

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			
	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
Proctocolectomía+ anastomosis ileoanal+ ileostomía	7	3%	5	2
			1	3
			2	1
			3	2
Colectomía+anastomosis ileorectal	11	5%	4	1
			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 Caba 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

¿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.

Conclusión: Una proporción variable pero relevante de pacientes con enfermedad de Crohn que reciben tratamiento con infliximab pierden respuesta a este fármaco. Estos hallazgos pueden interpretarse de dos maneras diferentes, pero compatibles. La perspectiva positiva destacaría que la eficacia del infliximab es relativamente duradera, ya que la mayoría de los pacientes que responden inicialmente continuarán haciéndolo al cabo de un año de haber iniciado el tratamiento. La interpretación negativa, por su parte, señalaría que una proporción significativa de pacientes con enfermedad de Crohn –más del 10% por paciente y año de tratamiento– perderá la respuesta al infliximab a largo plazo y requerirá un incremento de la dosis o una disminución del intervalo de administración.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.071

DÉFICIT DE VITAMINA B12 Y FOLATO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

F. Bermejo, A. Algaba, J.A. Carneros, B. Piqueras, M.P. Valer, S. Sánchez-Prudencio, F. García-Durán, E. Tomás, I. Guerra, S. García-Garzón, J.C. Villa, J.L. Rodríguez-Agulló

Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Objetivo: La enfermedad de Crohn (EC) afecta con frecuencia el intestino delgado, lugar donde se absorbe el ácido fólico y la vitamina B12. El déficit de estas vitaminas puede asociarse a la aparición de alteraciones hematológicas y al incremento de los niveles de homocisteína, factor de riesgo de trombosis. Nuestro objetivo fue conocer la incidencia del déficit de estas vitaminas en pacientes con enfermedad de Crohn, y los posibles factores predictivos de aparición de dicho déficit.

Métodos: Estudio prospectivo durante 1 año en 96 pacientes con EC seguidos en consulta. Se consideró déficit de vitamina B12 y de folato los valores en sangre <200 pg/ml y <3 ng/ml, respectivamente. Se analizó la prevalencia y los posibles factores predictivos de aparición del déficit: resección de intestino delgado, localización de la EC, actividad de la enfermedad (índice de Harvey-Bradshaw), duración de la EC, sexo, edad, tabaco y necesidad de tratamiento de mantenimiento. Así mismo, se investigó la frecuencia de aparición de anemia macrocítica en los pacientes con déficit de vitamina B12 y/o folato, descartadas otras causas. Se utilizó como grupo control pacientes diagnosticados de Colitis Ulcerosa (CU) seguidos en nuestro centro ($n = 61$). Se excluyeron los pacientes que estaban en tratamiento con vitamina B12 y/o ácido fólico, y aquellos que tenían otras causas potenciales del déficit distintas a la EC.

Resultados: La edad media fue de $36,6 \pm 12$ años, 57% mujeres. Fumaban el 53%. La prevalencia del déficit de vitamina B12 en pacientes con EC fue del 17,7% (IC 95% 10,6–26,8%) comparado con el 3,3% (IC 95% 0,4–11,5%) en pacientes con CU ($p = 0,007$). Con respecto al déficit de folato, la tasa de incidencia en EC fue del 15,6% (IC 95% 9–24%) comparado con el 4,9% (IC 95% 1–13%) en CU ($p = 0,04$). El 17,6% (IC 95% 3,8–43%) de los pacientes con déficit de vitamina B12 y/o folatos presentaba anemia macrocítica. En el análisis univariado los únicos factores que se asociaron al déficit de vitamina B12 fueron la afectación del ileon (L1 o L3 de Montreal; $p = 0,006$), la existencia de actividad de la EC (índice Harvey-Bradshaw >2 ; $p = 0,001$) y la duración (EC de larga evolución; $p = 0,004$). En el estudio multivariante, los factores de riesgo para

el déficit de vitamina B12 fueron la existencia de afectación ileal (OR 9,86; IC 95% 1,2–80,8; $p = 0,03$) y de actividad de la EC (OR 5,37; IC 95% 1,6–17,7; $p = 0,006$). El único factor que se asoció al déficit de folato fue la existencia de actividad de la EC (OR 3,1; IC 95% 1,1–9,8; $p = 0,03$).

Conclusiones: El déficit de vitamina B12 y el de folato aparecen en una proporción significativa de pacientes con EC y pueden asociarse a anemia. Estos hallazgos refuerzan la actitud de controlar estas vitaminas en los análisis que se realizan periódicamente a los pacientes. Los pacientes con mayor riesgo de déficit de estas vitaminas son aquellos con enfermedad activa, así como los que tienen afectación ileal en el caso del déficit de vitamina B12.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.072

EFFECTO DEL TABAQUISMO SOBRE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA A MEDIO PLAZO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN DE DIAGNÓSTICO RECIENTE

Y. Zabana^a, E. García-Planella^b, M. Van Domselaar^c, M. Mañosa^a, J. Gordillo^b, A. López Sanromán^c, E. Cabré^a, E. Domènech^a

^aHospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

^bHospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

^cHospital Ramón y Cajal, Madrid

Introducción: El tabaquismo aumenta el riesgo de desarrollar enfermedad de Crohn (EC). En pacientes con EC, el tabaquismo se ha asociado a un patrón más agresivo de la enfermedad, especialmente cuando existe afectación ileal y en mujeres, pero los datos disponibles son todavía contradictorios.

Objetivos: Evaluar el efecto del tabaquismo activo y su abandono sobre el desarrollo de complicaciones propias de la EC y sobre los requerimientos terapéuticos en los primeros años de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Se identificaron pacientes con EC diagnosticados entre enero 1994 y diciembre 2003 de las bases de datos de 3 centros terciarios. Sólo se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados, tratados y seguidos en un mismo centro. Los pacientes sometidos a cirugía resecciva en los 3 primeros meses desde el diagnóstico fueron excluidos. Se registraron los datos demográficos, epidemiológicos y clínicos (incluyendo tratamiento con esteroides, inmunomoduladores –IMM–, agentes antiTNF o cirugía, así como cambios en la clasificación de Montreal durante el seguimiento). Se recogió una historia detallada del hábito tabáquico mediante revisión del historial médico y, en caso necesario, mediante contacto telefónico.

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes (56% varones), seguidos una media de 102 ± 38 meses. En el momento diagnóstico, 9% presentaban patrón penetrante y 12% estenosante, un 12% tenían enfermedad perianal y el 52% eran fumadores activos. Durante el seguimiento, 32% cambiaron su clasificación de Montreal (principalmente por desarrollo de complicaciones penetrantes, estenosantes–20%; o perianales–11%).

Los requerimientos terapéuticos fueron: 64% IMM, 19% antiTNF y 29% resección intestinal. Sólo un 14% de los fumadores abandonaron el tabaco (tiempo medio desde el diagnóstico 44 ± 32 meses). El tabaquismo activo no se asoció a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones de la EC, a mayores requerimientos de IMM o cirugía. Sin embargo, los fumadores requirieron un mayor número de cursos de esteroides ($p = 0,005$) y hospitalizaciones ($p = 0,025$), y una clara tendencia a mayores requerimientos de antiTNF ($p = 0,055$). Cuando se excluyeron aquellos pacientes con EC