



Gastroenterología y Hepatología



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

48 - IMPOSIBILIDAD DE IDENTIFICAR LA NECESIDAD FUTURA DE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR O BIOLÓGICO AL DEBUT DE LA COLITIS ULCEROSA: ESTUDIO DE UNA COHORTE INCIDENTE

A. Calm¹, E. Castillo¹, C. González-Muñoz², F. Cañete^{1,3}, M. Calafat^{1,3}, C. Pujol², J. Gordillo², F. Bertoletti², M. Mañosa^{1,3}, E. García-Planella² y E. Domènech^{1,3}

¹Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ²Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ³Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

Resumen

Introducción: A diferencia de la enfermedad de Crohn, en la colitis ulcerosa (CU) no se dispone de predictores pronósticos bien establecidos. La introducción de tratamiento inmunosupresor viene condicionada únicamente por la resistencia o dependencia a corticoides, por lo que, habitualmente, no se utiliza la estrategia *top-down*. Además, no se han evaluado factores asociados a una enfermedad más agresiva desde la implementación de los agentes biológicos en la CU.

Objetivos: Describir los requerimientos de utilización precoz (primeros 5 años) de inmunomoduladores, biológicos o colectomía en pacientes con CU e identificar los factores predictivos.

Métodos: Se identificaron todos los pacientes diagnosticados de CU y seguidos en 2 centros de referencia en el período enero 2009-diciembre 2015. Se registraron las variables sociodemográficas, clínicas, biológicas y endoscópicas el diagnóstico y la necesidad de inmunomoduladores, biológicos o cirugía en los 5 primeros años desde el diagnóstico o hasta la colectomía o pérdida de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 239 pacientes (mediana de edad al diagnóstico de 42 años, 87% de exfumadores o nunca fumadores). En el momento del diagnóstico, 32% tenían CU extensa y 29% izquierda; 15% presentaban un índice de Mayo grave y 13% úlceras grandes en la endoscopia. El 22% de los brotes iniciales se trataron con corticoides sistémicos, siendo refractarios 25% y dependientes 20%. Al final del seguimiento, un 10% presentó progresión proximal, 24% iniciaron tiopurinas, 18% biológicos y 9 (4%) requirieron colectomía. El requerimiento de inmunomoduladores, biológicos o cirugía se asoció de forma independiente a la CU extensa el diagnóstico (OR 5,3; IC95% 1,6-17,2), requerir corticosteroides en el brote de debut (OR 7,8; IC95% 2,6-23,9) y a la progresión proximal durante el seguimiento (OR 13; IC95% 2,3-73,4). La mayor probabilidad de requerir inmunomoduladores o biológicos correspondió a los pacientes con CU extensa que requiriesen corticoides sistémicos al debut (68% y 47%, respectivamente) y a aquellos que presentaron progresión proximal en el seguimiento (63% y 53%, respectivamente).

Conclusiones: En una cohorte incidente de CU en la era de los biológicos, solo una cuarta parte de pacientes con CU requieren inmunomoduladores y cerca del 20% biológicos en los primeros 5 años

de enfermedad. No se han identificado factores predictivos suficientemente robustos que permitan una estrategia de introducción precoz al debut de la enfermedad.