

Conclusiones: En nuestro medio, el riesgo de displasia en la CU de larga evolución parece ser inferior al descrito en otras áreas geográficas. Por otra parte, estos pacientes podrían presentar una incidencia de adenomas inferior a la población general.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.005](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.005)

RESPUESTA A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB (IFX) EN LA ENFERMEDAD DE CROHN (EC) Y EFICACIA DE LA “INTENSIFICACIÓN” DE LA DOSIS EN LOS PACIENTES CON PÉRDIDA DE RESPUESTA

M. Chaparro^a, J. Panés^b, V. García^c, M. Mañosa^d, M. Esteve^e, O. Merino^f, J.L. Cabriada^g, M.A. Montoro^h, J.L. Mendozaⁱ, G. Bastida^j, A. Gutierrez^k, F. Gomollón^l, J.P. Gisbert^a

^aUnidades de Gastroenterología de los Hospitales: La Princesa, Madrid, España

^bClinic, Barcelona, España

^cReina Sofía, Córdoba, España

^dGermans Trias y Pujol, Badalona, España

^eMutua de Terrassa, Barcelona, España

^fCruces, Bilbao, España

^gGaldakao, Vizcaya, España

^hSan Jorge, Huesca, España

ⁱSan Carlos, Madrid, España

^jLa Fe, Valencia, España

^kGeneral de Alicante, España

^lClinico Lozano Blesa, Zaragoza, España

Antecedentes: Existe poca información sobre la duración de la respuesta a IFX en los pacientes con enfermedad de Crohn que reciben este tratamiento durante un período de tiempo superior a 12 meses. En los pacientes en los que se pierde la respuesta inicial, se puede “intensificar” el tratamiento con IFX (aumentar la dosis o acortar los intervalos entre las dosis) para mantener el beneficio terapéutico.

Objetivos: El objetivo primario de nuestro estudio fue evaluar la respuesta a largo plazo del tratamiento de mantenimiento con IFX. El objetivo secundario fue valorar la eficacia de la intensificación del tratamiento con IFX en aquellos pacientes que habían perdido la respuesta inicial.

Métodos: Evaluamos de forma retrospectiva una cohorte de pacientes con EC que habían recibido tratamiento con IFX (inducción y mantenimiento) y en los que se había observado respuesta inicial. Los datos fueron obtenidos a partir de una base de datos española de enfermedad inflamatoria intestinal (ENEIDA). El estudio de la respuesta a largo plazo se analizó mediante el método de Kaplan-Meier. Se analizó la eficacia de la intensificación del tratamiento en aquellos pacientes que habían perdido respuesta al IFX.

Resultados: Se incluyeron 309 pacientes con EC (media de edad 39 años, 55% mujeres, 33% fumadores) que inicialmente habían respondido al tratamiento con IFX. El 61% de los pacientes presentaba afectación ileocólica, el 57% patrón inflamatorio y el 45% enfermedad perianal. La media de tiempo en seguimiento de los pacientes fue de 41 meses (rango de 4 a 108 meses), y la mayoría (95%) recibía tratamiento concomitante con inmunosupresores. La pérdida de respuesta a IFX se produjo una mediana de 13 meses después de haber iniciado el tratamiento con IFX. El riesgo de pérdida de respuesta al tratamiento con IFX por paciente y año de seguimiento fue del 12%. Ante la pérdida de respuesta, un 53% de los pacientes iniciaron tratamiento con adalimumab y un 41% recibieron IFX a dosis intensificada (un 51% aumentando la dosis a 10 mg/kg de peso y un 49% disminuyendo el intervalo de tiempo entre dosis). El

96% de los pacientes que iniciaron tratamiento con IFX a dosis intensificada tuvieron respuesta inicial (con la primera dosis intensificada): el 56% respuesta completa y el 40% respuesta parcial.

Conclusiones: Un porcentaje relevante de pacientes con EC presenta pérdida de respuesta al tratamiento con IFX a largo plazo (aproximadamente un 10% por paciente y año de seguimiento). Tras la pérdida de respuesta, una elevada proporción de estos pacientes responden inicialmente a la intensificación de la dosis de IFX.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.021](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.021)

RIESGO DE DESARROLLAR UNA ENFERMEDAD DE CROHN GRAVE TRAS EL DIAGNÓSTICO: VALIDACIÓN EN POBLACIÓN ESPAÑOLA DE CRITERIOS CLÍNICOS PREDICTIVOS PROPUUESTOS

G. Bastida^{a,q,r}, O. Merino^{b,q}, M. Aguas^{a,q}, M. Barreiro^{c,q}, Y. Zabana^{d,q}, D. Ginard^{e,q}, D. Ceballos^{f,q}, F. Muñoz^{g,q}, E. Iglesias^{h,q}, I. Catalán^{i,q}, A. Lucendo^{j,q}, J.M. Huguet^{k,q}, C. De la Coba^{l,q}, X. Aldeguer^{m,q}, C. Ponsⁿ, D. Monfort^{o,q}, C. Loras^{p,q}

^aHospital La Fe, Valencia

^bHospital de Cruces, Bilbao

^cComplejo Hospitalario Universitario, Santiago

^dHospital Universitari Germans Trias i Pujol

^eHospital Son Dureta, Palma de Mallorca

^fHospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

^gComplejo Asistencial de León, León

^hHospital Reina Sofía, Córdoba

ⁱHospital Arnau de Vilanova, Valencia

^jHospital General de Tomelloso

^kHospital General de Valencia, Valencia

^lHospital de Cabueñes, Gijón

^mHospital de Girona Dr. Joseph Trueta, Girona

ⁿHospital General de Castellón, Castellón

^oHospital de Terrassa, Terrassa

^pMutua de Tarrasa, Tarrasa

^qGrupo Joven de GETECCU

^rCIBERehd

Introducción: El tratamiento precoz con inmunomoduladores podría modificar la historia natural de la enfermedad de Crohn (EC). Es importante definir el subgrupo de pacientes con una enfermedad más agresiva. Un estudio publicado en una cohorte francesa se ha realizado con este objetivo (*Beaugerie L. Gastroenterology 2006;130(3):650-6*).

Objetivo: Validar los marcadores predictivos identificados en la serie francesa en una cohorte española y valorar un mayor número de variables asociadas con el desarrollo de enfermedad de EC grave con un seguimiento mayor.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EC y un seguimiento mínimo de 5 años. Se excluyeron aquellos pacientes tratados con inmunomoduladores o que requirieron cirugía en el mes inmediato al diagnóstico. Se definió EC grave según los criterios previamente propuestos: más de dos tantas de esteroides, desarrollo de corticodependencia, hospitalizaciones tras el diagnóstico por brote o complicaciones de la enfermedad, necesidad de tratamiento con inmunomoduladores, necesidad de resección intestinal o de cirugía de enfermedad perianal (EPA).

Resultados: Se incluyeron 511 pacientes, media de edad 29,6 (DE 11,6) años, mediana de seguimiento 109 meses, rango 60-438. El porcentaje de EC grave en los cinco años siguientes al diagnóstico