

COMUNICACIONES ORALES

Mesa Comunicaciones II

1. ¿SON LAS MANIFESTACIONES BUCALES FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL?

J.M. García-Montes, C. Castro-Márquez, F. Argüelles-Arias, M.A. Cordero-Bulones, L. San Martín-Galindo, L. Castro-Laria, A. Caunedo-Álvarez, J.M. Herrerías-Gutiérrez

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Objetivos

- Conocer la prevalencia de las manifestaciones bucales en pacientes con EII en nuestro medio y describir el tipo de lesiones.
- Determinar la asociación entre estas manifestaciones y las formas clínicas de la EII, así como su localización y actividad de la EII

Métodos

Presentamos un estudio prospectivo y descriptivo incluyendo pacientes con EII. Se les realizó una exploración orofaríngea completa determinando tipo y número de lesiones. Asimismo, se determinaron características y grado actividad de la EII.

Resultados

Se incluyeron 98 pacientes, encontrando lesiones en diez casos (10,2%), siete con CU y tres EC. Las lesiones bucales más frecuentemente encontradas fueron estomatitis aftosa en ocho casos y herpes labial en cuatro casos. En tres casos coincidieron la existencia de estomatitis aftosa y herpes labial. De los pacientes con CU y lesiones bucales, seis presentaban una proctosigmoiditis y uno proctitis. Todos los pacientes con EC con lesiones bucales presentaban una afectación ileocólica. Todos los pacientes con lesiones bucales estaban en brote moderado de su enfermedad cuando les fueron observadas y se resolvieron tras la mejoría de la EII.

Conclusiones

En nuestro medio, la prevalencia de lesiones en la mucosa bucal es algo superior a la recogida en la literatura, se relaciona más con la CU y siempre aparece en pacientes con brotes de actividad. Su mejor conocimiento y tratamiento podría ayudar a un manejo más correcto del paciente con EII.

2. ENFERMEDAD DE CROHN Y PSORIASIS: SERIE DE CASOS.

V. Martos-Ruiz, C. Alegría, M. Ojeda, E. López, M.R. Gómez.

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción y objetivo

Varios estudios han descrito la asociación epidemiológica, patogénica y genética entre enfermedad de Crohn y psoriasis. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la prevalencia, características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con psoriasis y enfermedad de Crohn atendidos en nuestra unidad.

Material y métodos

Revisamos las historias clínicas de 328 pacientes con Enfermedad de Crohn, seleccionando los que han sido diagnosticados de psoriasis antes o después del diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal, y analizamos sus características demográficas y clínicas.

Resultados

Encontramos 8 casos de psoriasis (prevalencia 2.4%). La edad media al diagnóstico de EII fue 33.5 años. Las localizaciones más frecuentes de la enfermedad de Crohn son la ileal (un 37% de los casos), y la cólica (otro 37%), y el patrón clínico más frecuente, el inflamatorio (87% de los casos). En cuanto al momento de aparición de psoriasis, 6 casos (75%) se diagnosticaron antes que la enfermedad de Crohn, 1 (12.5%) tras instauración de tratamiento inmunosupresor, y 1 (12.5%) se diagnosticó tras iniciar tratamiento con anti-TNF. De los 8 pacientes, 5 casos (62.5%) asociaban otra manifestación extraintestinal (2 casos de eritema nodoso, 2 de artropatía psoriásica y 1 de artropatía enteropática).

Conclusiones

- La prevalencia de psoriasis y enfermedad de Crohn en nuestro estudio es inferior a la publicada en la literatura.

- La psoriasis suele aparecer antes que la enfermedad de Crohn.

- Destaca la coexistencia de otras manifestaciones extraintestinales de la EII en estos pacientes.

3. INFlixIMAB EN COLITIS ULCEROSA: NUESTRA EXPERIENCIA.

P. De la Torre-Rubio, A.M. Matas-Cobos, V. Martos-Ruiz, C. González-Artacho, M.C. García-Marín, M. Gómez-García, M.J. Cabello-Tapia, J. de Teresa-Galván

H.U. VIRGEN DE LA NIEVES. GRANADA.

Introducción

El modo en que el Infliximab puede prevenir la necesidad de colectomía, particularmente en aquellos con enfermedad severa y refractaria a tratamientos convencionales, es algo desconocido.

Objetivos

Analizar las características epidemiológicas y evolución clínica de los pacientes con CU en tratamiento con Infliximab de nuestro hospital.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Incluimos todos los pacientes diagnosticados de CU en tratamiento con Infliximab en nuestro hospital. Analizamos la extensión de la enfermedad, el tiempo de evolución, tratamiento previo y evolución tras la administración de Infliximab. Los datos fueron manejados mediante el programa estadístico SPSS 11.0.

Resultados

De 994 pacientes diagnosticados de EII, 110 recibieron en algún momento tratamiento con IFX, 35 (32%) con CU. 65% (23) hombres y 35% (12) mujeres. El 66% de pacientes con CU presentaban pancolitis y 43% severidad media al diagnóstico. El 69% de nuestros pacientes asociaban al tratamiento tiopurinas.

En 33 (94%) pacientes se completó la inducción con IFX, con respuesta en el 91% (32). Recibieron mantenimiento con IFX 86% (30) de los 35 pacientes. Siendo eficaz en 74% (26) de los 30. 25 pacientes se mantienen en tratamiento con IFX. IFX se suspendió en 10 (29%), en 6 por remisión, 2 por efectos adversos, 1 por alergia, 1 mala respuesta, 1 pérdida de eficacia. Se ha conseguido remisión clínica en 19 (54%), respuesta en 10 (29%) y continúan con actividad 6 (17%).

Conclusiones

El 71% de los pacientes con afectación extensa o mala respuesta a tratamientos convencionales responden de forma satisfactoria a infliximab. El principal motivo de retirada de infliximab en nuestros pacientes fue la remisión clínica.

4. M2-PIRUVATO QUINASA FECAL: NUEVO BIOMARCADOR DE ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

J.M. Vázquez-Morón, B. Benítez-Rodríguez, M. Cabanillas-Casafranca, H. Pallarés-Manrique, F. Manuel Jiménez-Macías, R. Osuna-Molina, M. Ramos-Lora

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ.

Introducción

M2-Piruvato Quinasa fecal (M2-PK) es un nuevo biomarcador útil para diagnosticar la enfermedad inflamatoria intestinal.

Objetivos

Determinar la precisión diagnóstica de M2-PK fecal para predecir actividad endoscópica y clínica en la enfermedad de Crohn (EC) comparado con calprotectina, PCR y VSG.

Material

Estudio de validación de prueba diagnóstica de 58 pacientes con EC determinándose SES-CD, CDAI, M2-PK, Calprotectina, PCR y VSG. Calculamos correlación y curvas ROC de los biomarcadores estimando la sensibilidad y especificidad óptima para establecer actividad clínica y endoscópica.

Resultados

M2-PK y calprotectina mostraron diferencias significativas ($p < 0.05$) al comparar media de los grupos en remisión y actividad para SES-CD y CDAI. PCR y VSG no presentaron diferencias significativas ($p > 0.05$) para SES-CD pero sí para CDAI.

La correlación con SES-CD y CDAI presentó valores significativos para M2-PK ($r = 0.48$ y $r = 0.25$), Calprotectina ($r = 0.70$ y $r = 0.54$), PCR ($r = 0.52$ y $r = 0.58$) y VSG ($r = 0.40$ y $r = 0.45$).

El área bajo la curva (AUC) respecto al SES-CD y CDAI fue significativo para M2-PK (AUC=0.78 y AUC=0.25), Calprotectina (AUC=0.89 y AUC=0.83), PCR (AUC=0.69 y AUC=0.80) y VSG (AUC=0.66 y AUC=0.72). M2-PK y calprotectina presentaron sensibilidad 85% y especificidad 78% para establecer actividad endoscópica. M2-PK presentó sensibilidad 67% y especificidad 65% y calprotectina sensibilidad 79% y especificidad 76% para determinar actividad clínica.

Conclusiones

M2-PK fecal es un biomarcador con elevada precisión para predecir actividad endoscópica en EC.

Calprotectina fecal es el biomarcador más preciso para establecer actividad endoscópica y clínica.

Ambos biomarcadores son más precisos para determinar actividad en la EC que PCR y VSG.

5. METOTREXATE COMO TRATAMIENTO DE RESCATE A AZATIOPRINA EN ENFERMEDAD DE CROHN

C. Márquez-Galisteo, E. Leo, C. Trigo, M.D. De la Cruz, J.M. Herrera, J.L. Márquez-Galán

UGC APARATO DIGESTIVO. HU VIRGEN DEL ROCÍO.

Objetivos

Conocer la eficacia de metotrexate (MTX) como terapia de rescate en enfermedad de Crohn (EC) tras fallo a azatioprina (AZA).

Métodos

Estudio retrospectivo de 57 pacientes con EC tratados con MTX; 53 utilizaron previamente AZA (67% suspendido por intolerancia y 33% por fracaso).

Analizamos tabaquismo, fenotipo EC, tratamientos realizados y respuesta a MTX, considerando fracaso la persistencia de dependencia de esteroides o progresión a terapia biológica o cirugía.

Resultados

Predomina afectación ileocolónica (61%) y patrón inflamatorio (56%). MTX se inicia tras 7,2 años de evolución de EC, generalmente vía parenteral. Es eficaz en 35/57 pacientes (61,4%), aunque en 5 se retira posteriormente por efectos secundarios, siendo la eficacia final del 52,6% (30/57). Se mantienen libres de esteroides sobre el 70% durante los 3 años de tratamiento. En 7 casos se suspende por dosis

acumulada: 19 meses después 5/7 (71%) no requieren esteroides.

No asociamos respuesta a MTX con tabaco ni fenotipo EC, salvo peor respuesta si existen manifestaciones extraintestinales (58% vs 30%, p 0,04). La eficacia tiende a ser superior si se suspende AZA por intolerancia que cuando se debe a fracaso (71 vs 47%, p 0,08). El análisis univariante muestra mejor respuesta al asociar salicilatos, no el multivariante.

Conclusiones

MTX es una alternativa válida a AZA cuando ésta ha fracasado, pero sobre todo cuando existe intolerancia a la misma, rescatando a más del 60% de los pacientes con la limitación de los efectos secundarios. La eficacia se mantiene tras suspender el tratamiento por dosis acumulada.

6. UTILIDAD DE LA GRANULOCITOAFERESIS EN COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA A TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

N. Rojas, E. Leo, M.D. De la Cruz, C. Trigo, J.M. Herrera, J.L. Márquez

UGC APARATO DIGESTIVO. HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Objetivos

Conocer la eficacia de la granulocitoaféresis (GAF) en colitis ulcerosa (CU) tras fracaso de inmunomoduladores y/o biológicos, además de qué factores influyen en la respuesta y sus efectos secundarios.

Métodos

Estudio retrospectivo de 29 pacientes con CU tratados mediante GAF, excluyendo 2 (6,89%) por imposibilidad de acceso venoso. Salvo 4 pacientes, todos utilizaron previamente inmunosupresores y/o biológicos.

Analizamos características demográficas y de CU, tratamientos realizados, número de sesiones e intensidad de GAF. Valoramos respuesta a 26 y 52 semanas, mediante necesidad de esteroides o progresión en el tratamiento.

Resultados

Se inicia GAF tras 5,8 años de evolución de CU. Se realiza tratamiento completo en 21/27 pacientes (6,1 sesiones/paciente), suspendiéndose en 3 por problemas de vías y 3 por fracaso.

Eficacia: 9/25 pacientes (36%) a las 26 semanas y 8/23 (34,8%) a las 52, siendo intervenidos 4/27. La respuesta no está influida por extensión CU, tratamientos previos ni intensidad GAF, pero es superior en pacientes con más de 5 sesiones (71 vs 20 % p 0,03).

No se producen efectos secundarios significativos. A nivel hematológico descienden leucocitos (9676 vs 7704 p 0,005) y neutrófilos (6698 vs 4961, p 0,01), sólo en respondedores.

Conclusiones

La GAF rescata un tercio de pacientes con CU refractaria a inmunosupresores y/o biológicos. La relación con el número de sesiones posiblemente se deba a la suspensión precoz en los no respondedores.

Es un tratamiento seguro, cuyo principal inconveniente son los accesos venosos. El descenso de leucocitos y neutrófilos parece debido al control de la inflamación.

7. ESTUDIO MULTICÉNTRICO PARA DETERMINAR CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO DEL PIODERMA GANGRENOSO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. Rodríguez-Oballe 1, F. Argüelles-Arias 1, L. Castro-Laria 1, T. Lobatón-Ortega 2, M. Aguas-Peris 3, M. Barreiro-de Acosta 4, M. Rojas-Feria 5, P. Soto-Escribano 6, M. Calvo-Moya 7, D. Ginard-Vicens 8, M. Chaparro-Sánchez 9, M. Hernández-Durán 10, B. Castro-Senosai 11, A. Fernández-Villaverde 12, V. García-Sánchez 6, E. Domínguez-Muñoz 4, A. Caunedo-Álvarez 1, J.M. Herrerías-Gutiérrez 1

1 HOSPITAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. 2 HOSPITAL DE BELLVITGE, HOSPITALET DE LLOBREGAT. 3 HOSPITAL LA FE, VALENCIA. 4 HOSPITAL SANTIAGO DE COMPOSTELA, SANTIAGO DE COMPOSTELA. 5 HOSPITAL DE VALME, SEVILLA. 6 HOSPITAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. 7 HOSPITAL CLÍNICA PUERTA DE HIERRO, MADRID. 8 HOSPITAL SON ESPASES, PALMA DE MALLORCA. 9 HOSPITAL DE LA PRINCESA, MADRID. 10 HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO, PLASENCIA. 11 HOSPITAL MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER. 12 HOSPITAL DE POVISA, VIGO.

Objetivos

Las manifestaciones extraintestinales complican el curso de la EII. Entre las manifestaciones mucocutáneas, el Pioderma Gangrenoso (PG) aparece en un 1-5%. Se desconoce etiología, historia natural y no existe tratamiento definido.

Determinar formas de presentación, comportamiento y respuesta al tratamiento del PG.

Métodos

Se estudiaron pacientes con EII y PG en 12 centros. Se evaluó actividad de la EII en el momento de aparición del PG, localización, extensión y tratamientos recibidos así como tiempo y respuesta a los mismos.

Resultados

Se incluyeron 67 pacientes; edad media $44 \pm 16,3$ años. 25 pacientes CU, 41 EC y un caso Colitis Indeterminada.

El 65,7% presentaban actividad de su enfermedad cuando apareció el PG.

En el 57% de los casos se localizó en piernas y en 6/10 casos con estomas la lesión se situó periestomal. La longitud media fue de $6,1 \pm 4,1$ cm. El tratamiento fue diverso: corticoides 76,1%, terapia Biológica 49,25% (cuando sólo el 65% de los casos se diagnosticaron en el período de Biológicos) y Ciclosporina en el 15%, alcanzándose remisión en una media de $3,9 \pm 3$ meses.

Conclusiones

El PG es más frecuente en sexo femenino, se relaciona con actividad de la enfermedad y su localización más frecuente es extremidad inferior. No hay un tratamiento estándar siendo lo más utilizado los corticoides y la terapia Biológica, quizás sea el más efectivo. Hacen falta más estudios prospectivos y randomizados que evalúen los tratamientos más eficaces.

8. INFLIXIMAB COMO AHORRADOR DE ESTEROIDES EN COLITIS ULCEROSA CORTICODEPENDIENTE

V. Ciria, E. Leo, C. Trigo, C. Márquez-Galisteo, MD. De la Cruz, F. Domínguez-Abascal, JM.Herrera, JL. Márquez-Galán HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Objetivos

Analizar la eficacia de infliximab (IFX) en colitis ulcerosa (CU) córticodependiente para el control de síntomas libre de esteroides. Secundariamente analizamos qué factores influyen en la respuesta.

Métodos

Análisis retrospectivo de 23 pacientes con CU córticodependiente que precisan IFX. Excluimos 2 por efectos secundarios durante la inducción.

Resultados

El tratamiento se inicia tras 65,8 meses de evolución de CU, siendo la misma extensa en 16 pacientes. En 21 casos fracasó previamente azatioprina, en 14 se mantiene durante la terapia biológica.

Se obtiene respuesta en 13/21 pacientes (62%), no precisando esteroides al año en 8 casos (38%). El 48% de los pacientes precisaron ingreso por brote de actividad el año previo al tratamiento y sólo 3 (14,2%) el año posterior.

De los 8 casos en que fracasa el tratamiento, 3 requieren cirugía el primer año.

Hasta 4 pacientes requieren intensificación del tratamiento, eficaz en 2 (posteriormente vuelven a dosis standard).

Ni las características de la CU ni el uso de azatioprina previa o concomitante influyen en la respuesta al tratamiento.

Tras un seguimiento final de 37 meses, se mantiene la respuesta en 11/13 pacientes.

Conclusiones

IFX es eficaz para conseguir remisión y mantenimiento libre de esteroides en CU corticodependiente, modificando su historia natural lo que lleva a menor número de ingresos y posiblemente descenso del riesgo quirúrgico.

9. DILATACIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS INTESTINALES SINTOMÁTICAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ANÁLISIS RETROSPECTIVO.

V. Martos-Ruiz, C. Alegría, M. Ojeda-Hinojosa, E. López, M. Gómez-García, J. De Teresa

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

Las estenosis intestinales sintomáticas en la enfermedad inflamatoria intestinal son un problema frecuente en la práctica clínica habitual.

Objetivos

Evaluar la eficacia, características y complicaciones de la dilatación endoscópica de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con EII.

Métodos

Análisis retrospectivo de las dilataciones endoscópicas de estenosis intestinales sintomáticas en pacientes con EII realizadas en nuestra Unidad de Endoscopias durante el periodo agosto 2001- 2012. La estenosis quedaba definida como aquella disminución del diámetro intestinal que impedía la progresión del colonoscopio de 14 mm.

Resultados

Se realizaron en este periodo 17 dilataciones endoscópicas en pacientes con EII (11 mujeres y 6 hombres). Se analizaron: el tipo de EII (enfermedad de Crohn=88%, colitis ulcerosa=12%), tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la dilatación (X=10 años), cirugía abdominal previa (88.2%), la localización de las estenosis (anastomosis quirúrgica=58.8%, colon=23.5%, canal anal=11.7%), tipo de dilatador (dilatador neumático=100%), las complicaciones (perforación=5.8%, hemorragia=5.8%, fallo de la técnica=11.7%), tiempo hasta la recaída (X=9.5 meses), tratamiento tras recaída (dilatador rígido=12.5%, dilatador neumático + cirugía=25%, y cirugía=50%). El seguimiento medio fue de 36 meses.

Conclusiones

- La localización más frecuente de la estenosis es la anastomosis quirúrgica.
- La mayoría de pacientes han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas abdominales previamente.
- Consideramos que constituye una alternativa válida a la cirugía en determinados casos.