



Gastroenterología y Hepatología



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

P-77 - RETIRADA DE AZATIOPRINA EN MONOTERAPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN MANTENIDA. NUEVOS FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDA

M. Iborra^{1,2}, J. Herreras¹, M. Boscá-Watts³, X. Cortés^{4,5}, G. Trejo³, B. Beltrán¹, E. Cerrillo¹, M. Mínguez³ y P. Nos^{1,2}

¹Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²CIBER-EHD. ³Departamento de Gastroenterología, Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁴Departamento de Gastroenterología, Hospital de Sagunto. ⁵Universidad Cardenal Herrera-CEU, Castellón.

Resumen

Introducción: El momento de retirada de inmunosupresores tras largos periodos de remisión es controvertido.

Objetivos: Identificar riesgo y predictores de recaída tras retirada de azatioprina (AZA) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que se encuentran en remisión mantenida.

Métodos: Estudio multicéntrico con 95 pacientes con EII (60 enfermedad de Crohn (EC) y 35 colitis ulcerosa (CU)) que interrumpieron AZA tras remisión prolongada (al menos 4 años). Recogida de datos demográficos y de enfermedad, prueba de imagen y analítica en el momento de interrupción y calprotectina fecal (CF) y proteína C reactiva (PCR) a los 6 y 12 meses.

Resultados: En tabla están las características de la población. Sólo 5 EC recibieron tratamiento previo con anti-TNF. La remisión morfológica se evaluó en 23 (66%) CU y 35 (58%) EC mediante colonoscopia o entero-resonancia. Tras la interrupción de AZA, 32 CU (91%) y 40 EC (67%) fueron tratados con altas dosis de salicilatos (ASA) (> 3 g). Recayeron en total 26 pacientes (9 CU, 26% y 17 EC, 28%). Las tasas de recaída acumulada a 1, 2, 3 y 5 años fueron de 23%, 28%, 28% y 46% en CU y 12%, 20%, 24% y 46% en EC. A 19 pacientes se les reintrodujo AZA y 14 respondieron. La ausencia de prueba de imagen pre-retirada no se asoció con mayor recaída. La cirugía previa en EC no se asoció con un mayor porcentaje de recaída. El tratamiento de mantenimiento con ASA podría evitar la recaída en EC. No hubo recaída en los 14 EC con AZA como prevención de recurrencia. La corticodependencia y la introducción tardía y temprana de AZA en CU y EC respectivamente fueron predictores de recaída.

Características basales y analíticas de los 95 pacientes

Colitis ulcerosa (n = 35)	Enfermedad de Crohn (n = 60)
---------------------------	------------------------------

Hombre/mujer, n (%)

21 (60%)/14 (40%) 26 (43%)/34 (57%)

Fumador/a	1 (3%)	10 (17%)
	E1: 5 (13%)	L1: 18 (30%) B1: 26 (43%)
	E2: 10 (29%)	L2: 12 (20%) B2: 9 (35%)
Clasificación Montreal	E3: 20 (58%)	L3: 30 (50%) B3: 13 (21%)
		Perianal: 21 (35%)
Tiempo desde el diagnóstico hasta introducción de AZA (meses)	33,8 (68,15)	73,55 (77,41)
Media (DE) Mediana (RIQ)	8,17 (3,38, 35,19)	54,89 (8,07, 124,53)
Estado de corticodependencia	22 (62%)	30 (50%)
Indicación AZA		
Inducción de la remisión	21 (60%)	30 (50%)
Mantenimiento de la remisión	14 (40%)	14 (23%)
Enfermedad perianal	-	2 (4%)
Prevención de recurrencia	-	14 (23%)
Duración de tratamiento con AZA (meses)	97,77 (57,67)	89,36 (52,35)
Media (DE) Mediana (RIQ)	88,09 (52,2, 127)	71,4 (58,8, 123)
Tiempo hasta recaída (meses)	40,74 (24,97)	45,68 (31,05)
Media (DE) Mediana (RIQ)	36,31 (24,6, 54,9)	38,55 (18,45, 68,87)

	1: 18 (51%)	1: 27 (45%)
Brotes previos	2: 11 (32%)	2: 24 (40%)
	? 3: 6 (17%)	? 3: 9 (15%)
Cirugía previa		27 (45%)
Parámetros biológicos previos a la retirada Media (DE) Mediana (RIQ)		
PCR, mg/l	1,85 (1,87)	2,54 (4,86)
	1,1 (0,65, 2,45)	1 (0,4, 2,7)
CF, ?g/g	42,5 (35,6)	36,33 (12,09)
	30,5 (27,5, 36,25)	35 (28, 39,75)
Hemoglobina, g/dl	13,86 (1,56)	14,4 (1,51)
	13,65 (12,8, 15,0)	14,8 (13,9, 15,2)
PCR 6 y 12 meses	3,6 (20, 67,5)	1 (0,55, 3,55)
	2,9 (1,7, 4,1)	1,5 (0,4, 3,7)
CF 6 y 12 meses	4 (20, 67,5)	42 (28,75, 90)
	32 (23,5, 43)	28 (23, 106)

Conclusiones: En práctica clínica, casi la mitad de pacientes que suspenden AZA permanecen en remisión a los 5 años. Los ASA pueden ser útiles tras la retirada, incluso en EC. La corticodependencia y cirugía previa, el momento de introducción de AZA e indicación, pueden ayudarnos a determinar el mejor candidato para retirar AZA de forma segura.