

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 parecen que juegan un papel importante en la etiopatogénesis de la EII.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.090](https://doi.org/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 Donostia

^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](https://doi.org/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 (%). 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,

(38%) por protocolo y 36% por intención de tratar toleraron el tratamiento con 6MP. La tolerancia a 6MP no se asoció a ninguna de las variables estudiadas.

Conclusiones: La incidencia de intolerancia gastrointestinal es un hecho relevante durante el tratamiento con AZA. En caso de intolerancia se debe contemplar el tratamiento con 6MP. La asociación con los niveles de TPMT podría reflejar el papel de los nucleótidos de 6-metilmercaptopurina en su patogénesis.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.092](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.092)

¿PODEMOS IDENTIFICAR PACIENTES CON EII CON ALTO RIESGO DE RECIDIVA EN FUNCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PARÁMETROS DE LABORATORIO CONVENCIONAL?

M.L. Rodríguez Perálvarez, V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, P. Soto Escribano, J.M. Angel Rey, L. Vida Pérez, A.J. Hervás Molina, J.F. De Dios Vega, F. Gómez Camacho

Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades crónicas con un curso recidivante. En la mayoría de los casos la recidiva es imprevisible. Hasta el momento, no disponemos de marcadores clínicos ni analíticos capaces de seleccionar grupos con mayor susceptibilidad de padecer una recidiva.

Objetivos: Determinar si las características clínicas del paciente y de la enfermedad se asocian al riesgo de aparición de un brote de actividad y valorar el papel de los parámetros convencionales de laboratorio en la predicción de la recidiva de la EII.

Pacientes y método: Se incluyeron 135 pacientes con EII en remisión clínica durante al menos 3 meses de evolución. En el momento de su inclusión se recogieron datos clínicos y se extrajo una muestra de sangre venosa para la determinación de parámetros analíticos. Todos los pacientes fueron revisados en consulta cada 2 meses hasta completar un año. La recidiva clínica se definió como un índice de TW \geq 11 puntos o CDAI \geq 150 puntos. Durante el seguimiento, todos los pacientes mantuvieron una dosis estable de la medicación. Al final del estudio, los pacientes fueron clasificados en dos grupos en función de si sufrieron o no una recidiva clínica. Se realizó un estudio descriptivo y analítico con el fin de identificar aquellas variables capaces de predecir la recidiva de la enfermedad.

Resultados: Sesenta y nueve tenían una CU (51%) y 66, una EC (49%). En el grupo de pacientes con CU la recidiva se produjo en 21 (31%) y en EC, en 18 (27%). El tiempo medio desde la última remisión fue de 15 \pm 6 y 17 \pm 12 meses, respectivamente. La recidiva clínica fue mayor en pacientes con EC que fumaban (39% vs 6%, p = 0,05), en aquellos con enfermedad ileal (60% vs 10 y 15%; p<0,01) y en los pacientes con CU y una menor duración de la última remisión (7 \pm 11 vs 19 \pm 20 meses; p<0,01). El valor de la α 1-antitripsina basal fue mayor en el grupo de pacientes que sufrieron una recidiva (122 vs 138 mg/mL; p = 0,04). El mejor punto de corte fue 117 mg/dL, el área bajo la curva ROC fue 0,69 y la proporción de pacientes que recidivaron a lo largo del tiempo fue mayor en aquellos con niveles más altos de 117 mg/dL (p = 0,03). En el análisis de regresión logística, la única variable capaz de predecir la recidiva clínica fue la localización ileal de la EC (OR 5,95; IC 1,14-16,58; p<0,01).

Conclusión: En este estudio, los pacientes con EC ileal tuvieron 6 veces más riesgo de recidivar durante el seguimiento. Hacen falta estudios que evalúen la capacidad de otros parámetros de laboratorio tales como la α 1-antitripsina así como el efecto del tabaco y la duración de la última remisión en el riesgo de aparición de un brote de actividad.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.093](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.093)

PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE DEBUT Y FACTORES ASOCIADOS

T. Ortiz^a, Y. Zabana^a, M. Mañosa^a, S. Holgado^b, E. Cabré^a, E. Domènech^a

^aServicio de Aparato Digestivo

^bReumatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

La incidencia de alteraciones de la densitometría ósea (ADMO) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se encuentra incrementada, con resultados muy variables probablemente por la heterogeneidad de las características de los pacientes.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de ADMO en el debut de la EII e identificar factores de riesgo asociados.

Pacientes y métodos: Se identificaron todos los pacientes con EII a los que se les había realizado una densitometría ósea en los primeros 12 meses desde el diagnóstico. Se obtuvieron datos sobre factores de riesgo de osteoporosis en la población general y datos relacionados con la EII, a partir de la historia clínica o por contacto telefónico.

Resultados: 103 pacientes (52 Crohn, 51 colitis ulcerosa), 52% mujeres, mediana de edad de 34 años (IQR: 23-42), 53% fumadores. La actividad inflamatoria de la EII en el diagnóstico era moderada o grave en el 70% de los pacientes. En el momento de la densitometría, el 52% habían recibido esteroides (mediana de 20 días). Ningún paciente había recibido agentes antiTNF. Sólo el 8% no tomaba lácteos habitualmente y el 83% realizaba ejercicio físico de algún tipo. Sólo 3 pacientes eran menopáusicas y el 12% de las mujeres tomaba anticonceptivos. La prevalencia de ADMO fue del 37% (33% osteopenia y 4% osteoporosis). Las gestaciones previas, el índice de masa corporal, la albúmina sérica, la falta de ejercicio físico y la edad se asociaron a ADMO. El grado de actividad, tipo, localización o extensión de la EII no se correlacionaron con ADMO. En el análisis multivariado, la albúmina sérica baja, la edad y la falta de ejercicio físico fueron factores predictivos independientes de ADMO.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con EII presentan ADMO en el debut de la enfermedad. Como en la población general, la edad es determinante para el desarrollo de ADMO, pero no constituye un criterio para la decisión de realizar estudio densitométrico.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.094](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.094)