

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

permitiera estimar con fiabilidad el riesgo de sufrir una recidiva, podríamos administrar precozmente fármacos con intención preventiva o terapéutica. Puesto que la inflamación es un proceso continuo, la estimación del nivel de ésta mediante un marcador biológico podría proporcionarnos una medida cuantitativa presintomática del riesgo de sufrir una recidiva clínica inminente.

Objetivo: Determinar la utilidad de la calprotectina y lactoferrina fecales para predecir la recidiva de la EII.

Métodos: Estudio multicéntrico en el que se incluyeron prospectivamente pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) en remisión clínica (según CDAl y Truelove) al menos durante los 6 meses previos. Se determinaron basalmente las concentraciones fecales de calprotectina y lactoferrina, momento en que se recogieron datos relativos a la enfermedad y al tratamiento. Los pacientes fueron seguidos hasta que presentaron un brote de actividad o hasta completar un año de seguimiento sin recidiva.

Resultados: Se incluyeron 163 pacientes, 89 con EC y 74 con CU. Veintiséis pacientes (16%) recidivaron durante el seguimiento. Los valores medios de calprotectina fueron de $153 \pm 161 \mu\text{g/g}$ (rango, 6–1.217). Las concentraciones de calprotectina en los pacientes con EII que recidivaron fueron superiores a las de aquellos que permanecieron en remisión (239 ± 150 vs. $136 \pm 158 \mu\text{g/g}$; $p < 0,001$). El riesgo de sufrir una recidiva fue mayor en los pacientes con concentraciones fecales elevadas de calprotectina ($> 150 \mu\text{g/g}$) (30% vs. 7,8%; $p < 0,001$) o de lactoferrina (25% vs. 10%; $p < 0,05$). La sensibilidad y la especificidad de la calprotectina fecal ($> 150 \mu\text{g/g}$) para predecir la recidiva de la EII fue del 62% y del 62%. Las cifras correspondientes para la lactoferrina fueron del 62% y 65%. El área bajo la curva ROC para la predicción de la recidiva mediante la determinación de calprotectina fue de 0,73 (0,69 para la UC y 0,77 para la EC). Los resultados fueron mejores cuando se incluyeron exclusivamente pacientes con EC o cuando únicamente se consideró la predicción de la recidiva ocurrida durante los primeros 3 meses (sensibilidad del 100%). En el análisis de supervivencia (curvas de Kaplan-Meier) unas concentraciones elevadas de calprotectina o lactoferrina fecal se asociaron con la recidiva clínica, y ambos marcadores fecales se asociaron con ésta en el estudio multivariante.

Conclusión: La determinación de las concentraciones de calprotectina y lactoferrina fecal puede ser útil para predecir la recidiva clínica inminente –fundamentalmente en los siguientes 3 meses– tanto en la EC como en la CU.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.104

VALORACIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA (FIBROSCAN) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) TRATADOS CON METOTREXATO (MTX)

A. Barbero-Villares^a, J. Mendoza^a, C. Taxonera^b, A. López-Sanromán^c, R. Pajares^d, F. Bermejo^e, J.L. Pérez-Calle^f, R. Moreno-Otero^a, J.L. Mendoza^b, J. Maté^a, J.P. Gisbert^a

^aServicio de Aparato Digestivo La Princesa, Madrid

^bClínico San Carlos, Madrid

^cRamón y Cajal, Madrid

^dLa Paz, Madrid

^eFuenlabrada, Madrid

^fAlcorcón, Madrid

Introducción: El MTX es un tratamiento eficaz de la EII. Su uso durante largos periodos se ha asociado al desarrollo de fibrosis

hepática. El FibroScan es una técnica novedosa, segura y efectiva para la valoración de la fibrosis hepática.

Objetivo: Evaluar la presencia de fibrosis hepática mediante elastografía hepática (FibroScan) en pacientes con EII tratados con MTX.

Métodos: Estudio multicéntrico, prospectivo que incluye pacientes con EII tratados con MTX. Se recogieron datos clínicos, demográficos, duración del tratamiento y dosis acumulada de MTX. Se obtuvieron los valores de elastografía hepática mediante FibroScan realizado por un gastroenterólogo que desconocía el resto de datos de los pacientes. Los puntos de corte para los diferentes estadios de fibrosis (según METAVIR) fueron: $F \geq 2$: 7,1 y $F \geq 3$: 9,5 KPa.

Resultados: Se incluyeron un total de 46 pacientes, 30 mujeres (65%), edad media 42 ± 10 años, IMC $26 \pm 6 \text{ Kg/m}^2$. 31 pacientes tenían enfermedad de Crohn (68%), 13 colitis ulcerosa (28%) y 2 pacientes colitis indeterminada (4%). La dosis acumulada media de MTX fue de $1,242 \pm 1,349 \text{ mg}$, con un tiempo medio de tratamiento de 21 ± 24 meses. La elasticidad hepática media fue de $4,7 \pm 6,9 \text{ Kpa}$ (IQR medio: $0,8 \pm 0,6$), con una tasa de éxito media del 82%. En función del punto de corte de 7,1 KPa, 38 pacientes (83%) presentaron $F < 2$ y 8 pacientes (17%) $F \geq 2$; tres pacientes (6,5%) mostraron valores compatibles con $F \geq 3$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de elasticidad hepática en función del sexo, edad, tipo de EII o dosis acumulada de MTX. Las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier) y el análisis multivariante (Log-Rank) no demostraron diferencias significativas en la progresión hacia fibrosis avanzada en función de la dosis acumulada de MTX o del tipo de EII.

Conclusiones: 1. El desarrollo de fibrosis hepática en pacientes con EII tratados con MTX es excepcional. 2. No existen diferencias en los valores de elasticidad hepática en función del tipo de EII o de la dosis acumulada de MTX. 3. La elastografía hepática (FibroScan) es una técnica novedosa y segura que puede ser potencialmente útil en la evaluación y el seguimiento de la fibrosis hepática en pacientes con EII tratados con MTX.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.105

Oncología

ALTA PREVALENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA CON NEOPLASIA DE ESÓFAGO

F. Junquera^a, S. Videla^b, M.P. Cañadas^c, L. Darwich^d, X. Calvet^a, E. Brullet^a, E. Martínez-Bauer^a, G. Sirera^b, B. Clotet^b, R. Campo^a

^a(CIBER-ehd). Corporacion Parc Tauli. Sabadell

^bLluita Contra La SIDA Foundation. University Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona)

^cMSC, General Lab, Barcelona

^dDepartment of Sanitat i Anatomia Animals, Universidad Autònoma de Barcelona (U.A.B.)

El virus del papiloma humano (VPH) es una agente etiológico implicado en la neoplasia de esófago. Sin embargo su prevalencia es muy variable dependiendo de la localización geográfica y de los diferentes test utilizados en su detección como la hibridación in situ, southern blot, y reacción de la polimerasa en cadena (PCR).

Objetivo: Determinar la prevalencia del VPH en una población seleccionada con neoplasia de esófago de Cataluña.