

COMUNICACIONES ORALES

Mesa Comunicaciones III

18. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATE EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

P. Ruiz-Cuesta; V. García-Sánchez; E. Iglesias-Flores; J. Jurado-García; M. Rodríguez-Perálvarez; C. Naveas-Polo; Á. González-Galilea; F. Gómez-Camacho

Hospital Universitario Reina Sofía, Aparato Digestivo.

Introducción

La seguridad a largo plazo de metotrexate en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es controvertida. Este hecho limita su uso a pesar del bajo coste.

Objetivos

Evaluar la incidencia acumulada (IA), tasa de incidencia (TI), distribución y cronología de efectos adversos (EA) con metotrexate e identificar factores predictores de su aparición.

Métodos

Se revisaron 46 pacientes con metotrexate incluidos en la base de datos local ENEIDA de nuestro hospital. La incidencia a largo plazo de EA se evaluó mediante Kaplan-Meier y mediante análisis univariante se trataron de identificar factores predictores de su aparición.

Resultados

Edad media 47 años, 65% hombres, 41% colitis ulcerosa y 59% EC. El 96% tomaban fólico. Todos habían recibido tiopurinas. La mediana de tiempo de tratamiento fue 11 meses (2-60). La mediana de aparición de EA desde el inicio del tratamiento fue 3 meses (2-23). La IA fue 28%, con una TI del 5% por paciente/año de seguimiento. El 54% aparecieron en los 3 primeros meses, el 61% en los 6 primeros y, el 100%, durante el primer año. Los EA: hepatotoxicidad (13%), intolerancia digestiva (11%) y mielotoxicidad (4%). Ni la edad, sexo, tipo de EII, hábito tabáquico, etilismo, presencia de otras enfermedades ni la indicación del metotrexate, se asociaron a un mayor riesgo salvo el antecedente de corticorefractariedad (69% vs 30%, $p=0,045$).

Conclusiones

Una cuarta parte de los pacientes en tratamiento con metotrexate presentó EA durante el seguimiento. No se identificaron factores predictores de su aparición. Se precisan estudios más amplios sobre este tema.

19. EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON METOTREXATE A DOSIS ALTAS Y VÍA PARENTERAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

P. Ruiz Cuesta; V. García Sánchez; E. Iglesias Flores; J. Benítez Cantero; P. Soto Escribano; C. García Caparros; S. Marín Pedrosa; A. Hervás Molina; M. Vignote Alguacil; F. Gómez Camacho

Hospital Universitario Reina Sofía, Aparato Digestivo.

Introducción

Hay pocos datos sobre la eficacia de metotrexate (MTX) cuando se emplea a dosis altas y vía parenteral en la EII a pesar de su bajo coste.

Objetivos

Evaluar la eficacia a corto y largo plazo de MTX en EC y CU e identificar factores predictores de eficacia.

Métodos

Se revisaron los pacientes con EC/CU que recibieron MTX para inducir respuesta a dosis de 25 mg/semana vía parenteral seguidos de 15 mg/semana. La eficacia a corto plazo se evaluó a las 16sem. Datos extraídos de base de datos local ENEIDA.

Resultados

46 pacientes (edad media 47 años, 65% hombres, 41% CU, 59% EC). Indicación más frecuente: corticodependencia y efectos adversos a tiopurinas. En CU, el 74% respondió a las 16sem. La mediana de tratamiento fue 13.5 meses (rango 2-60). El 29% presentó recidiva clínica significativa a largo plazo con mediana de tiempo de 9 meses (rango 1-19). Se suspendió el MTX en el 47% (67% por efectos adversos y el resto, por fracaso). En EC, el 70% respondió a las 16sem. La mediana de tratamiento fue 9 meses (2-15). El 14% mostró recidiva clínica significativa con mediana de tiempo de 8.8 meses (rango 2-15). Se suspendió el MTX en el 63% (35% por efectos adversos y el resto, por fracaso). Ninguna variable se asoció a la eficacia a corto ni largo plazo.

Conclusiones

MTX puede ser una alternativa coste-efectiva en pacientes con EC/CU para inducir y mantener la respuesta cuando se utiliza a dosis altas y vía parenteral.

20. EFICACIA A LARGO PLAZO DE LA CICLOSPORINA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA GRAVE REFRACTARIA A CORTICOIDES: UN ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 23 CASOS.

M. San Juan Acosta; I. Sanabria Marchante; P. Cordero Ruiz; L. Castro Laria; F. Argüelles Arias; A. Caunedo Álvarez; J. Herrerías Gutiérrez

Hospital Universitario Virgen Macarena, Servicio de Aparato Digestivo.

Introducción

Se conoce el potencial de la ciclosporina A (CyA) como terapia de rescate en los pacientes con colitis ulcerosa (CU) refractaria a corticoides. Sin embargo, sus beneficios a largo plazo siguen siendo cuestionables.

Pacientes y métodos

Se analizaron los pacientes con CU aguda grave cortico-refractaria tratados con CyA en el 2000-2010. Se incluyeron 24 pacientes con CU cortico-refractaria (edad media 37 años; 19 hombres y 5 mujeres). Ninguno de los pacientes había respondido a metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg i.v. administrada durante 4-7 días. Recibieron CyA iv a dosis de 3-4 mg/Kg/día (ajustada según niveles de ciclosporina plasmática) una media de 5 días, seguido de CyA oral combinada con Azatioprina y pauta reductora de corticoides oral, durante un período de 3 meses, manteniéndose posteriormente Azatioprina. El tiempo de evolución de la CU al iniciar la CyA fue de una media de 1.5 años (diagnóstico de novo a 6 años). La localización de la enfermedad fue: pancolitis 43%, colon izquierdo 48% y proctitis 9%.

Resultados

En 16/24 pacientes (66,7%) se mantuvo la respuesta durante un tiempo medio de 3 años (rango 1-10 años). En 8/24 (33,3%) se indicó cirugía: 5 que no habían respondido a CyA iv y 3 en tratamiento con CyA oral tras suspender los corticoides. Los principales efectos secundarios observados fueron hipertensión arterial, insuficiencia renal y temblores.

Conclusiones

La ciclosporina iv durante el brote agudo grave cortico-refractario es eficaz y segura para evitar la colectomía. Según nuestra serie, evita la cirugía a largo plazo en un porcentaje alto de pacientes con escasos efectos secundarios.

21. SEGURIDAD Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB DURANTE EL EMBARAZO.

F. Argüelles Arias¹; P. Cordero Ruiz¹; L. Castro Laria¹; M. Barreiro Acosta²; P. Guerrero Jiménez³; M. Gómez García⁴; M. García Sánchez⁵; J. Herrerías Gutiérrez¹

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Digestivo; ²Hospital Universitario Santiago de Compostela, Digestivo; ³Hospital Universitario Virgen de Valme, Digestivo; ⁴Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Digestivo; ⁵Hospital Universitario Reina Sofía, Digestivo.

Introducción

la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) suele debutar, en la mayoría de los casos, durante la edad reproductiva. Sin embargo, existen pocos datos sobre la seguridad durante el embarazo de los tratamientos disponibles, especialmente de los denominados biológicos.

Objetivos

Determinar la seguridad del tratamiento con Infiliximab (IFX) durante el embarazo en mujeres con EII y evaluar su efecto sobre el feto, según la experiencia de varios centros.

Métodos

Se estudiaron retrospectivamente las mujeres con EII, que recibieron tratamiento con IFX durante el embarazo en distintos centros de Andalucía y uno de Galicia. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante el Índice de Actividad de la Enfermedad de Crohn (CDAI) y en Colitis Ulcerosa mediante el Índice de Truelove-Witts en cada trimestre del embarazo. En el feto se determinó la edad gestacional, peso y enfermedades en el momento del nacimiento.

Resultados

Se incluyeron 12 mujeres con una edad media de 29 años, 4 diagnosticadas de Colitis Ulcerosa y 8 de Enfermedad de Crohn, con una duración media de la enfermedad de 7 años. Todas salvo una, que se diagnosticó durante el embarazo estaban siendo tratadas con IFX en el momento de la concepción. Del resto de las pacientes tratadas: 6 recibieron el tratamiento de forma ininterrumpida durante todo el embarazo, 2 solicitaron su retirada de forma voluntaria y en 3 casos se retiró en el tercer trimestre por precaución. Recibieron una dosis media de IFX de 400 mg cada 8 semanas. De las 6 pacientes que fueron tratadas de forma continuada, el 50% se mantuvo en remisión. Las 6 pacientes restantes suspendieron el tratamiento por algún motivo, presentando recidiva de su enfermedad en todos los casos menos uno (83,3%). Ocho partos fueron por vía vaginal y cuatro por cesárea. Ningún recién nacido presentó malformaciones congénitas, retraso del crecimiento intrauterino ni bajo peso y sólo hubo un parto prematuro.

Conclusiones

Según nuestra experiencia, el mantenimiento con IFX durante el embarazo se puede considerar un tratamiento seguro para la madre y el feto. Es más, su retirada puede suponer un empeoramiento de la enfermedad, por lo que recomendamos mantenerlo en todos los casos. No obstante, hacen falta más estudios controlados y con un mayor número de pacientes para conseguir un mayor nivel de evidencia.

22. TASA DE EVITACIÓN DE COLECTOMÍA Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES CON BROTES GRAVES CORTICORRESISTENTES DE COLITIS ULCEROSA TRATADOS CON CICLOSPORINA A.

M. Lozano Lanagrán; G. Alcaín Martínez; R. Camargo Gamero; P. Arbáizar Rodríguez; J. Cotta Rebollo; E. Toscano Castilla

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Aparato Digestivo.

Introducción

La ciclosporina A iv se considera tratamiento de elección en los brotes graves de Colitis Ulcerosa (CU) corticorresistentes. La eficacia a corto plazo es elevada siendo la tasa de evitación de colectomía de un 80-90%. En cambio son menos conocidos los resultados de seguimiento a largo plazo en estos pacientes.

Objetivos

Describir el seguimiento a corto y largo plazo y tasa de evitación de colectomía en los pacientes con CU grave corticorresistente tratados con CyA.

Método

Análisis retrospectivo de los datos clínicos de los pacientes con CU grave corticorresistente tratados con CyA en nuestro centro en el periodo 1997-2009.

Resultados

En dicho periodo se trataron 43 brotes de CU grave corticorrefractarios en 38 pacientes, 25 hombres y 18 mujeres. La edad media fue de 38.3 a (15-68). El tiempo medio desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 24 m (0-180). La duración media del tratamiento corticoideo iv previo fue de 12.7 días (5-30). Solo 7 pacientes (16%) recibían tratamiento previo con AZA, mientras que 25 (58%) recibían tratamiento con 5-ASA. Se obtuvo remisión clínica inicial en 33 de los 43 brotes (77%). Se continuó tratamiento con CyA oral en todos los pacientes que entraron en remisión durante una media de 2.9 m (1-6). En 8 (21%) pacientes se precisó colectomía

durante el ingreso por fracaso de tratamiento. El seguimiento medio de los pacientes que respondieron a CyA en el primer brote fue de 67 m (4-156). En 13 de ellos (46.4%) se precisó nuevo ingreso por brotes siendo tratados cinco de ellos con CyA. En 3 pacientes se ha iniciado tratamiento con IFX. Durante el seguimiento han precisado colectomía otros 8, por tanto la tasa de evitación de colectomía a los 6 m, al año y a los 5 a fue de 73.6%, 71.05% y 57.8% respectivamente.

Conclusiones

Si bien los resultados a corto plazo muestran que el tratamiento con CyA iv es muy eficaz para evitar la colectomía, a largo plazo (5 años) casi la mitad de los mismos (42.2%) requieren colectomía. A pesar de tratamiento de mantenimiento con AZA son frecuentes los ingresos posteriores por brote de actividad (46.4%).

23. PAPEL DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO (SIBO) EN LA SINTOMATOLOGÍA ARTICULAR Y DIGESTIVA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

A. Moreno García; A. Pérez Aisa; F. Fernández Pérez; I. Méndez Sánchez; V. Aguilar Urbano; J. Rosales Zabal; A. Sánchez Cantos

Hospital Costa del Sol Marbella, Digestivo.

Introducción

Las manifestaciones articulares están presentes hasta 40% de pacientes con EII. En la fisiopatología, entre otros factores interviene la flora intestinal, convirtiéndose en diana terapéutica. También, existen situaciones que no se pueden enmarcar completamente con un brote. Siendo esta situación donde intentamos relacionar el SIBO como desencadenante.

Material y método

Analizamos retrospectivamente, entre Enero-2007 y Diciembre-2009, pacientes con EII de evolución no satisfactoria, con persistencia de diarrea, distensión abdominal, meteorismo o artralgias, en los que previamente a avanzar al siguiente escalón terapéutico se realiza un Test de Hidrogeno Espirado con Sobrecarga de Glucosa.

Resultados

Incluimos 19 pacientes con EII: 16 Enfermos Crohn y 3 Colitis Ulcerosas. 11 pacientes (57,89%) tenían antecedentes de cirugía de resección: 9 Crohn y 2 Colitis. Los síntomas fueron: Distensión abdominal 12 casos (63,16%); Diarrea 7 casos (36,84%) y Dolor abdominal 4 casos (21,05%).

Presentaban sintomatología articular 10pacientes (52,63%) (2 Colitis Ulcerosas y 8 Crohn), siendo el Test positivo en 4casos (21,05%) todos con Crohn y antecedentes de cirugía. Indicamos tratamiento con Rifaximina 200mg/8H/7días en 3casos y Metronidazol 500mg/8H/10 días, consiguiendo un Test negativo en 2casos (50%), precisando en el otro 50% un nuevo ciclo de tratamiento consiguiendo un Test negativo en ambos. Tras SIBO negativo, mejoró el dolor abdominal en 3casos (75%), distensión abdominal 1caso (25%) y artralgias en 4(100%).

Conclusiones

- El SIBO parece implicado en las manifestaciones articulares en pacientes con cirugía.
- Su tratamiento puede evitar o retrasar el inicio o cambio de escalón terapéutico.
- Con la limitación del escaso número de pacientes, creemos útil la utilización del Test.

24. INCONTINENCIA FECAL EN MUJERES: CLAVES PARA UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO.

J. Gonzalo Marín¹; A. Pérez Aisa¹; V. Aguilar Urbano¹; J. Rosales Zabal¹; F. Rivas Ruiz²; I. Méndez Sánchez¹; F. Fernández Cano¹; F. Vera Rivero¹; A. Chaves Elena¹; A. Sánchez Cantos¹

¹Hospital Costa del Sol, Digestivo; ²Hospital Costa del Sol.

Introducción

La causa más frecuente de incontinencia fecal (IF) en mujeres es el traumatismo obstétrico, siendo el parto vaginal, el instrumentado y la episiotomía los principales factores de riesgo de lesión esfínter. Hasta 2/3 de los pacientes con desgarro perineal de 3er grado podrían padecer una IF. Otros (macrosomía fetal, parto prolongado, nuliparidad...están en discusión).

Objetivos

1. Valorar el perfil que presentan las mujeres remitidas a unidad de funcionales por IF.
2. Determinar factores asociados a una mayor gravedad de la IF (Vaizey >12).
3. Valorar impacto en la calidad de vida (CVRS) según el grado de gravedad.

Métodos

Estudio descriptivo-prospectivo de pacientes diagnosticados de IF entre Ener'06 y Dic'09. Se recogieron edad, antec obstétricos y quirúrgicos, hallazgos en manometría anorrectal (MAR) y gravedad según score de Vaizey (Wexner modificado), así como CVRS.

Resultados

Analizamos a 43 mujeres, 81.1%(43) de los pacientes remitidos. La forma de presentación fue de tipo urgencia en el 60% de ellas (32). El 25.6% (11) presentaba IF leve (Score <9), el 58.1% (25) moderada y el 17.3% (7) grave (Score >16). La media de inicio de los síntomas fue de 62,9 meses (DE 92,8).En el 53,5% (23) se asociaba una incontinencia urinaria. El 93% tenían antec obstétricos, entre ellos media de 3,3 partos (DE1.9), 1 episiotomía (DE 1.14) y 1 parto prolongado (DE1.2). Macrosomía en 36% (14), desgarros en 51.3% (20), fórceps en 10.3% (4) y vacuo en 20,5% (8). Los antec de cirugía rectoanal fueron poco frecuentes. Los hallazgos en MAR mostraban una hipotonía leve del esfínter anal interno en el 55,8% (24) y moderada-grave en el 44,2% (19). En relación al esfínter anal externo, se observaba una hipotonía leve en el 60,4% (26) y moderada-grave en el 39,6% (17).En análisis bivariado, comparando los factores de riesgo de IF y gravedad, observamos que el 55% (11/20) de las mujeres con desgarro padecían una IF moderad-grave frente al 21,1% (4/19) en las mujeres sin antec de desgarro (p 0.04).Por lo tanto, el Score de Vaizey grave se relaciona con la presencia o antecedentes de desgarro. Comparando los parámetros en MAR y la gravedad de la IF en todo el grupo, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con IF leve-moderada y moderada-grave respectivamente. A su vez, comprobamos que los pacientes con score de Vaizey > 12 (moderado-grave) tienen peor CVRS que los que presentan una IF leve-moderada: 85,3 (DE 24,4) vs 66,7 (DE 15,6) respectivamente (p <0.005).

Conclusiones

- El perfil de pacientes que presentan IF son mujeres con una IF de tipo urgencia asociada a incontinencia urinaria y que consultan con su médico en una media de 5 años desde los síntomas.
- De todos los factores relacionados, únicamente el antecedente de desgarro se ha asociado a una gravedad mayor de la IF, definida por un Score de Vaizey >12.
- Se demuestra el impacto de la mayor gravedad según el Score de Vaizey con CVRS en este grupo de pacientes.

25. UTILIDAD DE LOS MARCADORES BIOQUÍMICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER COLORRECTAL EN PACIENTES SINTOMÁTICOS.

J. Puente Gutiérrez¹; A. Fernández Suárez²; M. Marín Moreno¹; J. Domínguez Jiménez¹; E. Bernal Blanco¹; J. Aguilar Benítez²; A. Cerezo Ruiz³; D. Fatela Cantillo⁴; J. Díaz Iglesias²

¹Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén), Servicio Aparato Digestivo; ²Hospital Alto Guadalquivir. Andújar (Jaén), Área de Biotecnología; ³Hospital Sierra de Segura (Jaén), Servicio Aparato Digestivo; ⁴Hospital Sierra de Segura (Jaén), Área de Biotecnología.

Introducción

Confirmar o descartar el diagnóstico de cáncer colorrectal (CCR) con la menor demora posible y empleando adecuadamente los recursos disponibles supone un problema cotidiano en cualquier consulta de Gastroenterología. Varios marcadores bioquímicos se han asociado con la presencia de CCR demostrando utilidad en el cribado (sangre oculta en heces) y en el seguimiento (CEA). Otros como la determinación del isoenzima piruvato-quinasa M2 (M2-PK) en sangre o heces se han propuesto recientemente como potenciales marcadores de CCR dada su sobreexpresión en células tumorales gastrointestinales.

Objetivos

Analizar el valor diagnóstico para CCR de distintos marcadores bioquímicos en población sintomática e identificar aquellos que permitan seleccionar pacientes con alta probabilidad de padecer la enfermedad.

Material y métodos

Análisis prospectivo en 183 pacientes (88 hombres y 95 mujeres) sintomáticos ambulatorios remitidos para realización de colonoscopia entre abril de 2008 y febrero de 2010. La edad promedio fue 61,9±14,9 años (rango 20-92). Se consideró variable dependiente la presencia de CCR confirmada histológicamente. Previamente a la colonoscopia se determinaron CEA en suero, PK-M2 en sangre y heces, y test inmunológico SOH. Se calcularon sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), odd ratio (OR) y exactitud diagnóstica (VG) con un IC del 95%. Se completó el análisis con una regresión logística.

Resultados

Se encontró CCR en 41 pacientes. La positividad del test SOH y de PK-M2p tuvo aceptables VPP (20,5% y 19,1%) permitiendo diagnosticar el 87,2% y el 63,1% de los casos de CCR, respectivamente. De todas las combinaciones de dos marcadores, la simultaneidad en la positividad PK-M2p y CEA tuvo VPP elevado (65,0%), aunque menor sensibilidad (29,3%) en tanto la positividad simultánea PK-M2p y SOH

tuvo VPP 25,4% consiguiendo seleccionar el 53,7% de los casos de CCR. Individualmente el test con mayor VPN fue el test SOH (98,4%). La negatividad simultánea para SOH y CEA, y para SOH y PK-M2h tuvieron VPN muy elevados (99,2 y 97,7%, respectivamente). Se asociaron de forma independiente con la presencia de CCR la positividad del test SOH (OR 13,2; p<0,0001), la positividad simultánea a PK-M2p y CEA (OR 9,7; p<0,02) y la positividad simultánea a PK-M2p y PK-M2h (OR 2,7; p<0,05).

Conclusiones

La determinación de marcadores biológicos en pacientes sintomáticos puede tener utilidad en el diagnóstico de CCR si bien esta se ve limitada por su reducido VPP. Individualmente, el test SOH y el PK-M2 plasmático han mostrado mayor sensibilidad y VPP. La positividad simultánea de más de un marcador consigue aumentar el VPP pudiendo ayudar en una eventual estrategia de priorización de pacientes. La negatividad para el test de SOH sólo o en combinación simultánea con otros tiene un elevado VPN y podría ser indicador de ausencia de CCR.

26. INCIDENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL TRAS COLONOSCOPIA NEGATIVA.

M. Maraver Zamora¹; M. Rojas Feria²; C. Rodríguez Alonso²; R. Millán Domínguez²; P. Guerrero Jiménez²; M. Romero Gómez²

¹HU Nuestra Sra. de Valme, Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas; ²HU Nuestra Sra. de Valme, UGC Enfermedades Digestivas.

Introducción

La colonoscopia es el gold-standard para el diagnóstico del cáncer colorrectal (CCR), aunque no está exenta de falsos negativos.

Objetivos

Conocer la tasa de falsos negativos en nuestra área sanitaria y los factores que influyen en ella.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo en 2550 pacientes (3770 colonoscopias), a los que se le había realizado alguna colonoscopia entre 1993 y 2008. Se recogieron todos los casos de CCR y se analizaron aquéllos con colonoscopias negativas en los 5 años anteriores, desestimándose aquéllos con exploración en las 5 semanas previas.

Resultados

Se obtuvieron 16 casos, con edad media: 74.7 años (DS=9.3), siendo el 93.75% mayores de 60 años. Tasa de falsos negativos: 1.7%. Fueron incompletas el 60% (30% por mala preparación, 30% por intolerancia, 10% por imposibilidad técnica y 30% por indicación clínica de rectosigmoidoscopia). El 60% de las neoplasias con exploración previa negativa se localizaron a nivel de ciego o colon derecho, un 30% en colon izquierdo y un 10% en recto. El tiempo medio entre la colonoscopia negativa y la diagnóstica fue variable (510 ± 461.1 días).

Conclusiones

1. La tasa de falsos negativos fue del 1.7%.
2. El motivo principal fue la exploración incompleta. Otros factores fueron la mala preparación, el inadecuado seguimiento de lesiones adenomatosas y la falta de exploración cecal en las exploraciones completas.
3. En mayores de 60 años, la colonoscopia debería hacerse completa.