

TASA DE COLECTOMÍA EN UNA COHORTE HISTÓRICA DE COLITIS ULCEROSA

C. Saro Gismera^a, A. López San Román^b, C. de la Coba Ortiz^a, M. Álvarez Posadilla^a, R. García López^a, R. Tojo^a, A. Palacio Galán^a, González Bernal^a, A. Álvarez Álvarez^a, F.J. Román Llorente^a, J.M. Pérez-Pariente^a, C.A. Navascués^a

^aHospital de Cabueñes, Gijón, Asturias. S. Ap. Digestivo

^bHospital Ramón y Cajal, Madrid, S. Ap. Digestivo

La morbilidad en la colitis ulcerosa (CU) y el tratamiento médico elegido para su control se relaciona directamente con la necesidad de cirugía en el curso de la enfermedad.

Objetivo: Determinar el riesgo de colectomía en nuestra cohorte histórica de pacientes con CU, desde el diagnóstico hasta el 31 de Dic 2006 o la muerte. Identificar los factores asociados a cirugía y compararlos con los ptes no intervenidos. Averiguar los cambios de la tasa quirúrgica sufridos en el tiempo.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo, poblacional, prospectivo. Incluimos 636 (49,25% mujeres) ptes, diagnosticados de CU, en el Área Sanitaria V de Gijón, población 225.798 hab > 14 años. Media de seguimiento en ptes vivos de 12.11 años y en los 74 ptes muertos de 10.84 años. Se realiza Test X², exacto de Fisher, Mann-Whitney U, y Kruskal-Wallis para diferencias de sexo, edad, extensión, uso de tabaco y otros parámetros, entre ptes que requieren cirugía y los que no.

Resultados: Se intervienen 33 ptes (48,48% mujeres), riesgo acumulado de colectomía: 5,18% (media de seguimiento de ptes operados de 12,90 años). Entre ptes operados y no operados, no había ninguna diferencia significativa en la edad al diagnóstico (44,66 vs 44,40 años), tiempo sintomático previo al diagnóstico (11,39 vs 11,66 meses), sexo, Panca+ y ASCA+. El % de ptes no fumadores en el grupo operado vs no operado es de 59,4% vs 51,8%, los ex-fumadores en el grupo operado vs no op es de 25,0% vs 34,1% (p = ns). La duración de la enfermedad es superior en ptes no op. (3,31 años vs 11,97 años) (p < 0,000). La t. de mortalidad (24,24% vs 10,94%) es superior en ptes op (p = 0,038). La enfermedad es más extensa en el grupo de ptes intervenidos (c. extensa 84,84% vs 26,86%) (p < 0,000). Aunque la tasa quirúrgica es superior en ptes diagnosticados antes de 1991 (n = 14), en relación a los diagnosticados después de esta fecha (n = 19), no tiene significación estadística (6,60% vs 4,48%) (p = ns).

Conclusiones: Nuestro riesgo de colectomía en CU, es intermedio al descrito para Europa del norte y del sur. La colectomía, solo se asocia con la duración de la enfermedad, c. extensa y t. de mortalidad. La t. quirúrgica no se ha modificado en el tiempo.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.102

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA CON HIERRO (FE) ORAL E INTRAVENOSO (IV) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

J.P. Gisbert^a, F. Bermejo^b, R. Pajares^c, J.L. Pérez-Calle^d, M. Rodríguez^a, A. Algaba^b, N. Mancenido^c, F. de la Morena^a, J.A. Carneros^b, A.G. McNicholl^a, Y. González-Lama^a, J. Maté^a

^aServicio de Aparato Digestivo, La Princesa

^bServicio de Aparato Digestivo, Fuenlabrada, Madrid

^cServicio de Aparato Digestivo, La Paz, Madrid

^dServicio de Aparato Digestivo, Alcorcón, Madrid

Objetivo: Evaluar la eficacia (sobre parámetros analíticos y calidad de vida) y la tolerancia del tratamiento con Fe oral e iv en los pacientes con EII.

Métodos: Estudio prospectivo, multicéntrico, en pacientes con colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn con anemia (hemoglobina (Hgb) < 13 g/dL en varones y < 12 en mujeres) ferropénica. Criterios de exclusión: a) enfermedad grave asociada; b) vitamina B₁₂ o ácido fólico bajos; c) administración en los últimos 3 meses de Fe, eritropoyetina o hemoderivados; d) inicio de azatioprina en los últimos tres meses; e) ingreso hospitalario reciente (tres meses). En los pacientes con Hgb > 10 g/dL se prescribió sulfato ferroso vía oral (Ferrogradumet[®] 1 comp/día). Si la Hgb era < 10 g/dL se administraba Fe sacarosa intravenoso (Venofer[®], 200 mg 2 días/semana). En los pacientes intolerantes al Fe oral se cambiaba a la vía iv. En el momento basal, a los 3 y a los 6 meses tras el comienzo del tratamiento con Fe se realizó una analítica, se evaluaron los efectos adversos y se cumplimentó el cuestionario de calidad de vida reducido CCVEII-9 (puntuación de 0 a 100). Se consideró como respuesta al tratamiento la consecución de cifras normales de Hgb.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con EII (59 con enfermedad de Crohn y 41 con colitis ulcerosa). Las cifras medias de Hgb basal fueron de 10,8 ± 1,3 g/dL (rango, 6,6–12,9). Sesenta y ocho pacientes recibieron tratamiento con Fe oral, mientras que 22 fueron tratados con Fe iv. Se comprobó una respuesta (normalización de Hgb) al tratamiento con Fe en el 86% de los pacientes (89% con Fe oral y 77% con Fe iv). No se demostró un incremento de la actividad de la EII en ningún paciente. Cuatro pacientes (5,1%) presentaron intolerancia al Fe oral, lo que obligó a suspender el tratamiento. No se describieron efectos adversos al Fe iv. Se demostró una correlación significativa entre las cifras de Hgb y la puntuación del CCVEII-9 (p < 0,001). En los respondedores a los 3 meses, la puntuación del CCVEII-9 ascendió de 58 a 73 puntos (p < 0,001), mientras que el incremento en los que precisaron 6 meses de tratamiento fue más lento (54, 68 y 74 puntos a los 0, 3 y 6 meses; p < 0,001). Por su parte, el CCVEII-9 no se modificó en los no respondedores.

Conclusión: En los pacientes con EII el tratamiento de la anemia con Fe oral es eficaz y bien tolerado, no exacerbando los síntomas de la enfermedad intestinal subyacente. La formulación iv de Fe ("sacarosa") es también una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de los casos más graves o con intolerancia al Fe oral. La corrección de la anemia con ambos tratamientos, oral e iv, se asocia con una mejoría en la calidad de vida.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.103

UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA Y LACTOFERRINA FECAL EN LA PREDICCIÓN DE LA RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

J.P. Gisbert^a, F. Bermejo^b, J.L. Pérez-Calle^c, C. Taxonera^d, I. Vera^e, A.G. McNicholl^a, A. Algaba^b, P. López^c, N. López-Palacios^d, M. Calvo^e, Y. González-Lama^a, J.A. Carneros^b, M. Velasco^a, J. Maté^a

^aServicios de Aparato Digestivo de los Hospitales de La Princesa, Madrid

^bFuenlabrada, Madrid

^cAlcorcón, Madrid

^dClínico San Carlos, Madrid

^ePuerta de Hierro, Madrid

Antecedentes: Los brotes de actividad de la EII son habitualmente impredecibles. Si dispusiéramos de un marcador que