

CIRUGÍAS NO PROGRAMADAS DEBIDAS A FRACASOS EN LA COLECTOMÍA POR COLITIS ULCEROSA

C. Taxonera^a, X. Calvet^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,d}, L. Rodrigo^e, L. Bujanda^{b,f}, F. Muñoz^g, M. Ponce^{b,h}, F. Gomez-Camachoⁱ, I. Oyagüez^j, F.J. Sabater^k, M. Diaz-Rubio^a

^aH. Clínico San Carlos

^bCIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III

^cH. Parc Taulí

^dH. La Princesa

^eH. Central de Asturias

^fH. de Donosita

^gH. Virgen Blanca

^hH. La Fe

ⁱH. Reina Sofía

^jPharmacoeconomics & Outcomes Research

^kSchering-Plough

Objetivo: Este estudio, parte del estudio COSCOL, tuvo como objetivo determinar la tasa de fracasos en la colectomía planificada y el número de cirugías no programadas que se requirieron para completar el procedimiento en pacientes en los que se practicó una colectomía total debido a colitis ulcerosa (CU).

Métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes con CU que habían sufrido una colectomía completa en 35 centros. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo mínimo de 24 meses desde la colectomía inicial recogiendo los fracasos producidos de la cirugía planificada y el número y el tipo de las cirugías no previstas en esta población.

Resultados: 209 pacientes con colectomía completa debida a la CU fueron incluidos en el estudio (44,5% mujeres, edad media $41,6 \pm 13,2$ años en el momento de la primera colectomía). Duración media de la enfermedad $5,0 \pm 6,3$ años, 19,6% con extensión izquierda y 80,4% extensa. 143 (68,4%) pacientes recibieron inmunosupresores. En un 46,9% de los pacientes la colectomía inicial fue realizada de urgencia. La cirugía planificada fracasó en 29 (13,9%) pacientes, no encontrándose diferencias significativas en las características basales de los pacientes con fracasos y los que no. La tabla muestra los fracasos de la colectomía planificada y el tipo de colectomía realizada finalmente. En la población con fracasos se realizaron 21 cirugías no programadas en 20 pacientes (13 resecciones del muñón rectal, 4 reileostomías, 3 proctectomías con ileostomía, 2 proctectomías, 1 proctectomía con anastomosis ileoanal y 1 cierre del muñón rectal con ileostomía).

Conclusiones: Hasta un 14% de las cirugías programadas fracasan. Solamente un 15% de las panproctocolectomías con anastomosis ileoanal desarrollan fracaso del reservorio que precisa resección de éste u ostomía permanente. La anastomosis ileorectal, considerada como un procedimiento inadecuado en los pacientes

con UC, fracasó en un 40% de los pacientes. El 69% de los pacientes con fracasos en la colectomía planificada se requirió al menos una cirugía no programada. (Véase tabla a pie de página)

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.068

COLECTOMÍA DEBIDA A COLITIS ULCEROSA: CIRUGÍAS FINALES Y TIEMPOS

C. Taxonera^a, X. Calvet^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,d}, L. Rodrigo^e, L. Bujanda^{b,f}, F. Muñoz^g, M. Ponce^{b,h}, F. Gomez-Camachoⁱ, J.L. Mendoza^a, I. Oyagüez^j, F.J. Sabater^k

^aH. Clínico San Carlos

^bCIBEREHD, Instituto de Salud Carlos III

^cH. Parc Taulí

^dH. La Princesa

^eH. Central de Asturias

^fH. de Donosita

^gH. Virgen Blanca

^hH. La Fe

ⁱH. Reina Sofía

^jPharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia

^kSchering-Plough S.A.

Objetivo: En estudio, parte del estudio COSCOL, se describen los tipos de colectomías y el número de tiempos en los que se realizan en una población con colitis ulcerosa (CU) y con un elevado uso previo de inmunomoduladores.

Métodos: Se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes con CU que habían sufrido una colectomía completa entre 2000 y 2005 en 35 centros. Los pacientes fueron seguidos durante un periodo mínimo de 24 meses desde la colectomía inicial recogiendo los datos de todas las cirugías realizadas, programadas o no, hasta completar el procedimiento.

Resultados: 209 pacientes con colectomía total debida a la CU fueron incluidos en el estudio (44,5% mujeres, edad media $41,6 \pm 13,2$ años en el momento de la primera colectomía). Duración media de la enfermedad $5,0 \pm 6,3$ años, 19,6% con extensión izquierda y 80,4% extensa. 77 pacientes (36,8%) precisan cirugía temprana, definida como aquella que se realizó en menos de dos años desde el diagnóstico de la CU. 143 (68,4%) pacientes recibieron inmunosupresores (30,8% azatioprina y/o mercaptopurina y/o metotrexato sólo, 28% ciclosporina sólo, y 41,2% ambos). En un 46,9% de los pacientes la colectomía inicial fue realizada mediante un procedimiento de urgencia. La tabla I muestra los tipos de cirugía realizados y los tiempos necesarios para completar el proceso.

Conclusiones: Aunque la panproctocolectomía con anastomosis ileoanal es reconocida como la cirugía "gold standard" para la

Colectomía programada (nº)	% de fracaso	Colectomía realizada (nº)
Panproctocolectomía+anastomosis ileoanal	132 15%	Panproctocolectomía+anastomosis ileoanal 112 Proctocolectomía+ileostomía 13 Proctocolectomía+anastomosis ileoanal+ileostomía 7
Proctocolectomía+ileostomía	48 4%	Proctocolectomía+ileostomía 46 Colectomía+muñón rectal 2
Colectomía+anastomosis ileorectal	18 39%	Colectomía+anastomosis ileorectal (no fracaso) 11 Proctocolectomía+ileostomía 5 Proctocolectomía+anastomosis ileoanal 1 Colectomía+muñón rectal 1
Colectomía+muñón rectal	11 0%	Colectomía+muñón rectal 11
TOTAL	209	209

Tabla: Tasa de fracasos en la colectomía programada y tipo de colectomía realizada

CU, solamente se realizó en un 54% de los pacientes. La colectomía debida a la CU supone una grave carga para los pacientes: el 75% de los pacientes requirieron al menos 2 cirugías y un 25% al menos 3 cirugías para completar el procedimiento y un 41% de los pacientes portan una ileostomía permanente.

Tabla I: Tipos de cirugía realizada y tiempos necesarios para completar el proceso

Tipo de colectomía			Número de tiempos	
Tipo	Nº	%	Nº de tiempos	Nº de pacientes
Panproctocolectomía+ anastomosis ileoanal	113	54%	1	3
			2	66
			3	43
			4	1
Proctocolectomía+ ileostomía	64	31%	1	28
			2	25
			3	6
			4	3
			5	2
Proctocolectomía+ anastomosis ileoanal+ ileostomía	7	3%	1	3
			2	1
			3	2
			4	1
Colectomía+anastomosis ileorectal	11	5%	1	6
			2	5
Colectomía+muñón rectal	14	7%	1	13
			2	1
TOTAL	209	100%		209

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.069

COLECTOMÍA EN COLITIS ULCEROSA: TASA Y TÉCNICAS EN UNA COHORTE HISTÓRICA

C. Saro Gismera^a, A. López San Román^b, C. de la Coba Ortiz^a, R. Tojo^a, R. García López^a, A. Palacio Galán^a, C.A. Navascues^a, A. Álvarez Álvarez^a, F.J. Román Llorente^a, J.M. Pérez-Pariente^a, M. Alvarez Posadilla^a

^aHospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, S. Ap. Digestivo

^bHospital Ramón y Cajal, Madrid, S. Ap. Digestivo

La colectomía en la colitis ulcerosa (CU), es una decisión terapéutica que se asocia con distintos aspectos de su evolución y no exenta de morbilidad.

Objetivo: Describir la causa, tipo de intervención y mortalidad asociada de 33 ptes que han sufrido colectomía en nuestra cohorte histórica de 636 CU, desde el diag hasta el 31 de Dic 2006 o la muerte.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo, poblacional, prospectivo. Incluimos 33 ptes (48,48% mujeres) intervenidos, de la cohorte de 636 ptes con CU, en el Área Sanitaria V de Gijón. Media de seguimiento de 12,90 años (en ptes vivos 15,68 años y muertos de 4,25 años). La Colectomía se clasifica como colectomía con ileostomía (CT+I), o con anastomosis ileo-rectal (CT-AIR), panproctocolectomía con ileostomía (PTC+I), panproctocolectomía con reservorio (PTC+R), y Colectomía parcial+colostomía(CP+C). Definimos cirugía precoz como intervención realizada en los primeros 2 años de enfermedad y cirugía urgente como la realizada

24 horas después de la decisión de operar. Mortalidad perioperatoria, la que se produce durante el año siguiente a la cirugía. Causas de Intervención: enf Aguda Grave, Crónica refractaria, Hemorragia Masiva y otras.

Resultados: Se han realizado 60 cirugías en 33 ptes (media: 1,81 cirugías /ptes; rango: 1 a 6). Causas de intervención: enf Aguda Grave, 18 (54,54%), Crónica refractaria, 9 (27,27%), Hemorragia Masiva, 5 (15,15%) y displasia, 1(3,03%). Tipo de Intervención: CT+I, 4 (12,12%); CT-AIR, 3 (9,09%); PTC+I, 18 (54,54%); PTC+R, 3 (9,09%) y CP+C, 5 (15,15%). Cirugía precoz, 19(57,57%). Cirugía urgente 24 (72,72%). Ningún cáncer colorectal. Mueren 8 ptes (24,24%); Mortalidad peri-operatoria, 7 (87,5%). La mortalidad se asocia con extensión (7 pancolitis 87,5%), negativamente con el hab de fumar (6 no fum y 1 ex-fumador) y cirugía precoz (6 pacientes 75%) y cirugía urgente (6 casos 25%). 2 de 13 (15,38%) pacientes operados mueren antes de 1990 y 6 de 20 (30%) después de 1991.

Conclusiones: Destacamos que la mayoría de los ptes se intervienen por complicación aguda grave con cirugía urgente. La tasa de mortalidad es alta, asociada a intervención urgente y precoz.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.070

¿CUÁN FRECUENTE ES LA PÉRDIDA DE RESPUESTA AL INFLIXIMAB Y LA NECESIDAD DE “INTENSIFICAR” EL TRATAMIENTO?

J.P. Gisbert^a, J. Panés^b

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Clinic, Barcelona

Introducción: La información sobre la eficacia del infliximab en la enfermedad de Crohn a largo plazo (más allá de los 12 meses) es todavía muy limitada. En los pacientes con pérdida de respuesta al infliximab se ha recomendado “intensificar” el tratamiento (aumentando la dosis o disminuyendo el intervalo de administración).

Objetivo: Revisar cuán frecuente es la pérdida de respuesta al infliximab y la necesidad de “intensificar” el tratamiento.

Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda en MEDLINE empleando los siguientes términos: infliximab AND “Crohn’s disease” AND (lose OR lost OR loss OR “dose escalation” OR intensification). Asimismo, se efectuó una búsqueda manual de los abstracts presentados en el congreso europeo (ECCO) y americano (DDW). Criterios de inclusión: estudios que evaluaran la pérdida de respuesta al infliximab y el requerimiento de intensificar dicho tratamiento (definido como un incremento de la dosis-generalmente de 5 a 10mg/kg- o un acortamiento del intervalo de administración-hasta cada 4 semanas) en pacientes con enfermedad de Crohn.

Resultados: Se identificaron 16 estudios en los que se evaluaba la incidencia de pérdida de respuesta al infliximab en pacientes con enfermedad de Crohn. Se incluyeron 2.236 pacientes, lo que supone un seguimiento total de 6.284 pacientes-año. La mayoría de los pacientes recibían el régimen de inducción habitual con 3 dosis (0, 2, y 6 semanas) seguido de tratamiento de mantenimiento cada 8 semanas. La pérdida de respuesta al infliximab se identificó, como media, en el 37% de los pacientes. Dado que la duración del seguimiento oscilaba notablemente entre los diversos estudios, se tuvo en cuenta el período de seguimiento de cada uno y se calculó la incidencia de pérdida de respuesta *anual* respectiva (por paciente y año de seguimiento). Así, el riesgo anual de pérdida de respuesta al infliximab calculado fue del 13% por paciente y año de tratamiento.