

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	
			5	2	
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	
			5	2	
Colectomía+anastomosis ileorectal	11	5%	1	6	
			2	5	
Colectomía+muñón rectal	14	7%	1	13	
			2	1	
			3	2	
TOTAL	209	100%		209	

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.069](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.069)

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

C. Saro Gismara^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. Navascués^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](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.070)

¿CUÁN FRECUENTE ES LA PÉRDIDA DE RESPUESTA AL INFILIXIMAB 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.