

Comportamiento de las enfermedades inflamatorias del intestino en el Servicio Provincial de Coloproctología de Camagüey

Behavior of the inflammatory diseases of the intestine in Camagüey's provincial Colon-proctology service

Dayan Cervantes-Peláez ¹ <http://orcid.org/0000-0002-9787-8260>

Yosvany Rojas-Peláez ^{2*} <http://orcid.org/0000-0003-2378-6811>

Arisdelín Osorio-Cárdenas ³ <http://orcid.org/0000-0003-4760-2175>

Osmaldy Alpizar-Quesada ⁴ <http://orcid.org/0000-0001-6755-0080>

Ana Danelis Reyes-Escobar ⁵ <https://orcid.org/0000-0002-1724-535x>

Ernesto Smith-López ⁶ <http://orcid.org/0000-0003-3721-1242>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Oncológico María Curie. Servicio de Cirugía. Camagüey, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Policlínico Docente José Martí Pérez. Servicio de Gastroenterología. Camagüey, Cuba.

³ Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Servicio de Coloproctología. Camagüey, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital General Docente Antonio Luaces Iraola. Servicio de Coloproctología. Ciego de Ávila, Cuba.

⁵ Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Pediátrico Provincial Eduardo Agramonte Piña. Departamento de Gastroenterología. Camagüey, Cuba.

⁶ Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Servicios Médicos del MININT. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia (email): yrojas.cmw@infomed.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: la enfermedad inflamatoria del intestino se define como una afectación inflamatoria crónica del tubo digestivo de causa desconocida que evoluciona de modo recurrente con brotes, remisiones que pueden presentar diversas complicaciones y manifestaciones extra digestivas.

Objetivo: describir el comportamiento de las enfermedades inflamatorias del intestino en el Servicio Provincial de Coloproctología del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal, desde abril de 2016 hasta abril de 2018. El universo de estudio estuvo constituido por los 100 pacientes diagnosticados por estudios de

endoscopía y biopsia de enfermedad inflamatoria del intestino en el servicio ya mencionado. La fuente primaria de la investigación estuvo dada por un formulario diseñado por los autores.

Resultados: los pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa ocuparon el primer lugar con predominio de la edad de diagnóstico entre 30-39 años; casi la mitad de los pacientes estudiados presentaron antecedentes familiares positivos de enfermedad inflamatoria intestinal, la localización distal fue la más frecuente para la colitis ulcerosa, mientras que para el Crohn solo fue la perineal reportado con un solo caso; las manifestaciones clínicas intestinales más frecuentes correspondieron a las diarreas.

Conclusiones: la colitis ulcerativa resultó ser más frecuente que la enfermedad de Crohn y que la colitis inespecífica con la edad de diagnóstico entre 30-39 años, con predominio de antecedentes familiares de primer orden de la enfermedad, en la colitis ulcerosa prevaleció la localización distal y en el Crohn fue perineal donde la diarrea fue el síntoma más frecuente en ambas.

DeCS: ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO; CIRUGÍA COLORRECTAL; ENFERMEDAD DE CROHN; COLITIS ULCEROSA; DIARREA.

ABSTRACT

Background: the inflammatory disease of the intestine defines like an inflammatory chronic affection of the alimentary canal of unknown etiology that evolves of recurrent mode with sprouts and remissions and can present various complications and extra digestive manifestations.

Objective: to describe the behavior of the inflammatory diseases of the intestine in Provincial Colon-proctology Service of the Teaching Hospital Manuel Ascunce Domenech.

Methods: a descriptive cross-sectional study was carried out from April, 2016 to April, 2018. The universe of study was constituted for the 100 patients diagnosed by endoscopy's studies and biopsy of inflammatory disease of the intestine in the aforementioned service. The investigation's primary source was given for a fill-out form designed by the authors.

Results: the patients diagnosed of ulcerous colitis occupied the first place with a predominance of age diagnosis between 30-39 years old, almost half of the studied patients presented familiar background of intestinal inflammatory disease, the distal localization showed the most frequent for the ulcerative idiopathic colitis, while for Crohn the most frequent localization was perinea localization with just a case; the clinical intestinal manifestation more frequent corresponded to the diarrheas.

Conclusions: the ulcerative colitis turned out to be more frequent than the disease of Crohn and then unspecified colitis with an age diagnosis between 30-39 years old; and with predominance of first-rate family record of the disease; in the ulcerative colitis prevailed the location distal and in the Crohn it was perineal being the diarrhea the most frequent symptom in both.

DeCS: INFLAMMATORY BOWEL DISEASES; COLORECTAL SURGERY; CROHN DISEASE; COLITIS, ULCERATIVE, DIARRHEA.

INTRODUCCIÓN

El concepto de enfermedad inflamatoria del intestino (EII), se aplica a dos enfermedades nosológicas fundamentales, la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn. Define una afectación inflamatoria crónica del tubo digestivo de causa desconocida, que evoluciona de modo recurrente con brotes y remisiones, puede presentar diversas complicaciones y manifestaciones extra digestivas. En la colitis ulcerosa (CU) se afecta solo la mucosa del colon y del recto que aparece friable y congestiva en forma difusa. ^(1,2,3)

En cambio en la enfermedad de Crohn (EC), también denominada enteritis regional o enteritis granulomatosa el proceso inflamatorio engloba en profundidad la submucosa y las demás capas de la pared intestinal, se caracteriza por la presencia de granulomas no caseificantes, puede afectar cualquier tramo del tracto digestivo desde la boca hasta el ano y su distribución es segmentaria, es decir, respeta zonas intermedias de intestino sano. ⁽⁴⁾

Tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerosa se reconocieron de manera reciente, ambas en los siglos XIX y primer tercio del XX. El concepto de enfermedad inflamatoria intestinal se emplea desde los años 1940, ya que ambas enfermedades se parecen en sus síntomas y se tratan de una manera parecida. La enfermedad inflamatoria intestinal se presenta en brotes, que pueden ser más o menos graves. Durante estos brotes a veces es necesario que los pacientes sean hospitalizados para tratar los síntomas. ⁽⁵⁾

Al ser una enfermedad crónica es necesario un seguimiento estricto y riguroso de la medicación recetada por los especialistas en aparato digestivo. La no adhesión al tratamiento (medicación, dieta, estilo de vida), puede generar en complicaciones graves que pueden derivar en una intervención quirúrgica (obstrucciones, perforaciones). ⁽⁶⁾

Ambas enfermedades son más frecuentes en Estados Unidos, Canadá y el norte de Europa que en los países del área mediterránea, Sudamérica, Oceanía o Japón. La incidencia de ellas ha ido en aumento durante los últimos 40 años, pero los estudios epidemiológicos más recientes sugieren que se ha estabilizado en la última década. La incidencia en los países anglosajones y escandinavos oscila entre cuatro y 15 nuevos casos por 100 000 habitantes por año para la colitis ulcerosa y es algo menor, entre dos y cinco nuevos casos por 100 000 habitantes anuales, para la enfermedad de Crohn. ^(7,8)

Los estudios epidemiológicos realizados en España señalaban una incidencia de la enfermedad de Crohn de 0,5 a 0,8 nuevos casos por 100 000 habitantes por año en Galicia, Asturias, Cataluña y Castilla; en zonas urbanas la incidencia es mayor. ⁽⁹⁾

Cada 19 de mayo se celebra el día mundial de la EII en más de 50 países, con el objetivo de informar a la población sobre este grupo de enfermedades crónicas intestinales que involucran a la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa y la colitis indeterminada. La padecen alrededor de cinco millones de personas en todo el mundo y producen gran afectación de la calidad de vida. ⁽²⁾

La investigación pretende describir el comportamiento de las enfermedades inflamatorias del intestino en el Servicio Provincial de Coloproctología del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en pacientes atendidos en el servicio provincial de Coloproctología del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de la provincia Camagüey, desde abril 2016 a abril de 2018. El universo de estudio estuvo constituido por los 100 pacientes diagnosticados por estudios de endoscopia y biopsia de enfermedad inflamatoria del intestino en el servicio ya mencionado.

La fuente primaria de la investigación estuvo dada por un formulario diseñado por el autor según objetivos propuestos y se llenó a partir de las siguientes fuentes secundarias: las historias clínicas hospitalarias de cada paciente y el informe correspondiente de biopsia del intestino. Las variables independientes fueron: edad, antecedentes patológicos personales, localización y manifestaciones clínicas más frecuentes y su variable dependiente: efecto, son los tipos de enfermedad inflamatoria intestinal.

Los métodos que se utilizaron en la investigación fueron:

- Empíricos: dentro de ellos la observación, la medición y el formulario. Estos métodos permitieron la obtención y elaboración de los datos empíricos y el conocimiento de los hechos fundamentales que caracterizaron al fenómeno en cuestión.
- Estadísticos: contribuyeron a determinar el universo de estudio, la tabulación de los datos empíricos y establecer generalizaciones a partir de ellos. En tal sentido se usaron métodos estadísticos descriptivos que permitieron organizar y clasificar los indicadores cuantitativos obtenidos y percibir mejor las propiedades, relaciones y tendencias del fenómeno y dentro de ellos se usaron gráficos y tablas estadísticas para ilustrar los resultados obtenidos.
- Teóricos: posibilitaron la interpretación conceptual de los datos empíricos encontrados, dentro de ellos se utilizaron: el análisis, la síntesis, la inducción y deducción, y los métodos de análisis histórico-lógico y el dialéctico.

Para el procesamiento de la información se utilizó estadística descriptiva para distribución de frecuencias, para su mejor comprensión se presentaron en gráficos, tablas de frecuencia y de contingencia, se trabajó con un nivel de significación estadística del 95 % y se utilizaron los parámetros de frecuencia y porcentaje.

Para hacer revisión de las historias clínicas se solicitó por parte de los autores de la investigación los permisos correspondientes al Consejo Científico de la institución de salud; así como a su directivo, quienes después de haber recibido la información completa sobre el estudio y su consentimiento se registró de forma escrita con su firma, al cumplirse de esta manera los principios enunciados en las declaraciones del Código Internacional de Ética Médica y de la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial.

RESULTADOS

Al describir el comportamiento de las enfermedades inflamatorias del intestino en el Servicio Provincial de Coloproctología, se obtuvieron los resultados que se exponen a continuación:

En la Tabla 1 se muestra la incidencia de las EII según en los pacientes seleccionados, obsérvese como los pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa ocuparon el primer lugar con el 96 %, es decir, casi la totalidad del universo, le siguió la colitis inespecífica con un 3 %; predominó la edad de diagnóstico entre 30-39 años con un 36,5 % (Tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal según edad en los pacientes estudiados

Edad del diagnóstico	CU	%	EC	%	CI	%	Total	%
20-29 años	2	21	0	0	0	0	2	2
30-39 años	35	36,5	0	0	2	66,7	37	37
40-49 años	21	21,9	1	100	0	0	22	22
50-59 años	24	25	0	0	1	33,7	25	25
60-69 años	14	14,6	0	0	0	0	14	14
Total	96	96	1	1	3	3	100	100

Leyenda: CU (colitis ulcerosa); EC (enfermedad de Crohn); CI (colitis indeterminada)

En cuanto a los antecedentes positivos familiares de primer orden de la enfermedad, se pudo notar como casi la mitad de los pacientes estudiados presentaron antecedentes positivos (48 %), resultado con significación estadística (Gráfico 1).

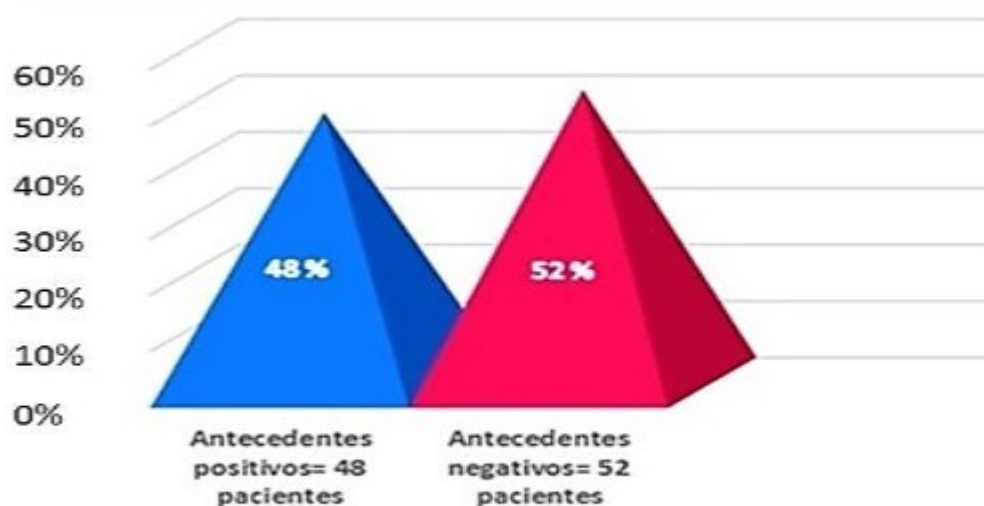


Gráfico 1. Pacientes según antecedentes patológicos familiares de primer orden de la enfermedad.

La localización distal (proctosigmoiditis), fue la más frecuente para la CU con un 58 % de los casos, seguida a esta se encuentran la colitis izquierda representada por un 19 %, mientras que para el Crohn solo fue la perineal reportado con un solo caso para un 1 % (Tabla 2).

Tabla 2. Localización de la enfermedad en los pacientes afectados

Localización anatómica	CU	%	EC	%	CI	%	Total	%
Proctitis	1	1	0	0	0	0	1	1
Proctosigmoiditis	58	58	0	0	2	2	60	60
Colitis izquierda	19	19	0	0	1	1	20	20
Colitis extensa	12	12	0	0	0	0	12	12
Pancolitis	6	6	0	0	0	0	6	6
Ileal	0	0	0	0	0	0	0	0
Colónica	0	0	0	0	0	0	0	0
Perineal	0	0	1	1	0	0	1	1
Total	96	96	1	1	3	3	100	100

Leyenda: CU (colitis ulcerosa); EC (enfermedad de Crohn); CI (colitis indeterminada)

En la Tabla 3 aparecen las manifestaciones clínicas intestinales más frecuentes halladas, el primer lugar correspondió a las diarreas con el 50 %, es decir, la mitad de los pacientes afectados por la enfermedad; con franco predominio en la colitis ulcerosa, con 49 pacientes. En segundo lugar, se destacó el sangramiento rectal con el 30 % de los pacientes, con predominio de los pacientes con colitis ulcerosa; así como en tercer lugar el dolor abdominal con el 8 % de ellos (Tabla 3).

Tabla 3. Manifestaciones clínicas intestinales y extraintestinales más frecuentes halladas

Manifestaciones clínicas	CU	%	EC	%	CI	%	Total	%
Intestinales								
Diarreas con flema	49	51	0	0	1	33,3	50	50
Dolor abdominal	5	5,2	1	100	2	66,7	8	8
Sangramiento rectal	30	31,3	0	0	0	0	30	30
Distensión abdominal	2	20,1	0	0	0	0	2	2
Extra- intestinales								
Artropatía periférica	10	10,4	0	0	0	0	10	10
Total	96	96	1	1	3	3	100	100

Leyenda: CU (colitis ulcerosa); EC (enfermedad de Crohn); CI (colitis indeterminada)

DISCUSIÓN

La tasa de incidencia de las enfermedades inflamatorias intestinales ha sufrido un notable incremento en todos los países desarrollados y sigue su aumento en diferentes regiones del mundo. ⁽¹⁰⁾

En una investigación realizada en el Instituto Nacional de Gastroenterología de Cuba por Hano García OM et al. ⁽¹¹⁾ hallaron una incidencia de 80 pacientes nuevos diagnosticados de enfermedad de Crohn.

En Europa se estima que hay un millón de personas con EC. En España, se diagnostican de seis a nueve casos nuevos por cada 100 000 habitantes/año. Con respecto a la CU, cada año se diagnostican siete nuevos casos por cada 100 000 habitantes. ⁽¹⁰⁾ A diferencia de la investigación que se presentó, donde hubo un franco predominio de la colitis ulcerativa idiopática.

En otro estudio realizado por Quera R y Palma R, ⁽¹²⁾ en Gijón, Asturias, se reportan las siguientes incidencias de estas enfermedades: colitis ulcerativa idiopática 51,3 %, enfermedad de Crohn 47,7 % y colitis inespecífica 3 % en 593 pacientes estudiados. En la investigación el predominio de la colitis ulcerativa idiopática fue más significativo.

Farreras Valenti M y Rotzman P, ⁽¹⁾ establecen que la prevalencia de enfermedad inflamatoria del intestino es elevada en los familiares de los pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, sin que exista especificidad en la tendencia. Así entre los familiares de pacientes con enfermedad de Crohn el riesgo de padecer colitis ulcerosa es ocho a 10 veces más elevado que en la población general y el de padecer enfermedad de Crohn es 13 veces superior al de la población general, datos que vienen en concordancia que el estudio.

Laine L et al. ⁽¹³⁾ expresan a su vez que la predisposición genética, determinados factores ambientales, la flora intestinal y una respuesta inmune anómala a esta son los elementos que combinados en un determinado paciente, provocan la EII. En la investigación solo se tomó en cuenta a los antecedentes positivos familiares de primer orden de la enfermedad.

Mohammed N et al. ⁽¹⁴⁾ sin embargo, explican que aún no se conoce bien cómo se produce esta interacción. La EC y la CU son enfermedades complejas, poligénicas de penetrancia variable. Se estima que el riesgo de padecer EII cuando un padre está afectado de EC es del 9,2 % y del 6,2 % cuando lo está de CU. Cuando ambos padres tienen EII el riesgo aumenta al 30 %. La investigación muestra un mayor porcentaje de riesgo.

Así mismo Iacucci M et al. ⁽¹⁵⁾ refieren que no existen estudios concluyentes que afirmen que la EII tenga un componente hereditario. Sin embargo, entre el 15 % y 20 % de los pacientes con esta enfermedad tiene algún familiar directo que la padece. La combinación más frecuente es madre-hijo, seguido de hermano-hermano. De los 591 enfermos con EII evaluados en su estudio 59 pacientes (9,8 %) tenían familiares en primer o segundo grado afectados. En la colitis ulcerosa se observó una asociación del 7,9 % (24/303), mientras que en la enfermedad de Crohn la asociación fue del 10,3 % (28/270) ($p = 0,00186$). En la colitis inespecífica se observó una agregación en seis pacientes de los 18 evaluados (33,3 %) ($p = NS$).

Aunque la CU y la EC se encuadran ambas dentro de la EII, hay diferencias importantes entre ellas que explican su forma de presentación clínica y tratamiento. La CU afecta de forma difusa a la mucosa del colon, desde el recto y con mayor o menor extensión proximal. Cuando la inflamación se limita al recto se denomina proctitis cuando llega hasta el ángulo esplénico, se trata de una colitis izquierda y cuando supera proximalmente el ángulo esplénico se está ante una colitis extensa. Los síntomas típicos de la CU son la diarrea y la rectorragia. A los 10 años del diagnóstico el 50 % de los pacientes con CU tras el brote inicial se han mantenido en remisión clínica, el 40 % han presentado un curso

clínico crónico intermitente (brotes alternando con fases de remisión) y el 10 % un curso crónico mantenido (actividad clínica mantenida).⁽¹⁶⁾

La EC se caracteriza por afectar a cualquier parte del tubo digestivo (desde la boca hasta el ano), de una forma segmentaria y con inflamación transmural (afecta a todas las capas de la pared intestinal), esta última característica explica la aparición de complicaciones estenosantes o penetrantes (fístulas internas, plastrones, abscesos). Hasta un 30 % de los pacientes con EC van a presentar una enfermedad perianal asociada (fístulas, abscesos o fisuras anales). Los síntomas típicos de la EC son el dolor abdominal y la diarrea, además puede presentarse como retraso de crecimiento en niños o en pacientes oligosintomáticos como anemia.^(12,16)

En el Instituto Nacional de Gastroenterología se realizó una investigación por Hano García OM et al.⁽¹¹⁾ donde se reporta el 45 % de localización ileocólica y el 32,5 % de localización ilial, resultado que difiere al hallado en la investigación.

Figueroa C et al.⁽¹⁷⁾ establecen que la CU afecta de forma difusa a la mucosa del colon, salvo aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento donde el compromiso puede ser segmentario. Esta inflamación comienza en el recto y se extiende hacia proximal en continuidad hacia el ciego deteniéndose de forma brusca en la válvula ileocecal. La extensión de la CU es variable, cerca de un 30 % a 40 % de los pacientes presentan un compromiso limitado al recto (proctitis), un 30 % a 40 % presentarán un compromiso hasta el ángulo esplénico (colitis izquierda) y el 20 % restante presentará un compromiso que se extienda más allá del ángulo esplénico (pancolitis), datos que concuerdan con el estudio.

Figueroa C et al.⁽¹⁷⁾ publicaron un estudio nacional que incluyó 57 pacientes con EC, 37 % presentó solo compromiso de íleon, 47 % solo colon, 19 % ileocolónico y 4 % compromiso esofágico. Además de su localización la EC se caracteriza por tener un compromiso segmentario al dejar áreas de la mucosa preservadas. La EC es una enfermedad transmural, por lo tanto, la pared intestinal se encuentra engrosada con compromiso de la mucosa, submucosa, muscularis propia, subserosa y la grasa mesentérica. Este compromiso transmural explica los diferentes fenotipos de los pacientes, ya sea inflamatorio, estenosante y penetrante (fístulas y abscesos).

Hano García OM et al.⁽¹¹⁾ reportan como síntomas más frecuentes de esta enfermedad las diarreas con el 40 %, el dolor abdominal con el 31,3 % y la distensión abdominal con el 18,8 %, resultados no similares a los encontrados en la investigación.

Las manifestaciones extraintestinales son frecuentes en la EC y CU, el 50 % de los pacientes tiene al menos una manifestación que puede o no preceder a la manifestación intestinal. Una desregulación de la respuesta inmune entérica provocaría alteraciones en diversos órganos fuera del intestino. Estas manifestaciones pueden ser muy invalidantes.⁽¹⁸⁾

Las manifestaciones extraintestinales más prevalentes en EII son las manifestaciones articulares que pueden ser periféricas o axiales. La artritis periférica, el eritema nodoso, las úlceras aftosas orales y la epiescleritis parecen asociarse de manera temporal con la actividad de la EC, mientras que el pioderma gangrenoso, la uveítis, la artropatía axial y la colangitis esclerosante primaria con frecuencia presentan un curso independiente.⁽¹⁸⁾

Grez C y Ossa JC, ⁽¹⁹⁾ a su vez, relacionan que la EII puede debutar de distintas maneras pero en general, debe sospecharse ante la presencia crónica o recurrente de rectorragia, dolor y distensión abdominal, episodios de diarrea, tenesmo o urgencia defecatoria, lesiones perianales y aparición de determinadas manifestaciones extraintestinales o sistémicas.

Chao González L, ⁽²⁰⁾ plantea que el síntoma distintivo de la colitis ulcerosa es la diarrea sanguinolenta, con o sin moco acompañada en ocasiones de pujos y tenemos. Por lo normal de inicio insidiosa a menudo seguido por periodos de remisiones espontáneas y recaídas. La enfermedad activa se manifiesta como inflamación de la mucosa, comienza en el recto (proctitis) y se extiende en algunos casos al resto del colon (pancolitis). Planteamiento que coincide con la investigación.

CONCLUSIONES

En la investigación, la colitis ulcerosa resultó ser más frecuente que la enfermedad de Crohn y que la colitis inespecífica, con predominio de la edad de diagnóstico entre 30-39 años. La mayor incidencia en pacientes con antecedentes familiares de primer orden de la enfermedad, demuestra el carácter hereditario de la enfermedad; en la colitis ulcerosa prevaleció la localización distal y en el Crohn fue perineal; donde la diarrea fue el síntoma más frecuente en ambas, seguido por el sangramiento rectal, lo que haría pensar en presencia de estos síntomas, en una enfermedad inflamatoria intestinal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras Valenti P, Rotzman P. Medicina Interna de Farreras. Madrid, España: Elsevier; 2016.
2. Paniagua Estévez ME. Enfermedad de Crohn. En: Paniagua Estévez ME, Piñol Jiménez FN, editores. Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: ECIMED; 2016. p. 1355-1401.
3. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchioi EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. Lancet [Internet]. 2017 [citado 19 Oct 2020];390(10114):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29050646/>.
4. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative Colitis. Lancet [Internet]. 2017 [citado 19 Oct 2020];389(10080):[aprox. 14 p.]. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32126-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32126-2)
5. Kotze PG, Underwood F, Damiao AOMC, Ferraz JG, Saad-Hossne R, Toro M, et al. Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. Clin Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2020 [citado 19 Oct 2020];18(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.06.030>
6. Wisniewski A, Kirchgessner J, Seksik P, Landman C, Bourrier A, Nion-Larmurier I, et al. Increased incidence of systemic serious viral infections in patients with inflammatory bowel disease associates with active disease and use of thiopurines. United Eur Gastroenterol J [Internet]. 2020 [citado 19 Oct 2020];32(10):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/>

- 19 Oct 2020];8(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2050640619889763>
7. Garg M, Royce SG, Tikellis C, Shallue C, Batu D, Velkoska E, et al. Imbalanceoftherenin-angiotensin system may contributeto inflammation and fibrosis in IBD: a novel therapeutictarget? Gut [Internet]. 2020 [citado 19 Oct 2020];69(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318512>
8. Fernández Maqueira G, Crespo Ramírez E, González Pérez S, Jerez Marimón D, García Capote E. Colitis Ulcerativa: una mirada al mundo. Rev Ciencias Médicas Pinar del Río [Internet]. May-Jun 2018 [citado 17 Feb 2019];22(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3391/html>
9. Lewis JD, Abreu M. Diet as a trigger or therapy for inflammatory bowel diseases. Gastroenterology [Internet]. 2017 [citado 19 Oct 2020];152:[aprox. 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012099572015000500009&lng=es&nrm=is.&tIng=es
10. Díaz Alcázar MM, García Robles A, Martín-Lagos Maldonado A. La importancia del diagnóstico diferencial con infecciones intestinales en enfermedad inflamatoria intestinal: a propósito de un caso de giardiasis en paciente con sospecha de enfermedad de Crohn. RAPD Online [Internet]. 2019 [citado 19 Oct 2020];42(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2019/42/4/07>
11. Hano García OM, Andrade Gomes S, Villa Jiménez OM, González Fabián L, Wood Rodríguez L. Caracterización de pacientes con enfermedad de Crohn atendidos en el Instituto de Gastroenterología de Cuba. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. Jul-Sep 2014 [citado 24 May 2020];33(3):[aprox. 5 p.].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002014000300001
12. Quera R, Palma R. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica en Gijón. Asturias. Rev Med Gijon [Internet]. 2015 [citado 19 Oct 2020];24(05):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/mortalidad-enfermedad-inflamatoria-intestinal-cronica-gijon-asturias-aeg-2011-taiss.pdf>
13. Laine L, Kaltenbach T, Barkun A, Mc Quaid KR, Subramanian V, Soetikno R, et al. SCENIC international consensus statement on surveillance and management of dysplasia in inflammatory bowel disease. Gastrointest Endosc [Internet]. 2015 [citado 04 Sept 2020];81(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: https://www.cag-acg.org/images/publications/SCENIC_consensus_statement.pdf
14. Mohammed N, Kant P, Abid F, Rotimi O, Prasad P, Hamlin JP, et al. High definition white light endoscopy (HDWLE) versus high definition with chromoendoscopy (HDCE) in the detection of dysplasia in long standing ulcerative colitis: a randomized controlled trial. Gastrointest Endosc [Internet]. 2015 [citado 24 Sep 2020];81(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: [https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(15\)01460-1/abstract](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(15)01460-1/abstract)
15. Iacucci M, Gasia MF, Urbanski SJ, Parham M, Kaplan G, Panaccione R, et al. A randomised comparison of high definition colonoscopy alone with high definition dye spraying and electronic virtual chromoendoscopy using iSCAN for detection of colonic dysplastic lesions during IBD surveillance colonoscopy. Gastroenterology [Internet]. 2015 [citado 24 Sept 2020];148(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(15\)30256-0/abstract](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(15)30256-0/abstract)

16. Riestra S, Castaño-García A, de Francisco R, Pérez-Martínez I. Enfermedad inflamatoria intestinal: aspectos prácticos para el médico de familia. Actualizando la práctica asistencial. FMC [Internet]. 2019 [citado 24 Sep 2020];26(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/332811295_Enfermedad_inflamatoria_intestinal_aspectos_practicos_para_el_medico_de_familia
17. Figueroa C, Quera R, Valenzuela J, Jensen C. Enfermedades Inflamatorias Intestinales: experiencia en dos centros chilenos. Rev Med Chile [Internet]. 2005 [citado 24 Sep 2020];133(11):[aprox. 9 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9887200501100004
18. Sambuelli AM, Negreira S, Gil A, Goncalves S, Chavero P, Tirado P, et al. Manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal. Revisión y algoritmos de tratamiento. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet]. 2019 [citado 24 Sep 2020];49(S02):[aprox. 38 p.]. Disponible en: <http://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2019/Vol-49-S2/Vol49S2.pdf>
19. Grez C, Ossa JC. Enfermedad infamatoria intestina en pediatría, una revisión. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2019 [citado 24 Sep 2020];30(5):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S071686401930077X>
20. Chao González L. Colitis ulcerosa. En: Paniagua Estévez ME, Piñol Jiménez FN, editores. Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: ECIMED; 2016. p. 1402-1446.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

- Dayan Cervantes-Peláez (Conceptualización. Análisis formal. Investigación. Metodología.
- Yosvany Rojas-Peláez (Conceptualización. Investigación. Metodología. Visualización. Redacción-borrador original. Redacción – revisión y edición).
- Arisdelín Osorio-Cárdenas (Curación de datos. Análisis formal. Investigación.
- Osmaldy Alpizar-Quesada (Metodología. Visualización.
- Ana Dianelis Reyes-Escobar (Visualización. Redacción-revisión y edición).
- Ernesto Smith-López (Visualización. Redacción-borrador original. Redacción-revisión y edición).