

Conclusiones: La gente que emigró desde Galicia a los países más industrializados tiene un riesgo más alto de padecer EII, tanto EC como CU. Los factores ambientales relacionados con la industrialización parece que juegan un papel importante en la etiopatogénesis de la EII.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.090

MOTIVOS PARA LA COLECTOMÍA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN LA ERA DE LOS INMUNOMODULADORES

C. Taxonera^a, X. Calvet^{b,c}, J.P. Gisbert^{b,d}, L. Rodrigo^e, L. Bufanda^{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: Este estudio, parte del estudio COSCOL, tuvo como objetivo identificar las razones para la colectomía en pacientes con colitis ulcerosa (CU) con un elevado uso previo de inmunomoduladores (IMM).

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, ya fueran programadas o no, para 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. 143 (68,4%) pacientes recibieron IMM (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. Los motivos para la colectomía fueron: respuesta inadecuada al tratamiento médico en 131 pacientes (28 corticorrefractarios y 103 corticodependientes; con o sin uso concomitante de IMM), complicaciones graves en 61 pacientes (32 megacolon, 12 perforaciones y 17 hemorragias masivas) y otras razones en 17 pacientes (8 displasia, 6 estenosis colónica y 3 otras causas). En los pacientes con respuesta inadecuada al tratamiento la colectomía se realizó como un procedimiento de urgencia en un 11% de los pacientes. En un 61% de los pacientes la cirugía realizada fue la panproctocolectomía con anastomosis ileoanal y en un 34% se realizó una colectomía con ileostomía permanente. Cuando la colectomía se realizó debido a complicaciones graves (97% como procedimiento de urgencia), solamente se realizó la proctocolectomía con anastomosis ileoanal en un 39% de los pacientes; y hasta un 56% son portadores de una ileostomía permanente. En el grupo de respuesta inadecuada al tratamiento, hasta un 84% de los pacientes recibieron IMM, 58% ciclosporina (sola o en combinación con otros

IMM). En el grupo con complicaciones graves solamente un 42% de los pacientes recibieron IMM (35% ciclosporina sola o en combinación).

Conclusiones: En esta población de pacientes con CU y un elevado uso de IMM: 1) La principal causa para la realización de la colectomía es la respuesta inadecuada al tratamiento, realizándose una panproctocolectomía con anastomosis ileoanal (cirugía "gold estándar") en un 61% de los pacientes. 2) Cuando la colectomía fue debida a complicaciones graves la panproctocolectomía con anastomosis ileoanal solamente se realiza en un 39% de los pacientes, portando el 56% de los pacientes una ileostomía permanente. 3) No se realizó ninguna colectomía por proctitis aislada.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.091

PAPEL DE LA TPMT Y OTRAS VARIABLES CLÍNICAS EN EL DESARROLLO DE INTOLERANCIA GASTROINTESTINAL A AZATIOPRINA

G. Bastida^{a,b}, P. Nos^{a,b}, M. Aguas^a, B. Beltrán^{a,b}, M. Iborra^a, A. Nevárez^a, J. Ponce^{a,b}

^aHospital Universitario La Fe, Valencia

^bCIBEREHD

Introducción: Azatioprina (AZA) y 6-mercaptopurina (6MP) son efectivas en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Su mayor inconveniente es el desarrollo de efectos adversos que obligan a su retirada. Uno de los efectos secundarios más frecuentes es el desarrollo de intolerancia gastrointestinal.

Objetivos: Valorar la incidencia de intolerancia gastrointestinal en pacientes tratados con AZA, valorar variables clínicas asociadas a su aparición y evaluar prospectivamente la utilidad de la 6MP en esta situación.

Material y métodos: Se incluyeron prospectiva y consecutivamente todos los pacientes con EII que iniciaron tratamiento con AZA y se siguieron durante 12 meses. Se determinó la actividad de la tiopurina metiltransferasa (TPMT) antes del inicio. Todos recibieron AZA según el mismo protocolo: inicio con 50 mg/día y a los 15 días en caso de tolerancia aumento a dosis plenas (2.5 mg/Kg). En caso de intolerancia gastrointestinal se intentó una reintroducción de AZA más lenta. En caso de nueva toxicidad gastrointestinal se retiró la AZA y se inició 6MP (1,5 mg/Kg). Se recogió el motivo de retirada de AZA, el tiempo de aparición, la medicación concomitante en ese momento y la tolerancia a 6MP.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes (68 enfermedad de Crohn y 24 Colitis Ulcerosa), edad media 36,8 (DE 10,97) años. Valor medio de TPMT 19,65 (DE 4,6) U/mL (rango 6,6–35,7). Se dieron efectos secundarios en 58 pacientes (63%) tras 3,42 meses de media, los más frecuentes fueron la intolerancia gastrointestinal 30 (33%) y la leucopenia 8 (9%). Abandonaron el tratamiento por efectos secundarios 25 (27%) pacientes tras 1,5 meses de media, rango 0,36 a 6,51. La intolerancia gastrointestinal apareció tras 2,1 meses de media, rango 0,4–12. Los factores asociados a su aparición fueron el sexo femenino, OR 2,83, IC_{95%} (1,29–6,2), valores de TPMT ($P = 0,04$) y el tratamiento con infliximab OR 5,8, IC_{95%} (1,1–32). Quince (50%) de los 30 pacientes toleraron la reintroducción de AZA más lentamente, en el resto de suspendió la AZA. Las variables asociadas a la retirada de AZA fueron los niveles de TPMT ($P = 0,04$) y el tratamiento concomitante con 5-ASA, OR 1,4, IC_{95%} (1,01–1,9). El área bajo la curva para predecir la retirada de AZA en función de los niveles de TPMT fue de 0,7 CI_{95%} (0,5–0,9) con una sensibilidad del 73% y una especificidad del 67%. Se le ofreció cambio a 6MP a todos los pacientes intolerantes a AZA, aceptaron 14 de 15. Cinco,