



98 - PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) (ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES) Y SU POSIBLE RELACIÓN CON EL CURSO EVOLUTIVO DE LA MISMA

I. Ferrer Bradley¹, N. Maroto Arce¹, M. Mora Escrig¹, A. Marco Marqués¹, M. Mínguez Pérez² y J. Hinojosa del Val¹

¹Servicio de Medicina Digestiva, Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital de Manises. ²Servicio de Medicina Digestiva, Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: El déficit de vitamina D constituye un problema de salud a nivel Mundial. En la población española se ha constatado la existencia de valores séricos de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) por debajo de lo recomendable tanto en población sana como con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Diversos estudios sugieren una relación entre el déficit de la misma y la EII tanto en aumento de incidencia y peor evolución (cirugías, ingresos y agresividad de los brotes).

Objetivos: A) Primario: analizar la prevalencia de déficit de vitamina D en una cohorte de pacientes con EII comparada con una cohorte de pacientes sanos. B) Secundario: valorar la relación con el curso evolutivo de la EII (requerimiento ingresos, cirugías, mayor actividad clínica y/o biológica y necesidad de cambio de tratamiento o intensificación).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, descriptivo, caso-control de niveles de 25(OH)D en pacientes con EII (EC y CU) en seguimiento por la Unidad Monográfica de Inflamatoria del Hospital de Manises. Período de Inclusión: julio 2018- mayo 2019. En una primera fase se determinaron niveles de 25(OH)D, calcio, fósforo y PTH en población sana y pacientes con EII. El seguimiento clínico y biológico se realiza según criterio del clínico que sigue al paciente. Se consideró déficit de 25(OH)D valores de 20 ng/ml. La actividad biológica se evaluó mediante calprotectina fecal (CF) > 200 ?g/g y/o PCR > 10 mg/l. Se consideró actividad clínica si Harvey > 4 y Mayo clínico > 1 para EC y CU respectivamente.

Resultados: 157 casos (EC: 91; CU: 66) y 66 controles. Casos: H/M: 76/81; edad media: 44,09 (R18-76). 13% fumadores; el 75% CU y 80% EC respectivamente estaban en tratamiento con biológico ± IS. Cirugías previas 30 (19%). Déficit de vitamina D: n = 82 (52,2%). Vitamina D media 19,7 ng/ml (R 4,5-51) (CU: 21,05; EC: 18,8.). Calcio medio 9,3 (9,3 CU; 9,2 EC). Fósforo medio 3,5 (3,5 EC y CU). PTH medio 58,71 (59,45 EC; 57,98 CU). CF > 200: 53 (33,7%). PCR > 10: 15 (9,5%). Controles: H/M: 22/43; edad media: 46,2 (R20-80). Fumadores 13,6%; Déficit de 25(OH)D: 34 (51%). Vitamina D media: 20,73 (R 9,7-45). Calcio medio 9,2. Fósforo medio 3,4. PTH medio 56,3. No diferencias significativas respecto al grupo de casos. Seguimiento medio de 12 meses: n = 43. Vitamina D 20 (n = 18)/> 20 (n = 25): Ingresos 2 (11,7%)/0; Cirugías 3 (17,6%)/1 (4%); PCR > 10 mg/l 2 (11,7%)/2 (8,3%); CF > 200 mg/g 5 (29,7%)/6 (25%); Actividad clínica 6 (35,2%)/4 (16,6%); Cambio de tratamiento 4 (23,5%)/5 (20,8%).

Conclusiones: 1. El déficit de vitamina D es muy frecuente tanto en población sana como con EII. 2. En nuestra población se observa una prevalencia similar de déficit de vitamina D en ambas poblaciones. 3. Nuestros resultados sugieren una tendencia a más ingresos, necesidad de cirugía y actividad clínica y/o biológica en los pacientes con déficit de vitamina D. 4. Se necesitan más estudios que evalúen el posible papel de la vitamina D en la evolución de la EII.