

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ANEMIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

F. de la Morena^a, J.P. Gisbert^b

^aServicios de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina

^bServicios de Aparato Digestivo, Hospital de la Princesa, Madrid

Objetivo: Evaluar las características epidemiológicas y las principales alteraciones analíticas de la anemia en pacientes con EII.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, en pacientes con colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) en seguimiento entre los años 2002 al 2004 en nuestro hospital. Criterios de exclusión: 1) Diagnóstico realizado durante el periodo de estudio ó seis meses previo al inicio del mismo; 2) Enfermedad hepática, renal, hematológica o neoplásica en fase avanzada; 3) Embarazo; 4) Colectomía total en pacientes con CU; 5) Anemia hemolítica o perniciosa previamente diagnosticada; y 6) Seguimiento defectuoso (menos de 4 revisiones en 2 años con analítica en cada una de ellas). Definición de anemia: hemoglobina (Hgb) <13 g/dl en varones y <12 en mujeres; ferropenia: hierro sérico <59 µg/dl, ferritina <30 ng/ml y/o índice de saturación de transferrina <12% y/o transferrina >400 mg/dl. Se recogieron y analizaron los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos.

Resultados: Se incluyeron 253 pacientes, descartándose 7 pacientes según los criterios de exclusión previamente descritos. La edad media fue de 46 años, el 54% varones, 53% con EC y 47% con CU. Se identificó anemia en el 30% de los pacientes, un 67% con criterios de ferropenia asociada. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con EC y CU en los siguientes aspectos: 1) Menor edad media en EC (43 vs. 49 años; $p < 0,01$). 2) Mayor prevalencia de anemia en EC que en CU (39 vs. 19% ($p < 0,01$); Hgb media 13,7 vs. 14,6 g/dl ($p < 0,05$)). 3) Mayores incrementos de reactantes de fase aguda (orosomucoide, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación) en EC (115 vs. 95 mg/dl ($p < 0,01$), 1,3 vs. 0,8 mg/dl ($p < 0,05$) y 20,1 vs. 14,3 ($p < 0,01$), respectivamente). 4) Menores concentraciones de hierro sérico y saturación de transferrina en EC (73 vs. 87 µg/dl ($p < 0,01$) y 23,3 vs. 28,5 ($p < 0,05$)). Por otro lado, la presencia de anemia se asoció al tratamiento esteroideo, a la necesidad de ingreso hospitalario y al aumento de orosomucoide y velocidad de sedimentación. La respuesta al hierro oral (sulfato ferroso) en pacientes con anemia ferropénica fue completa (incremento de Hgb >2 g/dl en seis meses) en el 33% de los pacientes, parcial (Hgb 1-1,9 g/dl) en el 30%, y ausente (Hgb <1 g/dl) en el 37% de los casos.

Conclusión: La anemia es frecuente en los pacientes con EII, con una mayor prevalencia en la EC que en la CU. La presencia de anemia se asoció a una mayor actividad de la EII (reactantes de fase aguda elevados), una mayor necesidad de ingreso hospitalario y un mayor requerimiento de tratamiento esteroideo. La respuesta a la ferroterapia oral en este estudio retrospectivo fue menor que el descrito en estudios previos.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.095

PROGRESIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES TRATADOS CON METOTREXATO (MTX): UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA (FIBROSCAN)

A. Barbero-Villares^a, J. Mendoza-Jiménez^a, C. Esteban^a, E. Gómez-Domínguez^b, J.A. Moreno-Monteagudo^a, L. García-Buey^a, R. Gómez-Gil^c, T. Sanz^d, E. Daudén^d, J. Maté^a, J.P. Gisbert^a, R. Moreno-Otero^a

^aServicio de Aparato Digestivo, Hospital de la Princesa

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital 12 de Octubre

^cServicio de Reumatología, Hospital de la Princesa

^dServicio de Dermatología, Hospital de la Princesa, Madrid

Introducción: El MTX es un fármaco muy utilizado en el tratamiento de diversas enfermedades autoinmunes. Su uso durante largos períodos se ha asociado al desarrollo de fibrosis hepática. La elastografía hepática (FibroScan) es una técnica que permite evaluar la fibrosis hepática de forma no invasiva.

Objetivos: 1. Evaluar la fibrosis hepática mediante FibroScan en pacientes tratados con MTX. 2. Estudiar la progresión a fibrosis significativa ($F > 2$) en función del tiempo de tratamiento. 3. Evidenciar las diferencias en el estadio de fibrosis entre diferentes enfermedades que precisan tratamiento con MTX.

Métodos: Estudio prospectivo unicéntrico, que incluye pacientes con artritis reumatoide (AR), psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tratados con MTX. Se recogió información clínica y analítica. La elasticidad hepática fue evaluada mediante FibroScan por un gastroenterólogo que desconocía el resto de datos del paciente. Los puntos de corte elegidos (según METAVIR) fueron: $F \geq 2$: 7,1 KPa; $F \geq 3$: 9,5 KPa; y $F \geq 4$: 14,5 KPa.

Resultados: Se estudiaron un total de 66 pacientes (fallo de determinación en 13 pacientes, 20%), 22 (42%) varones, edad media 55 ± 15 años. 32% tenían AR, 34% EII y 34% psoriasis. La dosis acumulada media de MTX fue de 1.805 ± 1.560 mg, y la duración media del tratamiento fue de 178 semanas. La elasticidad hepática media fue de $6,19 \pm 2,43$ KPa. En función de la escala METAVIR, 49 pacientes (92,5%) tenían valores compatibles con $F \leq 2$ y 4 pacientes (7,5%) $F \geq 3$. Las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) y el análisis multivariante (Log-Rank) no demostraron diferencias significativas en la progresión hacia fibrosis significativa en función de las diversas variables estudiadas, como la dosis acumulada de MTX o la enfermedad de base.

Conclusión: 1. El tratamiento con MTX, a las dosis utilizadas habitualmente, sólo excepcionalmente induce el desarrollo de fibrosis hepática. 2. No se encontraron diferencias en los valores de elasticidad hepática entre pacientes con EII, AR o psoriasis tratados con MTX. 3. La elastografía hepática (FibroScan) es una prueba efectiva y exenta de efectos secundarios, que podría permitir la evaluación y el seguimiento de la fibrosis hepática en los pacientes tratados con MTX.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.096

¿PUEDEN LAS CITOQUINAS SISTÉMICAS PREDECIR LA RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, P. Soto Escribano, R. González Ojeda, L. Castillo Molina, C. Llamoza Torres, A. González Galilea, J. Muntané Relat, J.F. de Dios Vega, F. Gómez Camacho

Unidad Clínica de Aparato Digestivo y Unidad de Investigación del Hospital Reina Sofía de Córdoba

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) cursa con recidivas periódicas e imprevisibles. Estas recidivas son el

resultado de una inflamación progresiva y continua. Se ha demostrado que en el proceso de inflamación local de la pared intestinal, la activación de células inflamatorias producen citoquinas que pasan a la vía sistémica y pueden actuar como marcadores biológicos cuantitativos del grado de inflamación subclínica. Su detección en sangre, en fase presintomática, podría ser de utilidad para predecir la aparición de un brote de actividad.

Objetivos: Determinar el valor de las citoquinas sistémicas para predecir la recidiva de los pacientes con EI en remisión.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio prospectivo que incluye a 135 pacientes diagnosticados de EI en remisión clínica, de al menos, 3 meses de evolución. En el momento de la inclusión, se realizó una extracción de sangre venosa para la determinación, mediante un test de ELISA, de las siguientes citoquinas: TNF α , TNF α -R1 y R2, IL-1 β , IL-1R, IL-2, IL-R2, IL-6, IL-10 e IFN γ . Todos los pacientes se siguieron durante un año y fueron revisados cada 2 meses en consulta así como, si presentaban alguna sintomatología.

Resultados: 66 pacientes tenían una enfermedad de Crohn (EC) y 69, una colitis ulcerosa (CU). Treinta y nueve (30%) sufrieron una recidiva. Un 44% recibía tratamiento inmunomodulador en el momento de su inclusión. No se encontraron diferencias en la detección y concentración basal de las diferentes citoquinas entre los pacientes con EC y CU ni entre los pacientes sin tratamiento inmunomodulador y aquellos con consumo habitual de estos fármacos. La detección y concentración de las citoquinas no se asoció al riesgo de recidiva de la EI.

Conclusión: Las citoquinas sistémicas tienen un escaso valor para predecir la recidiva de la EI.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.097](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.097)

¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

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

^aServicio de Digestivo, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

^bServicio de Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid

Objetivos: La enfermedad inflamatoria intestinal (EI) constituye una entidad clínica en la que existe un riesgo elevado de baja adhesión al tratamiento. Nuestros objetivos fueron conocer el grado de adhesión al tratamiento en una consulta monográfica para pacientes con EI, y estudiar qué factores influyen la misma.

Métodos: Se incluyeron 107 pacientes consecutivos durante 3 meses. Previo consentimiento verbal, los pacientes llenaron en otra sala una encuesta anónima con datos demográficos (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral, situación personal), datos referidos a la enfermedad (tipo de EI, año del diagnóstico, número de ingresos hospitalarios y de intervenciones quirúrgicas por su EI), datos referidos al tratamiento (medicación, dosis e intervalo de administración), declaración autoaplicada de adhesión (Sewitch MJ et al. Am J Gastroenterol 2003) y automedicación. El médico recogió en hoja aparte tratamiento prescrito e índice de actividad (Harvey-Bradshaw/Truelove).

Resultados: Edad media $41,3 \pm 11$ años, 60% mujeres, años de evolución con EI $7,9 \pm 7$. Padecían enfermedad de Crohn 64% (71% inactiva), colitis ulcerosa 36% (70% inactiva). El 66% tomaba aminosalicilatos, 51% inmunosupresores, 8% esteroides. El 66% de

enfermos había precisado por su EI algún ingreso hospitalario y el 17% alguna cirugía. Globalmente el 69% (IC95%: 60–77%) mostraba algún tipo de no-adhesión al tratamiento. El 66% (IC95%: 57–75%) reconocía algún grado de no-adhesión involuntaria: olvidaron alguna vez tomar la medicación (63%) y/o se descuidaron en cuanto a si debían tomarla (27%). El 16% (IC95%: 9–22%) reconocía algún grado de no-adhesión voluntaria: la habían dejado alguna vez por sentirse mejor (13%) y/o peor (6%) al tomarla. El 25% (IC95%: 17–33%) olvidaban al menos una toma a la semana (media 1,6 tomas olvidadas/semana, causa más frecuente: estar fuera de casa), más frecuentemente con mesalazina (30%) que con azatioprina (17%) ($p = n.s.$). En el análisis multivariante, los factores de riesgo de una peor adhesión fueron la dosificación de la medicación en 3 o más tomas al día (OR 3; IC95% 1,1–8,4; $p = 0,03$) y los pacientes poco informados sobre su EI (OR 4,9; IC95% 1,1–23,8; $p = 0,04$); por el contrario, la terapia con inmunomoduladores fue un factor predictivo de mejor adhesión (OR 0,29; IC95% 0,11–0,74; $p = 0,01$). La concordancia médico-paciente en la medicación administrada fue completa en 86%, en 10,3% hubo diferencias en la dosis y en 3,7% diferencias en la medicación. Un 9% de enfermos reconoció haberse automedicado en alguna ocasión debido a presentar brote.

Conclusiones: En nuestro medio, la adhesión al tratamiento en enfermos con EI es insuficiente. Los pacientes en tratamiento con inmunosupresores presentan una mejor adhesión al tratamiento. Debemos intentar optimizar la información que proporcionamos al paciente sobre su EI y administrar la medicación en una o dos tomas al día para conseguir mejorar el cumplimiento terapéutico.

doi: [10.1016/j.gastrohep.2009.01.098](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.098)

REMISIÓN SOSTENIDA AL AÑO, LIBRE DE CORTICOIDES, EN CU CORTICODEPENDIENTE MEDIANTE LEUCOCITOAFÉRESIS. IMPORTANCIA DE LA REMISIÓN ENDOSCÓPICA

J. Cabriada^a, N. Ibargoyen^a, A. Hernández^a, A. Castiella^b, J.A. Arévalo^a, A. Bernal^a

^aSección de Digestivo, Hospital Galdakao, Galdakao, Vizcaya

^bSección de Digestivo, Hospital Mendaro, Guipúzcoa

Introducción: Se dispone de pocos datos sobre la duración de la respuesta de la leucocitoaféresis en CU, con vistas a establecer la necesidad o no de mantenimiento

Objetivo: Evaluar la eficacia al año de la leucocitoaféresis en CU corticodependiente y la importancia de la respuesta clínica y endoscópica inicial.

Material y métodos: Estudio prospectivo, abierto en 18 pacientes (12V/6M) con CU corticodependiente tratados con leucocitoaféresis. En 17, tras fracaso o intolerancia a inmunomoduladores tiopurínicos; en 2 tras fracaso a metotrexate y en 3 a infliximab. Se realizaron sesiones semanales de aféresis por vía periférica en 16 casos y central en 2. Cuatro pacientes se trataron con 10 sesiones, dos con 6 y doce con 5 sesiones. Se realizó una evaluación clínica, analítica y endoscópica (índice de la Clínica Mayo) al mes de la última aféresis, a los 6 y 12 meses. Se consideró remisión clínica un índice ≤ 2 asociado a retirada completa de corticoides; respuesta el descenso ≥ 3 puntos sobre el basal y remisión endoscópica un subíndice de 0 ó 1 sin corticoides. Se analizó la eficacia en todos los pacientes al año.

Resultados: Remisión inicial: clínica 10 casos (55%) y endoscópica 9 (50%); objetivándose una significativa correlación entre remisión clínica y endoscópica ($r_s = 0,894$; $p < ,001$). A largo