

(38%) por protocolo y 36% por intención de tratar toleraron el tratamiento con 6MP. La tolerancia a 6MP no se asoció a ninguna de las variables estudiadas.

**Conclusiones:** La incidencia de intolerancia gastrointestinal es un hecho relevante durante el tratamiento con AZA. En caso de intolerancia se debe contemplar el tratamiento con 6MP. La asociación con los niveles de TPMT podría reflejar el papel de los nucleótidos de 6-metilmercaptipurina en su patogénesis.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.092

### ¿PODEMOS IDENTIFICAR PACIENTES CON EII CON ALTO RIESGO DE RECIDIVA EN FUNCIÓN DE SUS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PARÁMETROS DE LABORATORIO CONVENCIONAL?

M.L. Rodríguez Perálvarez, V. García Sánchez, E. Iglesias Flores, P. Soto Escribano, J.M. Angel Rey, L. Vida Perez, A.J. Hervás Molina, J.F. De Dios Vega, F. Gomez Camacho

Unidad Clínica de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

**Introducción:** La enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) son enfermedades crónicas con un curso recidivante. En la mayoría de los casos la recidiva es imprevisible. Hasta el momento, no disponemos de marcadores clínicos ni analíticos capaces de seleccionar grupos con mayor susceptibilidad de padecer una recidiva.

**Objetivos:** Determinar si las características clínicas del paciente y de la enfermedad se asocian al riesgo de aparición de un brote de actividad y valorar el papel de los parámetros convencionales de laboratorio en la predicción de la recidiva de la EII.

**Pacientes y método:** Se incluyeron 135 pacientes con EII en remisión clínica durante al menos 3 meses de evolución. En el momento de su inclusión se recogieron datos clínicos y se extrajo una muestra de sangre venosa para la determinación de parámetros analíticos. Todos los pacientes fueron revisados en consulta cada 2 meses hasta completar un año. La recidiva clínica se definió como un índice de TW  $\geq 11$  puntos o CDAI  $\geq 150$  puntos. Durante el seguimiento, todos los pacientes mantuvieron una dosis estable de la medicación. Al final del estudio, los pacientes fueron clasificados en dos grupos en función de si sufrieron o no una recidiva clínica. Se realizó un estudio descriptivo y analítico con el fin de identificar aquellas variables capaces de predecir la recidiva de la enfermedad.

**Resultados:** Sesenta y nueve tenían una CU (51%) y 66, una EC (49%). En el grupo de pacientes con CU la recidiva se produjo en 21 (31%) y en EC, en 18 (27%). El tiempo medio desde la última remisión fue de  $15 \pm 6$  y  $17 \pm 12$  meses, respectivamente. La recidiva clínica fue mayor en pacientes con EC que fumaban (39% vs 6%,  $p = 0,05$ ), en aquellos con enfermedad ileal (60% vs 10 y 15%;  $p < 0,01$ ) y en los pacientes con CU y una menor duración de la última remisión ( $7 \pm 11$  vs  $19 \pm 20$  meses;  $p < 0,01$ ). El valor de la  $\alpha 1$ -antitripsina basal fue mayor en el grupo de pacientes que sufrieron una recidiva (122 vs 138 mg/mL;  $p = 0,04$ ). El mejor punto de corte fue 117 mg/dL, el área bajo la curva ROC fue 0,69 y la proporción de pacientes que recidivaron a lo largo del tiempo fue mayor en aquellos con niveles más altos de 117 mg/dL ( $p = 0,03$ ). En el análisis de regresión logística, la única variable capaz de predecir la recidiva clínica fue la localización ileal de la EC (OR 5,95; IC 1,14–16,58;  $p < 0,01$ ).

**Conclusión:** En este estudio, los pacientes con EC ileal tuvieron 6 veces más riesgo de recidivar durante el seguimiento. Hacen falta estudios que evalúen la capacidad de otros parámetros de laboratorio tales como la  $\alpha 1$ -antitripsina así como el efecto del tabaco y la duración de la última remisión en el riesgo de aparición de un brote de actividad.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.093

### PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE DEBUT Y FACTORES ASOCIADOS

T. Ortiz<sup>a</sup>, Y. Zabana<sup>a</sup>, M. Mañosa<sup>a</sup>, S. Holgado<sup>b</sup>, E. Cabré<sup>a</sup>, E. Domènech<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo

<sup>b</sup>Reumatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

La incidencia de alteraciones de la densitometría ósea (ADMO) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se encuentra incrementada, con resultados muy variables probablemente por la heterogeneidad de las características de los pacientes.

**Objetivos:** Evaluar la prevalencia de ADMO en el debut de la EII e identificar factores de riesgo asociados.

**Pacientes y métodos:** Se identificaron todos los pacientes con EII a los que se les había realizado una densitometría ósea en los primeros 12 meses desde el diagnóstico. Se obtuvieron datos sobre factores de riesgo de osteoporosis en la población general y datos relacionados con la EII, a partir de la historia clínica o por contacto telefónico.

**Resultados:** 103 pacientes (52 Crohn, 51 colitis ulcerosa), 52% mujeres, mediana de edad de 34 años (IIQ: 23-42), 53% fumadores. La actividad inflamatoria de la EII en el diagnóstico era moderada o grave en el 70% de los pacientes. En el momento de la densitometría, el 52% habían recibido esteroides (mediana de 20 días). Ningún paciente había recibido agentes antiTNF. Sólo el 8% no tomaba lácteos habitualmente y el 83% realizaba ejercicio físico de algún tipo. Sólo 3 pacientes eran menopáusicas y el 12% de las mujeres tomaba anticonceptivos. La prevalencia de ADMO fue del 37% (33% osteopenia y 4% osteoporosis). Las gestaciones previas, el índice de masa corporal, la albúmina sérica, la falta de ejercicio físico y la edad se asociaron a ADMO. El grado de actividad, tipo, localización o extensión de la EII no se correlacionaron con ADMO. En el análisis multivariado, la albúmina sérica baja, la edad y la falta de ejercicio físico fueron factores predictivos independientes de ADMO.

**Conclusiones:** Un tercio de los pacientes con EII presentan ADMO en el debut de la enfermedad. Como en la población general, la edad es determinante para el desarrollo de ADMO, pero no constituye un criterio para la decisión de realizar estudio densitométrico.

doi: 10.1016/j.gastrohep.2009.01.094