desde lugares de baja prevalencia de EII a lugares de prevalencia mayor, aumenta el riesgo de esos migrantes de presentar EII. En un estudio se observó que un grupo de niños que migraron desde Asia del Sur a la Columbia Británica (CB) presentaron una incidencia de EII incluso mayor que el resto de la población pediátrica de CB²⁴.

La edad en la que se migra también tendría impacto en el desarrollo de EII, siendo mayor el riesgo para aquellas personas que migran en edades precoces a zonas de mayor prevalencia²⁵. En este mismo sentido, un estudio demostró que migrantes de España hacia otros países tenían un riesgo mayor de EII cuando la migración era hacia países de Europa occidental (odds ratio [OR] 1.91, 95% IC 1.07-3.47), no así cuando era hacia Latinoamérica (OR 1.48, 95% CI 0.67-3.27)²⁵. Esta evidencia refuerza la importancia que pueden estar jugando los factores ambientales en el desarrollo de la EII.

Tradicionalmente se creía que la EII era menos frecuente en poblaciones no caucásicas, sin embargo, se ha descrito, por ejemplo, en Georgia, que la mayor incidencia de EC está en los niños afroamericanos⁶.

Al parecer, los hispanos y los asiáticos de Norteamérica tienen una prevalencia más baja de EC que los caucásicos. Sin embargo, una revisión sistemática de EII y etnias demostró que la incidencia de EII ha aumentado entre 1996 y 2000 en hispanos (Puerto Rico) de $2.6/100000$ a $7.5/100000$ y en asiáticos residentes en Reino Unido de $0.3/100000$ a $5.3/100000$ ²⁶. Por otro lado, otro estudio mostró que en niños migrantes en California, asiáticos e hispanos tienen una tendencia mayor a desarrollar CU y en afroamericanos mayor a EC²⁷.

Hay reportes que señalan que poblaciones de Asia del Sur que migran a Reino Unido tienen un mayor riesgo de desarrollar CU que la población residente ($17/100000$ vs $7/100000$)²⁸. Existe una alta prevalencia de EII en la población judía. En los residentes fuera de Israel, la prevalencia de EII se mantiene por sobre la población no judía. Cuando la prevalencia es alta en toda la población local (como lo es en Malmo, Suecia), ésta

es mayor en la población judía que vive en esa zona comparado con los judíos residentes en zonas de más baja prevalencia de EII²⁹.

Desde los años 60 se ha descrito una incidencia más baja de EII en judíos nacidos en Asia, África e Israel comparado con los nacidos en Europa y Norteamérica³⁰. Diez años después, la prevalencia de EII en Israel ha aumentado en todos los grupos étnicos, reduciéndose las diferencias previamente reportadas^{31,32}.

Debido a que la EII es una condición crónica de baja mortalidad, es probable que la prevalencia esté aumentando, en parte, porque actualmente se diagnostica de manera más precoz, lo que implicaría una mayor duración de la enfermedad en el tiempo.

EDAD Y SEXO

Con respecto a la edad de presentación, la incidencia más alta se ha descrito entre la segunda y cuarta década de la vida, con una edad mediana de presentación levemente más alta para CU con respecto a EC³². Estudios clásicos describieron una distribución bimodal con las incidencias más altas entre los 20 y 39 años y otro *peak* a los 60 años. Sin embargo, este segundo *peak* no se describe en un estudio más reciente³².

Con respecto a género y EII se han encontrado diferencias marginales, mostrando una distribución por género similar en múltiples estudios. Sin embargo, en un estudio en Ontario, Canadá, se observó que en los pacientes con EC más jóvenes (5-9 años y 10-14 años) había predominancia de hombres, lo que se equiparaba para ambos géneros en el grupo de 15-17 años⁹.

Existe una tendencia a que los hombres con EII sean diagnosticados más tardíamente con respecto a las mujeres, especialmente en CU³⁴.

Con respecto a la incidencia y prevalencia en edad pediátrica una revisión sistemática reciente, describe que las incidencias mayores se observan en países industrializados de Norteamérica y Europa Occidental. Esta incidencia ha ido en aumento en países desarrollados, como también en países en vías de desarrollo. Este cambio en la incidencia es señalado como una oportunidad para estudiar la etiología de la EII³⁵.

EII EN LATINOAMÉRICA

En Latinoamérica existen pocos estudios epidemiológicos en EII. Recientemente se publicó una revisión sistemática donde se describe que la carga de la EII en la región parece ser importante³⁶. A pesar de las pocas publicaciones, algunos

estudios han reportado un crecimiento en la frecuencia tanto de EC como de CU, a pesar de su baja incidencia^{37,38}. En una región de Brasil se describió un aumento del número de casos de EII desde 1.53 casos/100000 habitantes a 12.8 casos/100000 en 25 años³⁹. En este estudio hubo un predominio de pacientes con CU sobre EC, menores de 40 años, con mestizaje racial y bajo nivel de ingreso económico.

En Chile dos estudios han descrito un aumento de los casos de EII en los últimos años. Simian y cols. describen el aumento sostenido de casos en un programa de atención a pacientes con EII en un centro hospitalario privado. Existe una marcada superioridad en número de pacientes con CU por sobre EC en la cohorte evaluada, con una razón CU/EC=2.5³⁷. Esta proporción que favorece el número de casos de CU por sobre EC se ha descrito en general en las regiones, en vías de desarrollo, donde la prevalencia de la EII es baja, como en Asia¹⁸⁻¹⁹, a diferencia de Norteamérica y Europa donde la razón CU/EC tiende a 1. En un estudio descriptivo de Jaime *et al.*, basado en datos esta-

dísticos del Ministerio de Salud chileno, se concluye que en el período 2001 a 2012 hubo un aumento significativo del número de pacientes hospitalizados por EII en Chile³⁸. Sin embargo, no contamos aún con datos nacionales que permitan conocer la incidencia y prevalencia de la EII en nuestro país. Lo mismo sucede en la mayoría de los países latinoamericanos donde las publicaciones constituyen reportes de centros aislados o zonas geográficas específicas, o no están actualizados^{40,41}.

Sin duda, la elaboración de registros nacionales en países latinoamericanos permitirán conocer la realidad de la EII en nuestra región. Esta labor es trascendente, considerando que el período de cambio que se vive en cuanto a industrialización y estilo de vida, conforma un escenario ideal para la investigación de la historia natural de la EII en zonas geográficas donde esta patología parece estar manifestando un auge. Por otro lado, conocer la epidemiología local permitirá generar guías de diagnóstico temprano y tratamientos oportunos en nuestros pacientes.

Declaración conflicto de intereses

La autora declara que, en relación a este artículo, no existen conflictos de interés a declarar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet* 2012; 380: 1590-1605.
- Ordás I, Eckmann L, Talamini M, Baumgart DC, Sandborn WJ. Ulcerative colitis. *Lancet* 2012; 380: 1606-1619.
- Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology*. 2011 May;140(6):1785-94.
- Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review. *Gastroenterology*. 2012;142:46-54 e42; quiz e30.
- Sonnenberg A. Demographic characteristics of hospitalized IBD patients. *Dig Dis Sci* 2009;54:2449-2455.
- Ogunbi SO, Ransom JA, Sullivan K, Schoen BT, Gold B. Inflammatory bowel disease in African-American children living in Georgia. *J Pediatr* 1998;133:103-107.
- Blanchard JF, Bernstein CN, Wajda A, Rawsthorne P. Small-area variations and sociodemographic correlates for the incidence of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Am J Epidemiol* 2001;154:328-335.
- Ladas SD, Mallas E, Giorgiotis K, et al. Incidence of ulcerative colitis in Central Greece: a prospective study. *World J Gastroenterol* 2005;11:1785-1787.
- Rodrigo L, Riestra S, Nino P, et al. A population-based study on the incidence of inflammatory bowel disease in Oviedo (Northern Spain). *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:296-305.
- López-Serrano P, Pérez-Calle JL, Carrera-Alonso E et al. Epidemiologic study on the current incidence of inflammatory bowel disease in Madrid. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009 Nov;101(11):768-72.
- Martín-de-Carpi J, Rodríguez A, Ramos E et al. The complete picture of changing pediatric inflammatory bowel disease incidence in Spain in 25 years (1985-2009): the EXPERIENCE registry. *Sociedad Española de Gastroenterología Hepatología Nutrición Pediátrica. J Crohns Colitis*. 2014 Aug;8(8):763-9.
- Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L, van Blankenstein M. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD). *Gut* 1996;39:690-697.
- Lovasz BD, Golovics PA, Vegh Z, Lakatos PL. New trends in inflammatory bowel disease epidemiology and disease course in Eastern Europe. *Dig Liver Dis*. 2013 Apr;45(4):269-76.
- Burisch J, Pedersen N, Čuković-Čavka S, et al. East-West gradient in the incidence of inflammatory bowel disease in Europe: the ECCO-EpiCom inception cohort. *Gut*. 2014 Apr;63(4):588-97.
- Benchimol EI, Guttman A, Griffiths AM, et al. Increasing incidence of paediatric inflammatory bowel disease in Ontario, Canada: evidence from health administrative data. *Gut*. 2009;58:1490-1497.
- Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004;126:1504-1517.
- Ananthakrishnan AN. Epidemiology and risk factors for IBD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015 Apr;12(4):205-17.
- Bernstein CN, Shanahan F. Disorders of a modern lifestyle: reconciling the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Gut*. 2008;57: 1185-1191.
- Thia KT, Loftus EV Jr, Sandborn WJ, Yang SK. An update on the epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia. *Am J Gastroenterol* 2008;103:3167-3182.
- Ng SC, Bernstein CN, Vatn MH, et al. Epidemiology and Natural History Task Force of the International Organization of Inflammatory Bowel

- Disease (IOIBD). Geographical variability and environmental risk factors in inflammatory bowel disease. *Gut*. 2013 Apr;62(4):630-49.
21. Yang SK, Hong WS, Min YI, et al. Incidence and prevalence of ulcerative colitis in the Songpa-Kangdong District, Seoul, Korea, 1986-1997. *J Gastroenterol Hepatol*. 2000 Sep;15(9):1037-42.
 22. Sood A, Midha V, Sood N, Bhatia AS, Avasthi G. Incidence and prevalence of ulcerative colitis in Punjab, North India. *Gut* 2003;52:1587-1590. 1986-1997. *J Gastroenterol Hepatol* 2000;15:1037-1042.
 23. Prideaux L, Kamm MA, De Cruz PP, Chan FK, Ng SC. Inflammatory bowel disease in Asia: a systematic review. *J Gastroenterol Hepatol*. 2012;27:1266-1280.
 24. Pinsk V, Lemberg DA, Grewal K, Barker CC, Schreiber RA, Jacobson K. Inflammatory bowel disease in the South Asian pediatric population of British Columbia. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:1077-1083.
 25. Barreiro-de Acosta M, Alvarez Castro A, Souto R, Iglesias M, Lorenzo A, Dominguez-Munoz JE. Emigration to western industrialized countries: A risk factor for developing inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2011;5:566-569.
 26. Hou JK, El-Serag H, Thirumurthi S. Distribution and manifestations of inflammatory bowel disease in Asians, Hispanics, and African Americans: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2009;104:2100-2109.
 27. Abramson O, Durant M, Mow W, et al. Incidence, prevalence, and time trends of pediatric inflammatory bowel disease in Northern California, 1996 to 2006. *J Pediatr* 2010;157:233-239.
 28. Probert CS, Jayanthi V, Pinder D, Wicks AC, Mayberry JF. Epidemiological study of ulcerative proctocolitis in Indian migrants and the indigenous population of Leicestershire. *Gut* 1992;33:687-693.
 29. Gilat T, Hacohen D, Lilos P, Langman MJ. Childhood factors in ulcerative colitis and Crohn's disease. An international cooperative study. *Scand J Gastroenterol* 1987;22:1009-1024.
 30. Fireman Z, Grossman A, Lilos P, Eshchar Y, Theodor E, Gilat T. Epidemiology of Crohn's disease in the Jewish population of central Israel, 1970-1980. *Am J Gastroenterol* 1989;84:255-258.
 31. Birkenfeld S, Zvidi I, Hazazi R, Niv Y. The prevalence of ulcerative colitis in Israel: a twenty-year survey. *J Clin Gastroenterol* 2009; 43:743-746.
 32. Zvidi I, Hazazi R, Birkenfeld S, Niv Y. The prevalence of Crohn's disease in Israel: a 20-year survey. *Dig Dis Sci* 2009;54:848-852.
 33. Katz S, Pardi DS. Inflammatory bowel disease of the elderly: frequently asked questions (FAQs). *Am J Gastroenterol*. 2011;106:1889-1897.
 34. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. *The New England journal of medicine*. 2002;347(6):417-429.
 35. Sýkora J, Pomahačová R, Kreslová M, Cvalínová D, Štych P, Schwarz J. Current global trends in the incidence of pediatric-onset inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*. 2018 Jul 7;24(25):2741-2763.
 36. Calderón M, Minckas N, Nuñez S, Ciapponi A. Inflammatory Bowel Disease in Latin America: A Systematic Review. *Value Health Reg Issues*. 2019 Jan 7;20:19-20.
 37. Simian D, Fluxá D, Flores L, et al. Inflammatory bowel disease: A descriptive study of 716 local Chilean patients. *World J Gastroenterol* 2016 June 14; 22(22): 5267-5275.
 38. Jaime F, Riutort MC, Alvarez-Lobos M, Hoyos-Bachilloglu R, Camargo CA, Borzutzky A. Solar radiation is inversely associated with inflammatory bowel disease admissions. *Scand J Gastroenterol* 2017;52(6e7):730e7.
 39. Parente JM, Coy CS, Campelo V, et al. Inflammatory bowel disease in an underdeveloped region of Northeastern Brazil. *World J Gastroenterol* 2015 January 28; 21(4): 1197-120.
 40. Buenavida G, Casañas A, Vázquez C et al. Incidence of inflammatory bowel disease in five geographical areas of Uruguay in the biennial 2007-2008. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2011;41:281-287.
 41. Da Silva BC, Lyra AC, Mendes CM, et al. The Demographic and Clinical Characteristics of Ulcerative Colitis in a Northeast Brazilian Population. *BioMed Research International* Volume 2015, Article ID 359130, 8 pages.