



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

79 - ANÁLISIS DE PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII) (ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES). RELACIÓN CON EL CURSO EVOLUTIVO DE LA MISMA

I. Ferrer Bradley, N. Maroto Arce, M. Mora Escrig, A. Marco y J. Hinojosa del Val

Unidad de Enfermedad Inflamatoria, Hospital de Manises.

Resumen

Introducción: En la población española se ha constatado la existencia de valores séricos de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) por debajo de lo recomendable tanto en población sana como con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Diversos estudios sugieren una relación entre el déficit de la misma y la EII (aumento de la incidencia y peor evolución de la enfermedad).

Objetivos: A) Primario: analizar la prevalencia de déficit de vitamina D en una cohorte de pacientes con EII y controles sanos. B) Secundario: valorar la relación con el curso evolutivo de la EII (requerimiento ingresos, cirugías, mayor actividad clínica y/o biológica y necesidad de cambio de tratamiento o intensificación).

Métodos: Estudio observacional prospectivo, descriptivo, caso-control de niveles de 25(OH)D en pacientes con EII tanto enfermedad de Crohn (EC) como colitis ulcerosa (CU) en seguimiento por la Unidad Monográfica de Inflamatoria del Hospital de Manises. Periodo de Inclusión de julio del 2017 a mayo del 2018. En una primera fase se determinaron niveles de 25(OH)D, calcio, fósforo y PTH en población sana y pacientes con EII. El seguimiento clínico y biológico se realiza según criterio del clínico que sigue al paciente. Se consideró déficit de 25(OH)D valores $200 \mu\text{g/g}$ y/o $\text{PCR} > 10 \text{ mg/l}$. Se consideró actividad clínica si Harvey ≥ 4 y Mayo clínico ≥ 1 para EC y CU, respectivamente.

Resultados: Se han incluido 158 casos (EC: 92; CU: 66) y 100 controles. Casos: H/M: 77/81; edad media: 44,09 (R18-76). 13% fumadores; el 75% CU y 80% EC respectivamente estaban en tratamiento con biológico \pm IS. Qx previas 30 (19%). Déficit de vitamina D: $n = 82$ (52,2%). Valores medios de las variables analizadas de forma global y por patología (EC/CU) (tabla 1). Controles: H/M: 30/70; edad media: 44,2 (R 18-80). Fumadores 17%; Déficit de 25(OH)D: 45(45%). Vitamina D media: 21,56 (R 9,7-45). Calcio medio 9,3. Fósforo medio 3,5. PTH medio 54,8. No diferencias significativas respecto al grupo de casos Seguimiento medio de los casos ($n = 158$) de 56 meses. La evolución de los pacientes durante el seguimiento según los niveles de vitamina D se expresan en la tabla 2.

Tabla 1. Valores medios de las variables analizadas de forma global y por patología (EC/CU)

<i>Variable media</i>	Total (n = 158)	EC (n=92)	CU (n= 66)
25 (OH) < 20 ng/ml	82 (52,2%)		
25 (OH) D (ng/ml)	19,7 (R 4,5 – 51)	18,8	21,05
PTH (pg/ml)	58,7	59,4	57,98
Calcio (mg/dl)	9,3	9,3	9,2
Fósforo (mg/dl)	3,5	3,5	3,5

Tabla 2. Evolución de los pacientes EII durante el seguimiento según los niveles de vitamina D

25 (OH) D ng/ml (n = 158)	< 20 (n = 83)	> 20 (n = 75)
Ingresos	15 (18%)	0
Cirugías	15 (18%)	6 (8%)
PCR > 10 mg/l	10 (12%)	2 (2,6%)
CF > 200 mcg/g	13 (15,6%)	9 (12%)
Actividad clínica	24 (28,9%)	18 (24%)
Cambio de tratamiento	31 (37,1%)	11 (14%)

Conclusiones: El déficit de vitamina D es muy frecuente en nuestra cohorte de pacientes con EII y controles sanos, siendo su prevalencia similar en ambos grupos. Hemos observado una tendencia a más ingresos, necesidad de cirugía y actividad clínica y/o biológica en los pacientes con déficit de vitamina D. Se necesitan más estudios que evalúen el posible papel de la vitamina D en la evolución de la EII.