

## Objetivos

Stättermayer y cols. (Liver Int 2013) asociaron el alelo minoritario (A) del SNP rs2645424 del gen FDFT1 con la presencia de fibrosis avanzada en ausencia de esteatosis en una cohorte de pacientes con hepatitis C genotipos 1 y 4. Nuestro objetivo ha sido validar la asociación de dicho SNP en una cohorte de pacientes con hepatitis C genotipo 1.

## Material y métodos

Se incluyó una cohorte de 212 pacientes con hepatitis crónica C genotipo 1 a los que se les practicó biopsia hepática. La edad media fue 55,2±8,7 años; el 65% (138/212) eran hombres frente al 35% (74/212) mujeres. El 18% (37/212) subtipo 1a, 68% (144/212) 1b, y 15% (31/212) genotipo 1a/1b indeterminado. La fibrosis se valoró según la escala METAVIR; el 79% (167/212) de los pacientes presentó fibrosis avanzada (F3-F4) frente al 21% (45/212) con fibrosis leve (F0-F2). El 49,5% de los pacientes eran cirróticos (105/212). La esteatosis se detectó en el 30% (24/79) de los casos. El SNP rs2645424 se genotipó mediante sonda Taqman por RT-PCR (Applied Biosystems, Barcelona, España).

## Resultados

La distribución genotípica de rs2645424 de FDFT1 fue AA: 22,2%(47/212), AG: 48,1%(102/212) y GG: 29,7%(63/212), similar a la detectada en la caucásicos. El 70,3% (149/212) de los pacientes era portador del alelo A. La presencia de alelo A se asoció a mayor riesgo de cirrosis (55%; 82/148 vs. 45%; 66/148);  $p=0,011$ . El 92% de los diabéticos eran cirróticos (23/25) frente a un 8% (2/25) no cirróticos,  $p<0,005$ . El genotipo GG de FDFT1 actúa como factor de protección de la cirrosis en ausencia de esteatosis: 29% (5/17) vs. 71% (12/17);  $p=0,009$ , pero no en cirróticos con esteatosis: 44%(4/9) vs. 56%(5/9);  $p=0,212$ . En el análisis multivariante, el alelo A del FDFT1 presentó una fuerte asociación con la cirrosis (O.R.: 3,61; IC95%:1,34-9,68; $p=0,011$ ) junto a la edad (O.R.: 1,08 (1,02-1,14); $p=0,005$ , el sexo (O.R.: 4,96 (1,80-13,7);  $p=0,002$ ) y la DM (O.R.: 39,79 (4,54-349,03);  $p=0,001$ ).

## Conclusiones

FDFT1, o escualeno sintetasa, es una enzima localizada en la membrana del retículo endoplásmico implicada en la síntesis del colesterol. La presencia del alelo A del SNP rs2645424 de FDFT1 se asocia a un riesgo aumentado de desarrollar cirrosis hepática en ausencia de esteatosis, mientras que no ejerce efecto en pacientes con cirrosis y esteatosis.

## COMUNICACIONES ORALES Sesión General IV

### C25. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN NUESTRO MEDIO: ESTUDIO DE COHORTES.

Charo-Benallal, D.; Argüelles-Arias, F.; Perea-Amarillo, R.; Castro-Laría, L.; Benítez-Roldán, A.; A., Caunedo-Álvarez, ; Herrerías-Gutiérrez, J.M.

HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

## Introducción

En los últimos años se está observando un incremento en la incidencia de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal en nuestro medio pero no disponemos de datos recientes.

## Objetivos

-Conocer la incidencia de la EII en un área de Sevilla y comparar la evolución de dicha incidencia entre dos periodos.

-Describir las características epidemiológicas principales de la patología en ambos periodos.

## Material y métodos

Realizamos un estudio retrospectivo y poblacional que analiza la incidencia de EII en un área de Sevilla y sus principales características epidemiológicas en el periodo 1995-2000 y en el periodo 2001-2013.

Se recogieron los casos diagnosticados y en seguimiento por la Unidad de EII de nuestro centro (1140 pacientes: EC: 657// CU: 483). Se calcularon las tasas de incidencia y se compararon entre los dos periodos.

## Resultados

La tasa de incidencia cruda para EII en el primer periodo fue de 4,2 casos nuevos /100.000 habitantes/ año (EC: 2.6 //CU: 1.6) En el segundo periodo fue de 13,7 casos/1000.000 habitantes/ año, (EC:7.2//CU:6.5) alcanzándose diferencias estadísticamente significativas ( $p<0,001$ )

\*En el primer periodo de estudio se diagnosticaron 24 ±7casos/año. Un 66% de diagnóstico de EC (56,2% hombres) y 34% pacientes con CU (61% hombres). Eran fumadores el 1,85% de los pacientes con CU y el 42,9% con EC. En el 7,95% de los casos existían antecedentes familiares de EII. La localización predominante era en EC: L3 (38.3%) y CU: E1 (42%)

\*En el segundo periodo, se diagnosticaron 76±20 casos/año. Un 54% con EC (62% hombres) y un 46% con CU (61,8% hombres). Eran fumadores el 8,51% de los pacientes con CU y el 42,9% con EC.

En el 8,75% de los casos existían antecedentes familiares de EII. La localización predominante era: EC: L1 (35%) y en CU: E2 (50%)

## Conclusiones

La incidencia de EII en nuestro medio ha aumentado en la última década, con tasas cercanas a las referidas en los países del norte de Europa y superiores a las de los últimos estudios españoles y de nuestra región.

Casos/año	EC	CU
1995/2000: 24±7	14±5	9±2.3
2001/2013: 76± 20	40±13	36±7,5

Tabla 1

Tasa cruda de incidencia	EII
1995/2000	CU:1,6 casos/100.000 hab/año EC:2,6casos/100.000 hab/año
2001/2013	CU: 6,5 casos/100.000 hab/año EC:7,2 casos/100.000 hab/año

Tabla 2

Tasa cruda de incidencia	1995-2000	2001-2013
Diagnóstico	EC:66% CU:34%	EC:54% CU:46%
Sexo	EC:56.2%H CU:61%H	EC:62%H CU:61.8%H
Fumadores	EC:42.9% CU:1.85%	EC:49.2% CU:8.51%
Localización	EC:L3(38.3%) CU:E1(42%)	EC:L1(35%) CU:E2(50%)
Antecedentes Familiares+	7.95%	8,75%

Tabla 3

**C26. CALPROTECTINA FECAL PREDICE LA RECIDIVA CLINICA DE COLITIS ULCEROSA EN PACIENTES ASINTOMATICOS.**

Leo Carnerero, E; Alcívar Vásquez, JM; Trigo Salado, C; De la Cruz Ramírez, MD; Araujo Míguez, A; Herrera Justiniano, JM; Márquez Galán, JL.

UGC APARATO DIGESTIVO. HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

**Objetivos**

Conocer la capacidad predictiva de recidiva de la calprotectina fecal (CF) en pacientes con colitis ulcerosa (CU) clínicamente inactiva.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico establecido de CU a lo que se realizó una determinación de CF estando asintomáticos. Excluimos a los que habían presentado un brote reciente (6 últimos meses) requiriendo tratamiento como consecuencia del mismo. Igualmente excluimos a los que han realizado alguna modificación del tratamiento en los 3 últimos meses. Analizamos tabaquismo, sexo, edad al diagnóstico y

extensión histológica de la CU y niveles de CF (mcg/g). Se realizó un seguimiento de un año, considerando recidiva clínica significativa la necesidad de modificación del tratamiento.

**Resultados**

Incluimos 89 pacientes (48 hombres, 41 mujeres) con diagnóstico de CU a los 32,72 ± 15,59 años (2-78). De ellos 13 (14,6%) eran fumadores. El 66% de los pacientes (59) presentaban colitis extensa, 17 colitis izquierda, 10 rectosigma y 3 proctitis. El valor medio de CF fue de 178,5 ± 241,8 mcg/g (1,3 - 1135).

En el transcurso del año siguiente a la determinación 25 pacientes (28,1%) presentan brote de actividad, de los cuales 14 se controlan con aumento de la dosis de salicilatos mientras 11 pacientes precisan esteroides (en 8 casos ambas circunstancias). La CF fue superior entre los pacientes que precisaron modificar el tratamiento (305,76 ± 286,84 vs 128,79 ± 203,43; p 0,002). El 80% de los pacientes con CF menor de 200 mcg/g se mantienen asintomáticos tras un año de seguimiento, frente al 47,8% de los pacientes con valores superiores (p 0,006). Los pacientes que requieren sólo aumento de salicilatos presentan CF de 280,52 ± 297,11 mcg/g frente a 337,89 ± 284,06 mcg/g de los que precisan esteroides (p 0,6).

No encontramos relación entre los demás factores analizados -sexo, tabaco, edad al diagnóstico y extensión de la CU- y el riesgo de recidiva.

**Conclusiones**

Valores de CF inferiores a 200 mcg/g en pacientes con CU asintomáticos predicen una buena evolución de la enfermedad tras un año de seguimiento. Valores superiores implican un riesgo de recidiva en torno al 50%. Posiblemente la actividad histológica sin repercusión endoscópica o clínica podría justificar el bajo valor predictivo positivo de valores elevados de CF.

**C27. EVOLUCION TRAS LA SUSPENSION DE LA TERAPIA ANTITNF-ALFA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISION PROFUNDA**

Leo Carnerero, E; Araujo Míguez, A; Ciria Bru, V; Silva Ruiz, P; Trigo Salado, C; De la Cruz Ramírez, MD; Herrera Justiniano, JM; Márquez Galán, JL.

UGC APARATO DIGESTIVO. HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

**Objetivos**

Conocer la evolución a largo plazo de nuestra serie de pacientes con EII tras la suspensión del tratamiento con biológicos tras comprobar curación mucosa endoscópica (CME) e identificar posibles factores asociados con el riesgo de recaída.

**Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 44 pacientes (29 Enfermedad de Crohn, 14 Colitis Ulcerosa, 1 Colitis Indeterminada) a los cuales se les suspendió la terapia antiTNF-alfa por remisión clínica prolongada y tras comprobar curación mucosa endoscópica un vez cumplido

al menos 1 año de tratamiento, incluyendo un período que abarca desde Febrero 2011 hasta Diciembre de 2013. Analizamos las características demográficas, fenotípicas, tiempo de evolución de la EII, tipo de biológico, uso concomitante de inmunosupresores (IS), tiempo de tratamiento biológico; así como valor de PCR y otros reactantes inflamatorios y niveles de calprotectina en el momento de retirarlos.

### Resultados

Veintinueve pacientes tenían Enfermedad de Crohn (EC) (65,9%) con predominio de patrón inflamatorio (60%) y extensión ileocolónica (60%). Siete (10,1%) habían presentado una intervención quirúrgica previa. La principal indicación de tratamiento antiTNF fue la córticodependencia (68,1%). El biológico más utilizado fue el Infliximab (68,2%). Tras suspender el anti-TNF, por CME (100%) y tras una mediana de seguimiento de 18,3 meses (DS=8,5) se produjo la recidiva clínica hasta en el 31,8% de los pacientes. De los 14 pacientes que presentaron recidiva, 8 (57,1%) reiniciaron la terapia biológica consiguiendo la remisión nuevamente. En los restantes casos se produjo un brote leve que fue controlado con esteroides y/o 5-ASA.

No encontramos relación con ninguno de los posibles factores de riesgo de recidiva tras la suspensión del tratamiento que analizamos: sexo, tabaquismo, tipo EII, patrón comportamiento EC o extensión de la CU, cirugía previa y tiempo de evolución de la enfermedad.

### Conclusiones

El 31,8% de nuestros pacientes con EII que fueron tratados con antiTNF durante al menos 1 año presentaron recidiva, la mayoría dentro del primer año tras su suspensión. Existe poca evidencia de cuándo y cómo retirar la terapia antiTNF después de conseguir la remisión clínica, pero la presencia de curación mucosa endoscópica predice una buena evolución tras la retirada, por lo cual pensamos que debe ser considerada en pacientes en los que se piensa discontinuar el tratamiento, tanto en CU como en EC.

## C28. PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN REMISIÓN TRAS LA SUSPENSIÓN DE TIOPURINAS.

Moreno Rincón, E.1; Serrano Ruiz, FJ. 1; Benítez Cantero, JM.1; Vázquez Morón, JM.2; Pallarés Manrique, H.2; Herrera Justiniano, JM. 3; Leo Carnerero, E. 3; Gómez García, MR.4; Cabello Tapia, MJ. 4; Castro Fernández, M. 5; Rojas Feria, M. 5; Castro Laria, L. 6; Argüelles Arias, F. 6; Camargo Camero, R. 7; Alcaín Martínez, G. 7; Iglesias Flores, E.1; García Sánchez, V.1.

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)1  
HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN RAMÓN JIMÉNEZ (HUELVA)2  
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA)3  
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)4  
HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME (SEVILLA)5  
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)6  
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA)7

### Objetivos

La duración idónea del tratamiento con tiopurinas en pacientes con colitis ulcerosa (CU) en situación de remisión sostenida permanece aún desconocida, aceptándose de forma generalizada que su suspensión se asocia a un peor pronóstico. El

objetivo de este estudio es analizar el pronóstico clínico tras esta suspensión y determinar posibles factores predictores de recidiva clínica significativa (RCS).

### Material y métodos

Estudio multicéntrico, observacional, analítico y retrospectivo, en el que se han incluido 102 pacientes con CU en tratamiento con tiopurinas durante al menos 6 meses, en los que se suspendió este fármaco en situación de remisión clínica sostenida libre de corticoides de al menos 6 meses. Todos fueron seguidos hasta la última revisión o la aparición de RCS de la enfermedad. Se definió RCS como la aparición de cualquier signo o síntoma de CU que requiriese la administración de un tratamiento de rescate.

### Resultados

Después de la suspensión de las tiopurinas, se registró una RCS global en el 32.35% de los pacientes. El porcentaje acumulado fue del 18.88% en el primer año, del 36.48% en el tercer año y del 46.66% a partir de éste. La media de duración de la enfermedad en el total de pacientes fue de 13 +- 6.2 años, la media de tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tiopurinas de 48.14 +- 55.64 meses y la media de la duración total del tratamiento con tiopurinas de 60.87 +- 49.12 meses. En el análisis univariante, factores como la duración total del tratamiento con tiopurinas o el tiempo de remisión clínica libre de corticoides antes de la suspensión alcanzaron la significación estadística. En el análisis multivariante los factores predictores de recidiva fueron: el tiempo hasta el inicio de las tiopurinas desde el diagnóstico de la CU (HR 1.01, IC 95% 0.99-1.02, p=0.0397), el número de recidivas clínicas durante el tratamiento con tiopurinas (HR 1.3, IC 95% 1.01-1.66, p=0.0298) y la pancolitis (HR 5.01, IC 95% 0.95-26.43, p=0.0277).

### Conclusiones

La suspensión de las tiopurinas en pacientes con CU, aun en situación de remisión sostenida, se relaciona con un elevado riesgo de recidiva de la enfermedad. Se han identificado variables clínicas como la extensión de la enfermedad, la duración total del tratamiento o el tiempo de remisión clínica libre de corticoides como factores a considerar antes de decidir la suspensión de estos fármacos. Hacen falta estudios controlados, aleatorizados y prospectivos con largo tiempo de seguimiento para esclarecer esta cuestión.

## C29. RELACION ENTRE NIVELES DE CALPROTECTINA FECAL Y ACTIVIDAD ENDOSCOPICA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA.

Leo Carnerero, E; Trigo Salado, C; Alcívar Vázquez, JM; De la Cruz Ramírez, MD; Araujo Míguez, A; Herrera Justiniano, JM; Márquez Galán, JL.

UGC APARATO DIGESTIVO. HU VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

### Objetivos

Comprobar la fiabilidad de la calprotectina fecal (CF) en nuestro centro, analizando su relación con la actividad endoscópica en pacientes con colitis ulcerosa (CU).

### Material y métodos

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico establecido de CU a los que se realizó una colonoscopia y una determinación de CF - no más tres meses antes o después de la colonoscopia- excluyendo aquellos en los que se produjo cualquier modificación del tratamiento o la sintomatología entre la determinación analítica y la exploración endoscópica. Analizamos tabaquismo, sexo, edad al diagnóstico y extensión histológica de la CU, actividad endoscópica e actividad histológica y niveles de CF.

### Resultados

Incluimos 76 pacientes (42 hombres, 34 mujeres) con edad al diagnóstico de la CU de 35,82 años. En 59 (77,6%) la afectación es pancolónica, en 12 colitis izquierda, en 4 afecta rectosigma y en 1 recto. La colonoscopia objetiva enfermedad inactiva en 26 pacientes (34%). Del resto, 13 pacientes presentan actividad leve, 19 moderada y 18 grave. En 5/28 (19%) pacientes con enfermedad inactiva existe actividad histológica. El valor medio de CF fue  $445,85 \pm 603,93$  mcg/g. Entre los pacientes inactivos CF fue inferior a los pacientes en actividad ( $77,32 \pm 96,78$  vs  $637,48 \pm 666,29$  mcg/g;  $p < 0,0001$ ). Entre estos últimos, en los pacientes con actividad leve, moderada y grave CF fue 474, 667 y 723 mcg/g respectivamente, sin diferencias significativas. Un valor de CF superior a 150 mcg/g tiene una S del 80% y una E del 88% para detectar actividad endoscópica. El análisis multivariante muestra que la actividad endoscópica y la extensión de la CU son factores independientes que influyen sobre el valor de CF. Entre los paciente inactivos endoscópicamente con CF superior a 150 mcg/g, sólo 1/5 tiene actividad histológica. Entre los 10 pacientes activos con CF menor de 150, 5 tienen actividad leve, 4 moderada y 1 grave; sólo 5 tiene colitis extensa aunque 2 solo tienen actividad rectal (sólo 2 pacientes presentan enfermedad extensa y actividad moderada-grave).

### Conclusiones

Existe una buena correlación de los valores de CF y la actividad endoscópica, siendo 150 mcg/g el valor que mejor discierne entre actividad endoscópica y colitis quiescente. No obstante, la extensión de la colitis podría condicionar esta circunstancia. Se podrían plantear modificaciones del tratamiento en base a la CF, dejando las exploraciones endoscópicas para los casos en los que la evolución no es la esperada.

### C30. SIMILITUD DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ENTRE HERMANOS.

Millán Lorenzo, M; Castro Fernández, M; Ferrero León, P; Rojas Fera, M; Ampuero Herrojo, J; Calle Sanz, R; Romero Gomez, M.

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE VALME. SEVILLA.

#### Introducción

En la patogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se admite la influencia de factores genéticos, ambientales e inmunológicos. El 10-25% de los pacientes con EII tienen un familiar de primer grado con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU). Los factores genéticos y ambientales podrían influir

en aspectos de la EII como edad de presentación, localización, evolución, pronóstico y requerimiento terapéutico. Es muy probable que los familiares, y en concreto los hermanos, con EII comportan factores genéticos y ambientales favoreciendo que la enfermedad presente aspectos similares.

### Objetivos

Valorar el grado de similitud clínica de la EII entre hermanos.

### Material y métodos

Se incluyen 25 parejas de hermanos con EII. Se comparan, entre ambos hermanos, las siguientes variables de la EII: edad de presentación, clasificando a los pacientes en menores o mayores de 25 años, localización y comportamiento según clasificación de Montreal, manifestaciones extra-intestinales y tratamiento requerido (inmunosupresores, biológicos o cirugía).

### Resultados

El 52% de los pacientes (26/50) eran mujeres y el 48% hombres (24/50), con una edad media  $41 \pm 10$  años. El 64% (32/50) presentaban EC y el 36% (18/50) CU. En el 80% (20/25) y en el 52% (13/25) de las parejas había un paciente con EC o CU, respectivamente. La EII coincidía en el 68% (17/25) de las parejas, 12 casos con EC y 5 casos con CU y era diferente en el 32% (8/25) restante. La edad al diagnóstico coincidía en 21 parejas, el 43% menores de 25 años y el 57% mayores de 25 años, observándose una alta correlación entre hermanos ( $r=0,65$ ,  $p=0,001$ ). En las parejas con EC ( $n=12$ ), se observó localización coincidente en 4 casos (33%) y mismo comportamiento en 6 (50%). En los 4 casos con enfermedad perianal, solo en una pareja estaban afectados ambos. Los 5 casos con CU no coincidían en la extensión de la enfermedad. En 5 parejas con manifestaciones extra-intestinales solo uno de los miembros las presentaba. El requerimiento de inmunosupresores coincidió en el 56% (14/25), de biológicos en el 40% (10/25) y de cirugía en el 76% (19/25) de las parejas, detectándose en este último caso diferencias significativas ( $p=0,03$ ).

### Conclusiones

La enfermedad inflamatoria intestinal es una enfermedad heterogénea no solo en la población general sino también en miembros de la misma familia. En nuestro estudio observamos similitud solo en la edad de presentación, mostrando una fuerte relación entre hermanos. Sin embargo, en otros aspectos clínicos y terapéuticos, como el requerimiento de cirugía, la concordancia es escasa, transmitiendo la compleja patogenia de esta enfermedad.

### C31. TERAPIA INMUNOSUPRESORA Y NEOPLASIAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Leo Carnerero, E; Ontanilla Clavijo, G; Trigo Salado, C; De la Cruz Ramírez, MD; Araujo Míguez, A; Herrera Justiniano, JM; Márquez Galán, JL.

UGC APARATO DIGESTIVO. HU VIRGEN DEL ROCIO. SEVILLA.

## Objetivos

Conocer la incidencia de neoplasias en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y su relación con los tratamientos inmunomoduladores y biológicos tanto en cuanto al riesgo de padecerlas como en la evolución de las mismas.

## Material y métodos

Análisis retrospectivo que incluye 510 pacientes con diagnóstico de EII: 328 enfermedad de Crohn (EC), 172 colitis ulcerosa (CU) y 10 colitis no clasificable (CNC). Recogemos características demográficas, consumo de tabaco y alcohol, características fenotípicas de la EII, uso de inmunosupresores (IS) -azatioprina (AZA), metotrexate (MTX), fármacos antiTNF- en monoterapia o de forma combinada.

## Resultados

La edad al diagnóstico de EII es de 31,3 años (rango 3-80) y el tiempo de seguimiento de 10,35 años (1-42). En EC predomina el fenotipo A2 (66%), L1-L3 (40 y 45%) y B1 (49,5%), con afectación perianal en 100 casos (30,5%), mientras en CU el 62% presentan colitis extensa. En EC el uso de tratamiento IS se indica en 248/328 pacientes (76%) y en CU-CNC 68/182 (37,3%), siendo AZA el fármaco más utilizado (242 pacientes en EC y 65 en CU-CNC). Son tratados con MTX en EC y CU-CNC 41 y 9 pacientes, con infliximab 79 y 27 y con adalimumab 66 y 5, respectivamente. El uso de dos IS concomitantes es llevado a cabo en 111 (21,8%). Un total de 32/510 (6,3%) pacientes presentan algún tipo de neoplasia en algún momento de su vida, 5 antes del diagnóstico de la EII y 27 (5,2%) tras el mismo. Entre todos los factores analizados solo el etanol favorece el desarrollo de neoplasias (5/37 -13,5%- vs 22/473 -4,7%-,  $p$  0,03). Los pacientes tratados con IS desarrollan neoplasias tras el diagnóstico de EII en 12/316 (3,3%) vs 15/194 (7,7%) entre los nunca tratados ( $p$  0,06), independientemente del IS utilizado y de si utilizamos terapia combinada en algún momento (neoplasias en 3/111 -2,7%) o no (24/399 -6%-). La edad media al diagnóstico de la neoplasia es inferior en los pacientes tratados con IS (46,5 vs 59,93 años,  $p$  0,01) y tras una media de seguimiento de 3,76 años la tasa de mortalidad del grupo IS es del 25% (3/12) frente al 6,6% (1/15) en el resto.

## Conclusiones

El uso de fármacos IS no favorece el desarrollo de neoplasias, incluso en terapia combinada. Sin embargo, cuando aparecen estas son más agresivas pues ocurren a edades más tempranas y en estadios más avanzados, con una mayor tasa de mortalidad debida a la neoplasia a corto plazo.

### C32. VALIDEZ PREDICTIVA DE LOS NIVELES DE CALPROTECTINA FECAL AL DIAGNÓSTICO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Vázquez Morón, JM; Pallarés Manrique, H; Benítez Rodríguez, B; Ramos Lora, M.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMENEZ. HUELVA.

## Introducción

La calprotectina fecal es un biomarcador con elevada precisión para definir actividad clínica y endoscópica. Existen estudios que han demostrado que su concentración en un momento determinado puede predecir la evolución y el pronóstico de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

## Material y métodos

Estudio prospectivo de 34 pacientes con enfermedad de Crohn a los que se les determinó el nivel de calprotectina fecal en el diagnóstico de la enfermedad y seguimiento durante un período medio de 24 meses. Se recogió los meses que transcurrieron del debut de la enfermedad hasta que el paciente presentó recidiva, requerimiento de inmunomoduladores y requerimiento de anti-TNF $\alpha$ . Se definió recidiva clínica CDAl>150 puntos. Realizamos curvas ROC para cada uno de los tres eventos y curvas de supervivencia.

## Resultados

Participaron 34 pacientes con edad media de 39 años (17-69 años), 56% mujeres, localización: 38% ileal, 38% colónica y 24% ileocólica. Tiempo medio de seguimiento 24 meses (16-36 meses). Durante el seguimiento 26 pacientes (76%) presentaron al menos un brote de actividad, 17 (50%) precisaron iniciar inmunomoduladores y 4 (12%) requirieron iniciar anti-TNF $\alpha$ . La concentración de calprotectina fecal fue mayor en los pacientes que presentaron recidiva: 392  $\mu$ g/g (IC 95% 303-481) vs 119  $\mu$ g/g (IC 95% 55-185); también los que precisaron inmunomoduladores: 444  $\mu$ g/g (IC 95% 324-563) vs 212  $\mu$ g/g (IC 95% 133-291); y los que requirieron anti-TNF $\alpha$ : 645  $\mu$ g/g (IC 95% 198-1000) vs 286  $\mu$ g/g (IC 95% 216-355). Se realizó curvas ROC estimando punto de corte para calprotectina en 250  $\mu$ g/g para predecir recidiva (AUC=0.75), 300  $\mu$ g/g para predecir necesidad de inmunomodulador (AUC=0.80) y 500  $\mu$ g/g (AUC= 0.83) para predecir necesidad de anti-TNF. Todos los pacientes (19/19) con calprotectina >250  $\mu$ g/g presentaron recidiva con respecto al 60% (8/15) con calprotectina <250  $\mu$ g/g. El 83% de los paciente (14/17) con calprotectina >300  $\mu$ g/g necesitaron iniciar inmunomoduladores con respecto al 27% (3/17) con calprotectina <300  $\mu$ g/g. Ningún paciente (0/20) con calprotectina <400  $\mu$ g/g requirieron iniciar anti-TNF $\alpha$  con respecto al 30% (4/14) con calprotectina >400  $\mu$ g/g.

## Conclusiones

El nivel de calprotectina fecal al diagnóstico de la enfermedad de Crohn puede ser un marcador pronóstico de recidiva clínica y necesidades de tratamiento inmunosupresor y anti-TNF $\alpha$ . Los pacientes con enfermedad de Crohn con niveles de calprotectina fecal superiores a 250  $\mu$ g/g, 300  $\mu$ g/g y 400  $\mu$ g/g presentan en los primeros meses de la enfermedad mayor probabilidad de recidiva, necesidad de inmunomodulador y de anti-TNF $\alpha$  respectivamente.