



# Gastroenterología y Hepatología



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

## 35 - ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO. HISTORIA NATURAL DE LA EII PREEXISTENTE Y DE NOVO: ESTUDIO EITOS (GRUPO JOVEN GETECCU)

I. Bastón Rey<sup>1</sup>, C. Calviño Suárez<sup>1</sup>, A.M. Luque Carmona<sup>2</sup>, B. Caballol Oliva<sup>3</sup>, C. Soutullo Castiñeiras<sup>4</sup>, A. Bravo Aranda<sup>5</sup>, A. Castaño García<sup>6</sup>, B. Gros Alcalde<sup>7</sup>, L. Bernal<sup>8</sup>, M.T. Diz Lois<sup>9</sup>, H. Alonso Galán<sup>10</sup>, F. Cañete Pizarro<sup>11,12</sup>, B. Castro Senosiain<sup>13</sup>, P. Pérez Galindo<sup>14</sup>, C. González Muñoz<sup>15</sup>, I. El Hajra<sup>16</sup>, P. Martínez Montiel<sup>17</sup>, I. Alonso Abreu<sup>18</sup>, F. Mesonero Gismero<sup>19</sup>, M. González Vivo<sup>20</sup>, L. Peries Reverter<sup>21</sup>, E. Martín Arranz<sup>22</sup>, C. Abril García<sup>23</sup>, I. Marín Jiménez<sup>24</sup>, R. Baltar Arias<sup>25</sup>, M. Vicuña Arregui<sup>26</sup>, N. Moreno Sánchez<sup>27</sup>, E. Brunet Mas<sup>28</sup>, C. Rubín de Célix<sup>29</sup>, I. Fajardo Anés<sup>30</sup>, N. Cruz Perdomo<sup>31</sup>, M. Rojas Ferial<sup>2</sup>, A. Fernández Clotet<sup>3</sup>, M. Gimeno Torres<sup>4</sup>, Y. Zabana Abdo<sup>12,30</sup>, C. Suárez Ferrer<sup>22</sup>, I. Rodríguez Lago<sup>32</sup> y M. Barreiro de Acosta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Instituto de investigación sanitaria de Santiago (IDIS), Santiago de Compostela. <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. <sup>3</sup>Hospital Clinic de Barcelona. <sup>4</sup>Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. <sup>5</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga. <sup>6</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. <sup>7</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. <sup>8</sup>Hospital General de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante. <sup>9</sup>Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. <sup>10</sup>Hospital Universitario Donostia, Instituto de investigación sanitaria Biodonostia, San Sebastián. <sup>11</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. <sup>12</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Barcelona. <sup>13</sup>Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>14</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. <sup>15</sup>Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. <sup>16</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid. <sup>17</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. <sup>18</sup>Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. <sup>19</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>20</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>21</sup>Hospital Josep Trueta, Girona. <sup>22</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid. <sup>23</sup>Hospital Clínico Universitario de Valencia. <sup>24</sup>Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>25</sup>Hospital Universitario de Álava, Vitoria. <sup>26</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Navarra, Pamplona. <sup>27</sup>Hospital Doctor Peset, Valencia. <sup>28</sup>Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. <sup>29</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Madrid. <sup>30</sup>Hospital Universitari Mútua de Terrassa. <sup>31</sup>Hospital Doctor José Molina Orosa, Lanzarote. <sup>32</sup>Hospital de Galdakao, Vizcaya, Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia.

## Resumen

**Introducción:** La evidencia sobre la evolución de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en pacientes con trasplante de órgano sólido (TOS) es escasa. El objetivo de nuestro estudio fue describir la historia natural de la EII preexistente y de la EII de novo tras el TOS.

**Métodos:** Se diseñó un estudio retrospectivo, observacional y multicéntrico. Se incluyeron pacientes con EII y TOS que se dividieron en dos cohortes: (1) pacientes con EII preexistente en el momento del TOS y (2) pacientes que desarrollaron una EII tras el TOS (EII *de novo*). El objetivo principal fue evaluar la existencia de progresión de la EII, definida por la necesidad de escalada en el tratamiento médico, cirugía u hospitalización relacionadas con la EII durante el seguimiento. Se identificaron los factores de riesgo de progresión de la EII mediante un análisis multivariable de riesgos proporcionales de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 177 pacientes (106 con EII preexistente y 71 con EII *de novo*) de 31 centros. En cuanto al tipo de EII, el 50,2% presentaban enfermedad de Crohn. A 86 pacientes se les realizó un trasplante de hígado, mientras que 82 necesitaron un trasplante renal, 4 de pulmón, 3 de corazón, 1 de hígado/riñón y 1 de páncreas/riñón. Los pacientes con EII preexistente se siguieron durante una mediana de 4,8 años (rango 2,6-9,4). En el momento del TOS, 61 pacientes (59,8%) no recibían tratamiento de mantenimiento o eran tratados con 5-aminosalicilatos, 10 (9,8%) recibían inmunosupresores y 31 (30,4%) agentes biológicos, de los cuales 8 estaban en terapia combinada. En el momento del TOS, solo 8 pacientes (7,5%) tenían actividad moderada de su EII, mientras que el resto estaban en remisión. Durante el seguimiento, el 33,7% de los pacientes con EII preexistente presentaron progresión de la enfermedad, con una mediana de tiempo entre el TOS y la progresión de la EII de 2,2 años (rango 1,3-4,6). No se encontraron diferencias entre enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. La mediana de seguimiento en el grupo de EII *de novo* fue de 5,1 años (rango 2,1-8,2). En esta cohorte, el 55,9% de los pacientes desarrolló progresión de la enfermedad durante el seguimiento, con una mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el brote de 1,9 años (rango 0,8-3,9). En la cohorte de EII preexistente, el análisis multivariable identificó la EII activa en el momento del TOS (HR = 1,80; IC95%: 1,14-2,84; p = 0,012) y la presencia de manifestaciones extraintestinales (MEI) (HR = 3,10; IC95%: 1,47-6,54; p = 0,003) como factores predictivos de progresión de la EII tras el TOS.

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes con EII preexistente presentaron progresión de la enfermedad, necesitando una intensificación del tratamiento médico, cirugía u hospitalización tras el TOS. La EII activa en el momento del TOS y la presencia de MEI se identificaron como factores de riesgo de progresión de la EII. La mitad de los pacientes con EII *de novo* presentaron progresión de la enfermedad durante el seguimiento.