

Lo mejor de la DDW Eii : No todo se trata de medicamentos

Dra. Paulina Nuñez F

Clínica Universidad de los Andes.

Hospital San Juan de Dios.





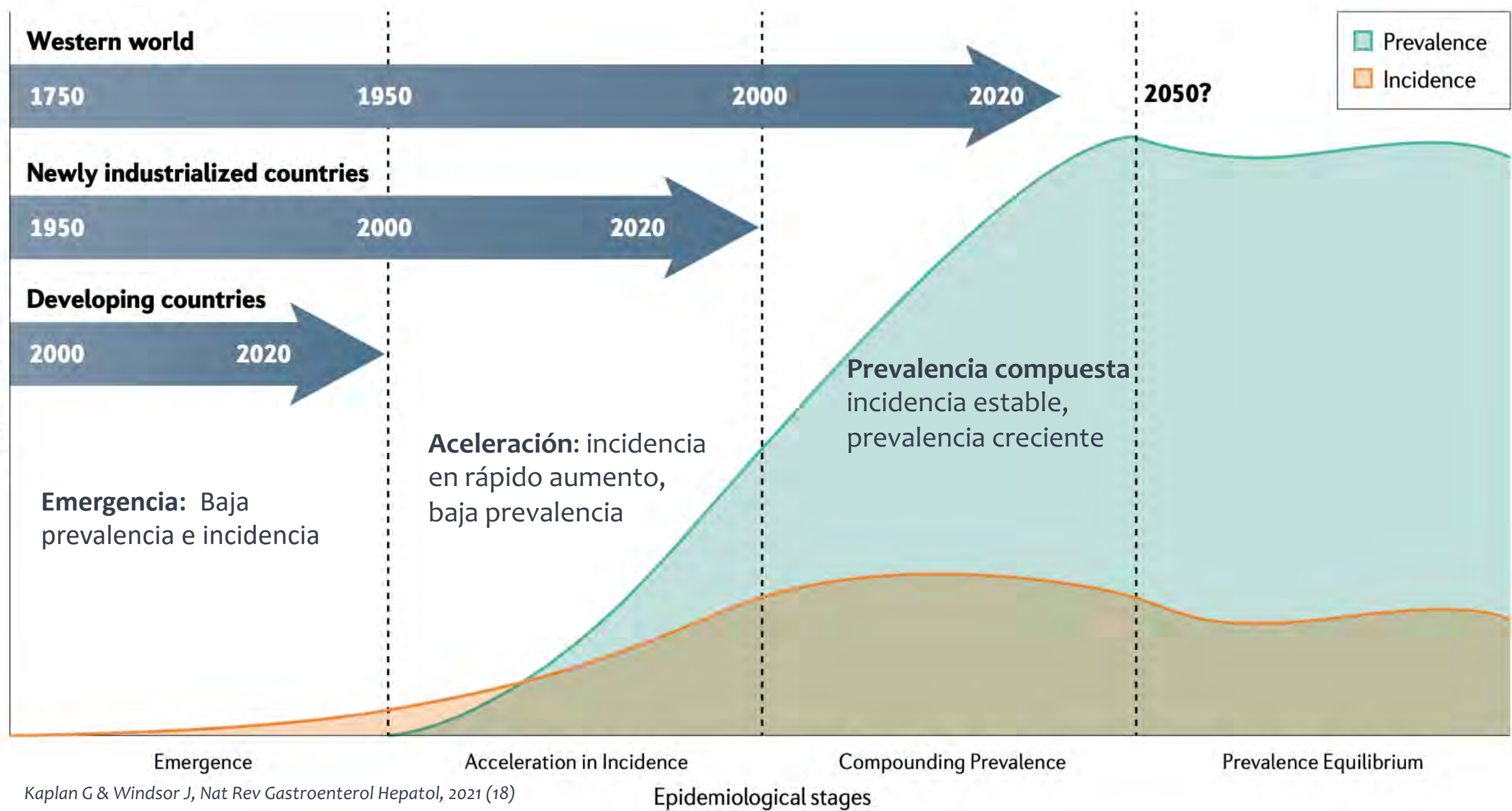
DDW2025
Digestive Disease Week®
MAY 3-6, 2025 | SAN DIEGO, CA
EXHIBIT DATES: MAY 4-6, 2025

@DDWMeeting | #DDW2025

RUTA A SEGUIR

- Epidemiología global de la EII
- Relación de CU: EC
- Tabaquismo y EII
Resultados quirúrgicos y **fenotipos complejos**
- Cáncer en pacientes con EII , seguridad de terapias .





¿Cómo está cambiando la EII en el mundo? Nuevos datos globales sobre incidencia y prevalencia

Stephanie Coward, et al.

La prevalencia de la **EII** no ha dejado de crecer

Norteamérica, Europa y Oceanía

Prevalencia compuesta (*compounding prevalence*): la suma acumulativa de pacientes vivos con EII a lo largo del tiempo.



Esta situación caracteriza lo que se conoce como la **tercera etapa epidemiológica** de la evolución de la EII:

La incidencia se estabiliza o incluso desciende, pero la prevalencia sigue aumentando debido a un diagnóstico más temprano, mejores tratamientos y una menor mortalidad.

¿Cómo está cambiando la EII en el mundo? Nuevos datos globales sobre incidencia y prevalencia

Stephanie Coward, et al.

Objetivos:

- Estimar la incidencia y prevalencia actual de EII en 9 países
- Confirmar si estos se encuentran efectivamente en la tercera fase epidemiológica

Métodos:

- Datos administrativos poblacionales de 9 países
- Estimaciones estandarizadas por edad y sexo (con la población de Canadá)
- Modelos ARIMA para proyección a 2025
- Análisis meta-analítico ponderado por tamaño poblacional

CURSO DE AVANCES EN GASTROENTEROLOGÍA
"BUENAS PRÁCTICAS EN GASTROENTEROLOGÍA"

	Prevalence			Incidence		
	2014 Rate per 100,000 (95%CI)	2025 Forecasted per 100,000 (95%PI)	Forecasted AAPC (95%CI)	2014 Rate per 100,000 (95%CI)	2025 Forecasted per 100,000 (95%PI)	Forecasted AAPC (95%CI)
Overall P: 2005–2020 I: 2007–2020	637 (447, 826)	889 (855, 923)	2.80 (2.56, 3.03)	32.4 (25.6, 39.2)	34.7 (27.5, 42.0)	0.65 (–1.41, 2.12)
Canada P:2002–2014 I: 2007–2014	651 (648, 653)	886 (868, 904)	2.78 (2.61, 2.94)	29.0 (28.5, 29.6)	30.2 (28.3, 32.0)	0.37 (–0.02, 0.72)
Israel P:2005–2020 I: 2005–2020	586 (581, 592)	806 (794, 818)	2.92 (2.61, 3.23)	30.6 (29.4, 31.8)	28.9 (27.3, 30.5)	–0.49 (–0.86, –0.16)
Denmark P:1990–2017 I: 1990–2017	873 (865, 881)	1179 (1133, 1226)	2.63 (2.43, 2.82)	47.0 (45.3, 48.8)	57.8 (49.3, 66.4)	2.90 (1.20, 4.30)
Scotland (Lothian) P:2009–2017 I: 2009–2017	749 (730, 767)	1005 (972, 1039)	2.72 (2.37, 3.06)	54.2 (49.3, 59.12)	38.9 (25.1, 52.7)	–1.89 (–5.85, 0.62)
Colour Legend: Increasing AAPC Stable AAPC Decreasing AAPC						

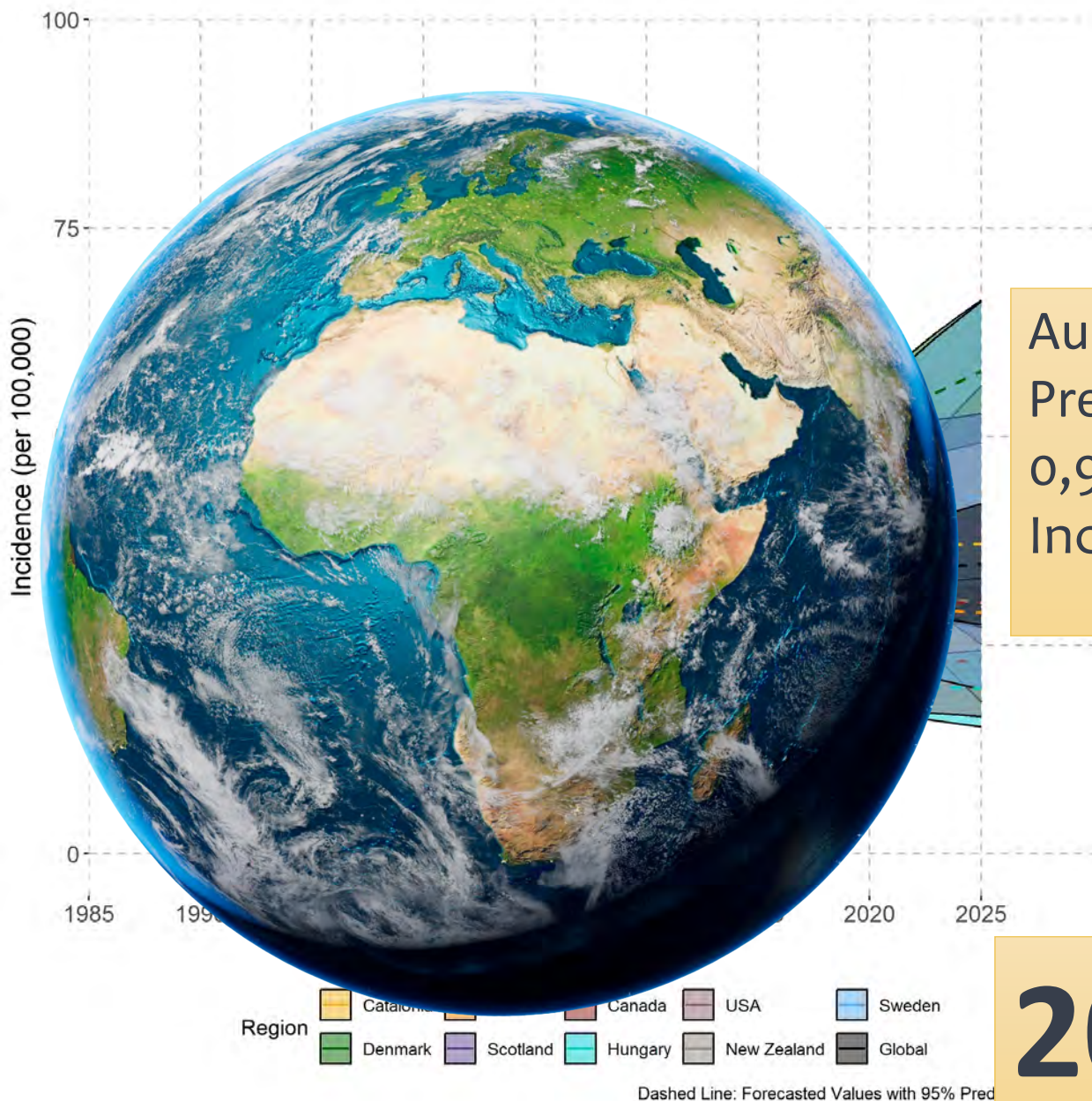
CURSO DE AVANCES EN GASTROENTEROLOGÍA
"BUENAS PRÁCTICAS EN GASTROENTEROLOGÍA"



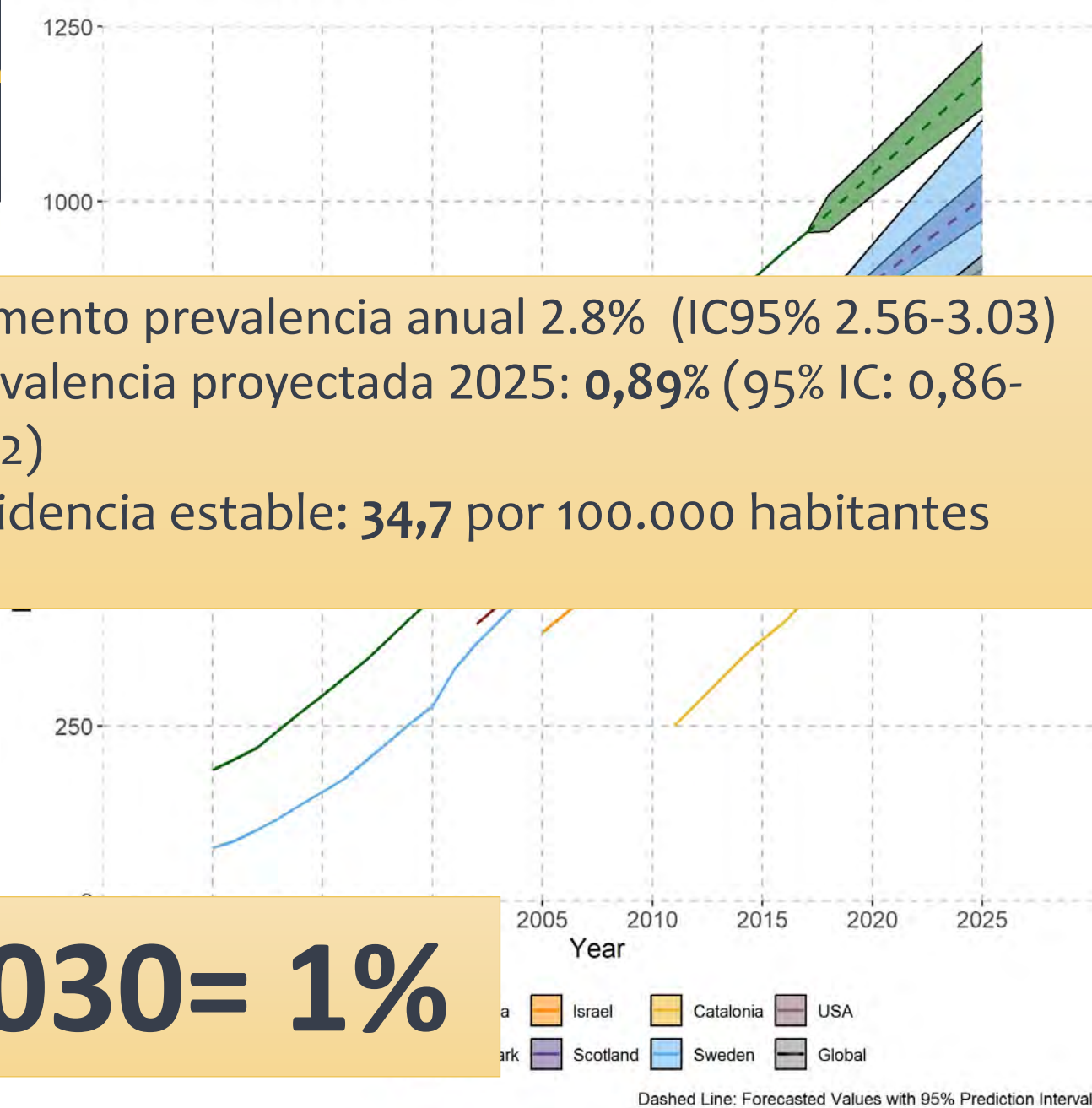
CURSO DE AVANCES EN GASTROENTEROLOGÍA
"BUENAS PRÁCTICAS EN GASTROENTEROLOGÍA"

Catalonia P:2011–2020 I: 2011–2020	346 (341, 350)	651 (633, 670)	4.85 (4.67, 5.02)	36.4 (35.1, 37.8)	37.1 (18.1, 56.1)	0.14 (−10.28, 5.83)
Hungary (Veszprém) I: 2002–2018	No Data			21.8 (16.9, 26.7)	19.8 (15.2, 24.3)	−0.40 (−2.22, 0.87)
Sweden P:1990–2014 I: 1990–2014	709 (704, 714)	994 (871, 1117)	3.06 (1.90, 4.05)	32.8 (31.7, 34.0)	43.0 (19.7, 66.2)	2.26 (−4.23, 5.32)
USA (Olmsted) P:2000–2020 I: 1990–2019	544 (507, 581)	616 (604, 629)	1.00 (0.57, 1.43)	20.9 (13.7, 28.1)	23.2 (16.4, 29.9)	2.75 (0.28, 4.25)
New Zealand (Canterbury) I: 2018–2023	No Data			33.9 (30.1, 37.6)	30.1 (27.1, 33.0)	−1.12 (−3.15, 0.63)
Colour Legend:		Increasing AAPC	Stable AAPC		Decreasing AAPC	

A) Forecasted Incidence of IBD, by Country



B) Forecasted Prevalence of IBD, by Country



¿Cómo evoluciona la relación CU/EC con el tiempo?

Una perspectiva desde la transición epidemiológica global. J Windsor, *et al.*

Antecedentes

Estudios previos han demostrado que, en las etapas iniciales de aparición de la EII en una población, la CU suele ser más frecuente que la EC; sin embargo, esta proporción cambia progresivamente con el tiempo.

Objetivo

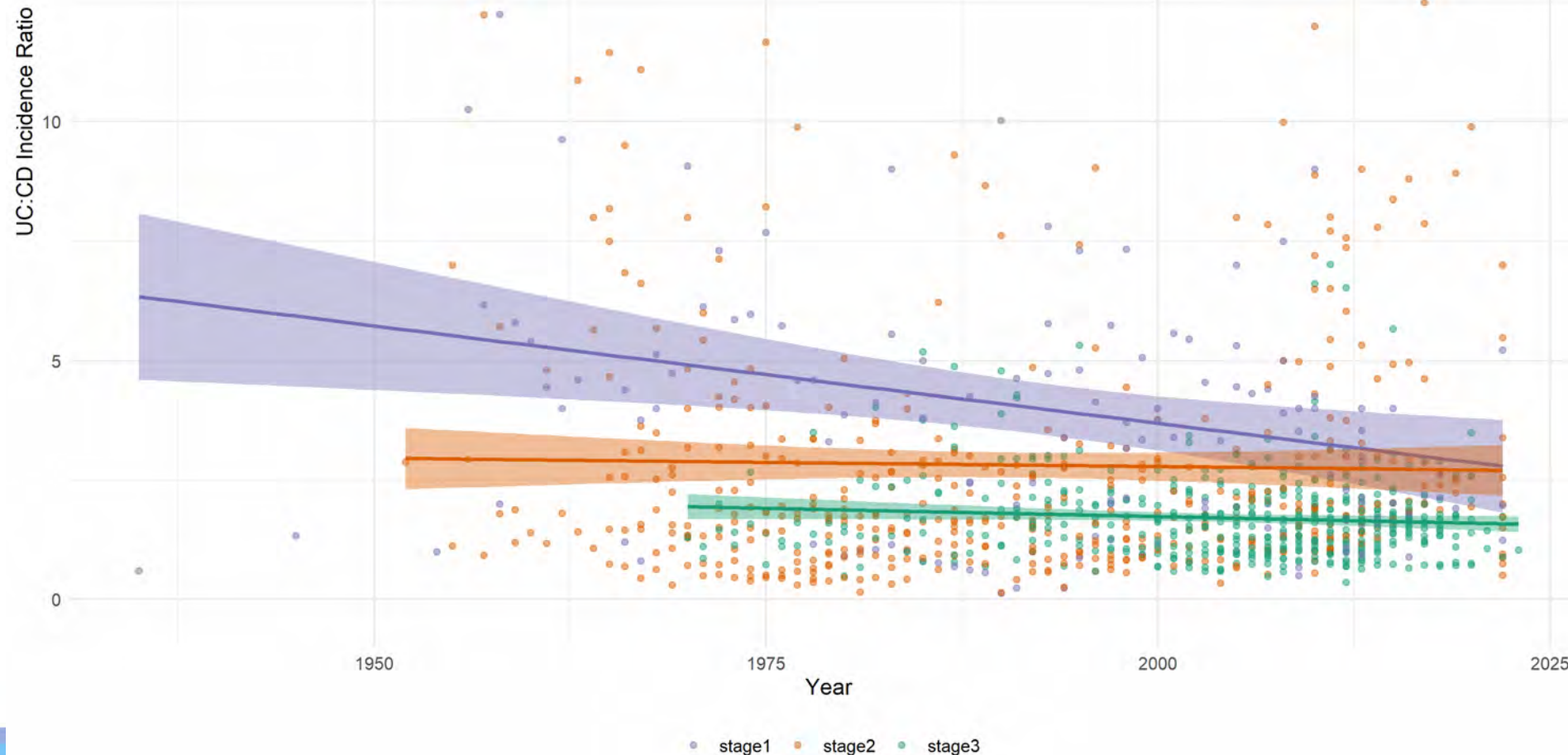
Evaluar que pasa con esta relación a lo largo del tiempo



Resultados

522 estudios poblacionales en 82 países desde 1920 a 2024. Mediante un modelo avanzado de aprendizaje automático se clasificó cada país en una de las tres etapas epidemiológicas.

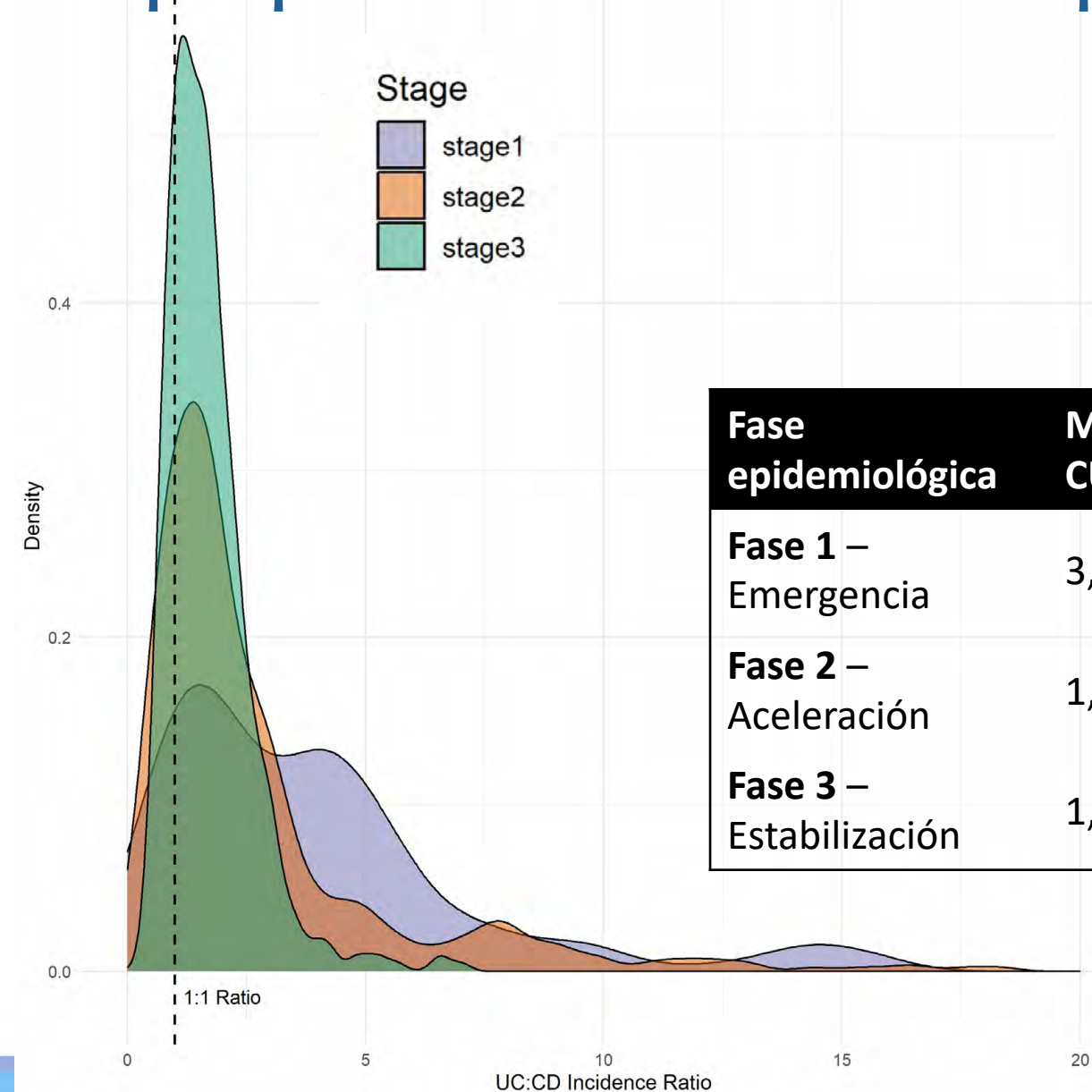
- Se analizó cómo ha cambiado la razón de incidencia **CU:EC** a lo largo del tiempo y entre etapas.



¿Cómo evoluciona la relación CU/EC con el tiempo?

Una perspectiva desde la transición epidemiológica global.

Resultados



Fase epidemiológica	Mediana CU:EC	RIQ	Interpretación
Fase 1 – Emergencia	3,62	1,66–5,56	CU es mucho más frecuente, pero tendencia descendente
Fase 2 – Aceleración	1,80	1,12–3,12	Aún predominio de CU, pero se aproxima a 1:1
Fase 3 – Estabilización	1,56	1,08–2,08	Relación CU:EC se estabiliza cerca de 1:1

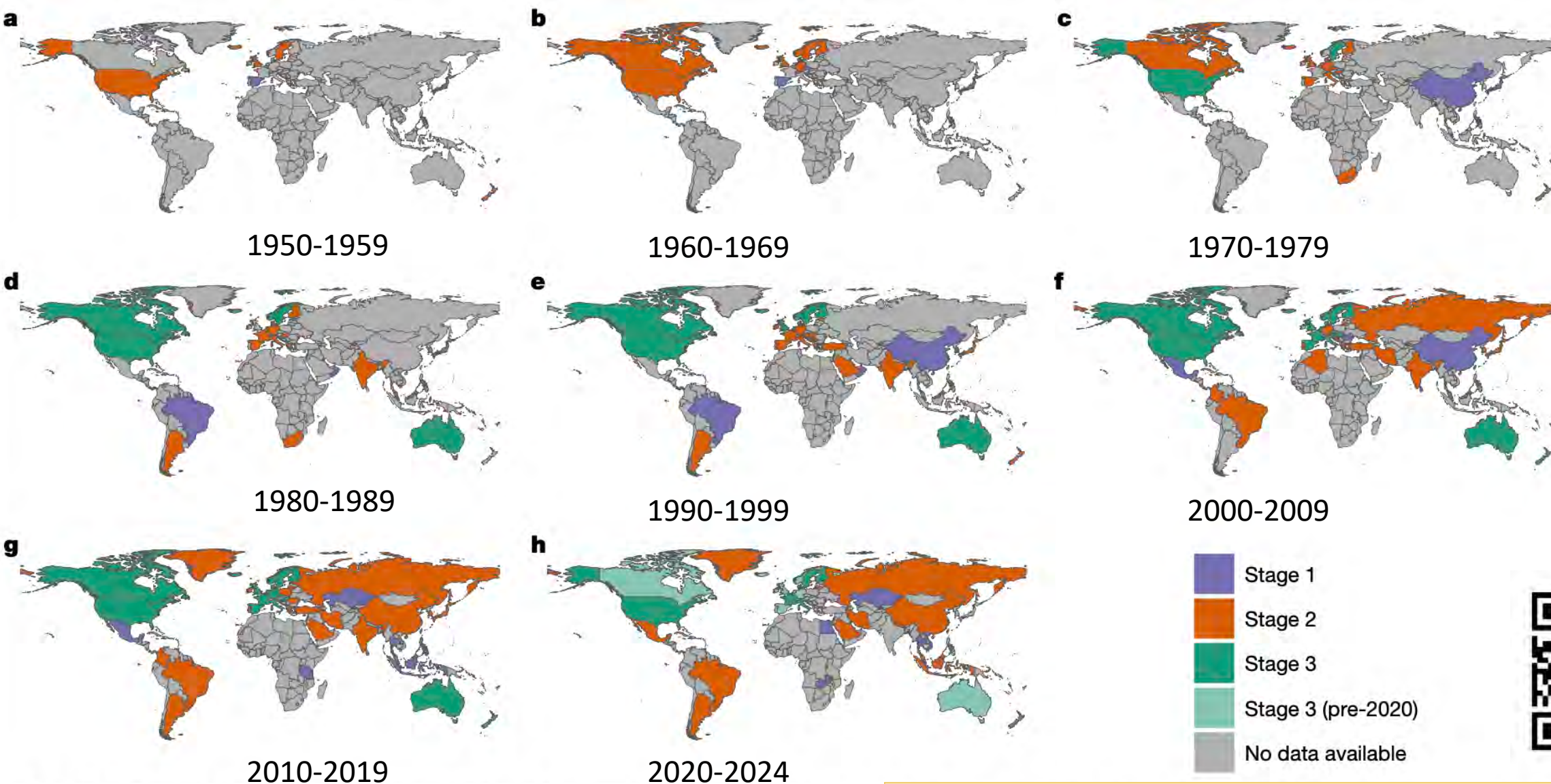
¿CÓMO EVOLUCIONA LA RELACIÓN COLITIS ULCEROSA/ENFERMEDAD DE CROHN CON EL TIEMPO?

Conclusiones

La relación CU:EC sigue una **evolución predecible** a medida que avanza la transición epidemiológica de un país.

En etapas iniciales, predomina la CU, pero con el tiempo la EC incrementa su frecuencia, tendiendo hacia una proporción cercana a 1:1.

Comprender esta transición permite anticipar cambios en la carga de enfermedad y orientar la investigación hacia los factores determinantes de esta evolución.



522 estudios poblacionales en 82 países

Fase 3:

- incidencia 8,6 y 20,2 por 100.000 pacientes/año
- prevalencia: 230-725 por 100.000

EL IMPACTO DE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y DEL TABACO CALENTADO (HEAT-NOT-BURN) EN LA RECURRENCIA POSTOPERATORIA DE LA ENFERMEDAD DE CROHN: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO.



Objetivos

Fumar cigarrillos convencionales **aumenta significativamente el riesgo de recurrencia** tras la cirugía en EC. Sin embargo, no se conoce el impacto de formas más recientes de consumo de nicotina, como:

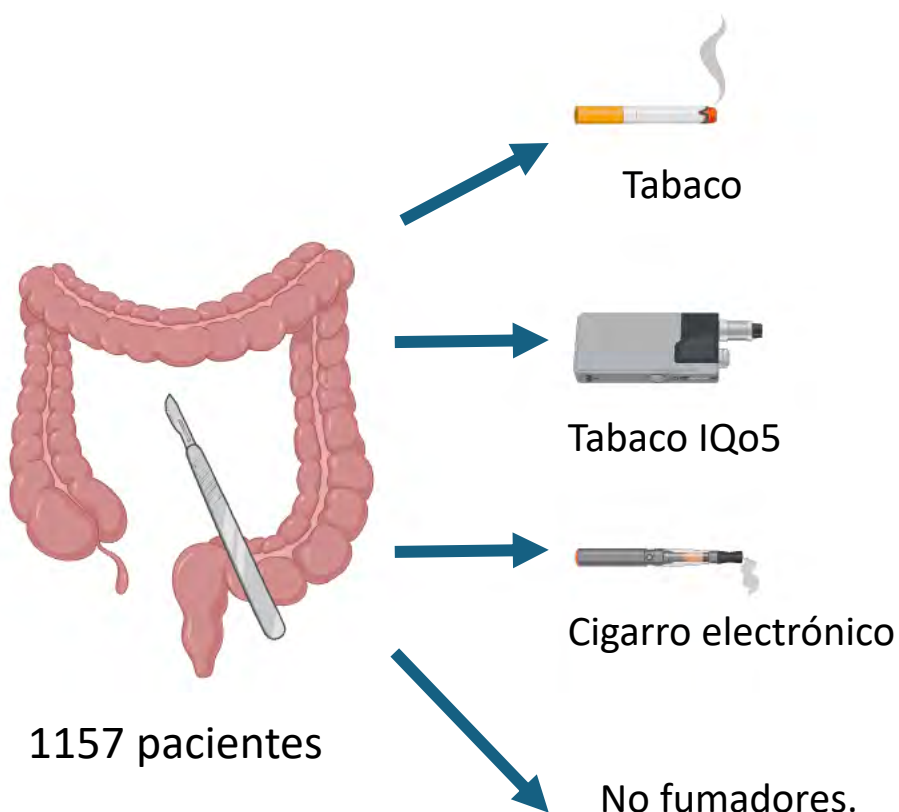
- **Cigarrillos electrónicos (vape)**
- **Productos de tabaco calentado pero no quemado (como IQOS)**

Este estudio multicéntrico italiano es el primero en evaluar el impacto del uso de estos productos en la **recurrencia endoscópica tras una resección ileocólica**.

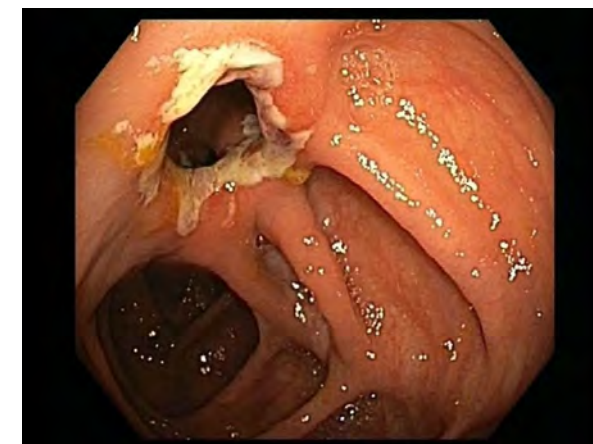
El impacto de los cigarrillos electrónicos y del tabaco calentado (heat-not-burn) en la recurrencia postoperatoria de la EC: un estudio multicéntrico retrospectivo. Tommaso Parigi, et al

Métodos

Estudio retrospectivo en 9 centros.



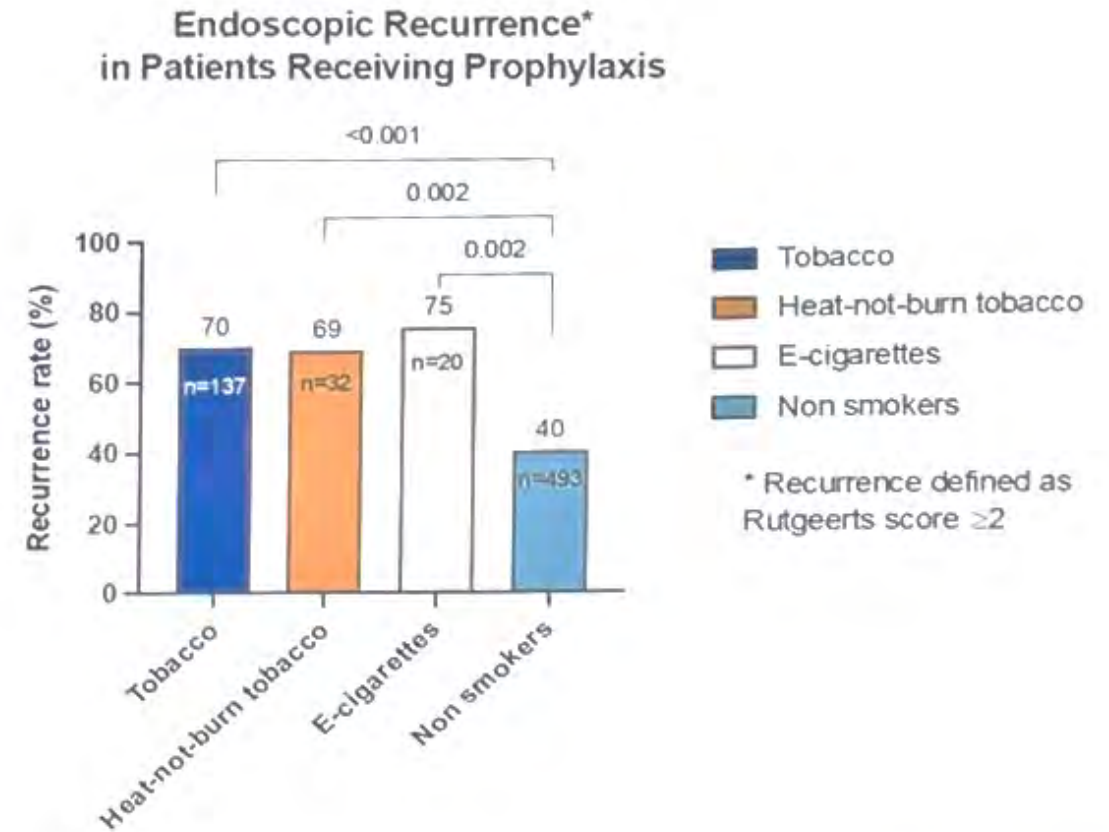
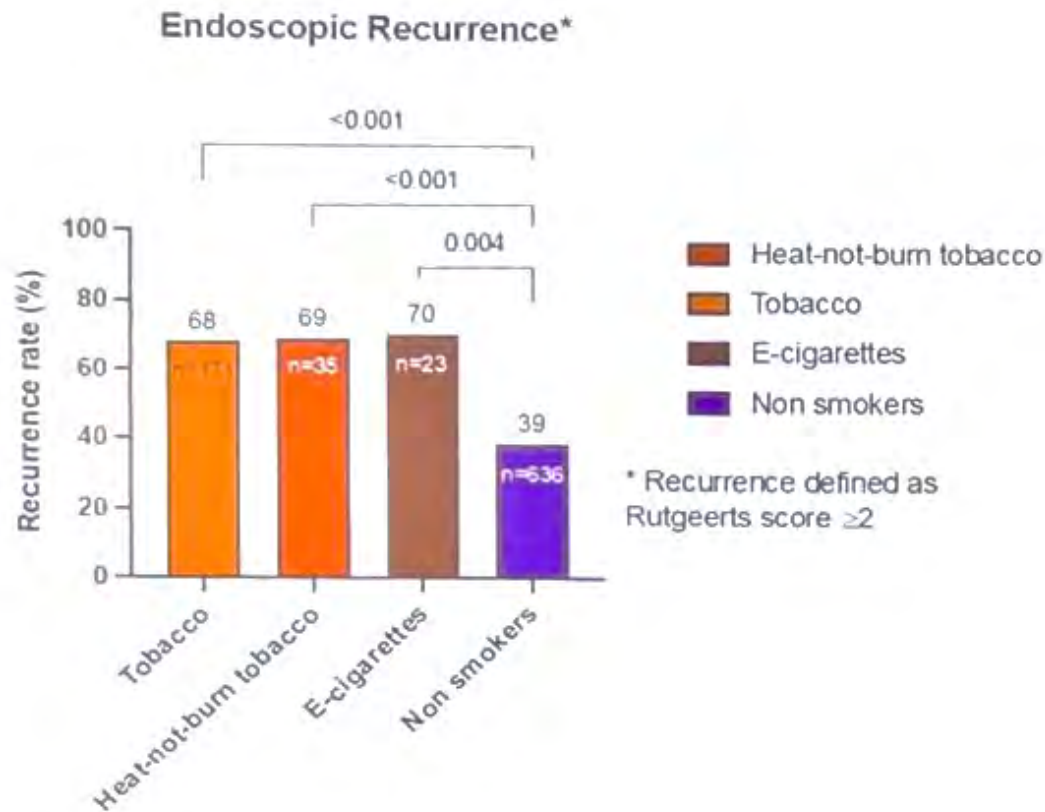
6 y 12 meses



Se definió recurrencia como Rutgeerts $\geq$ i2

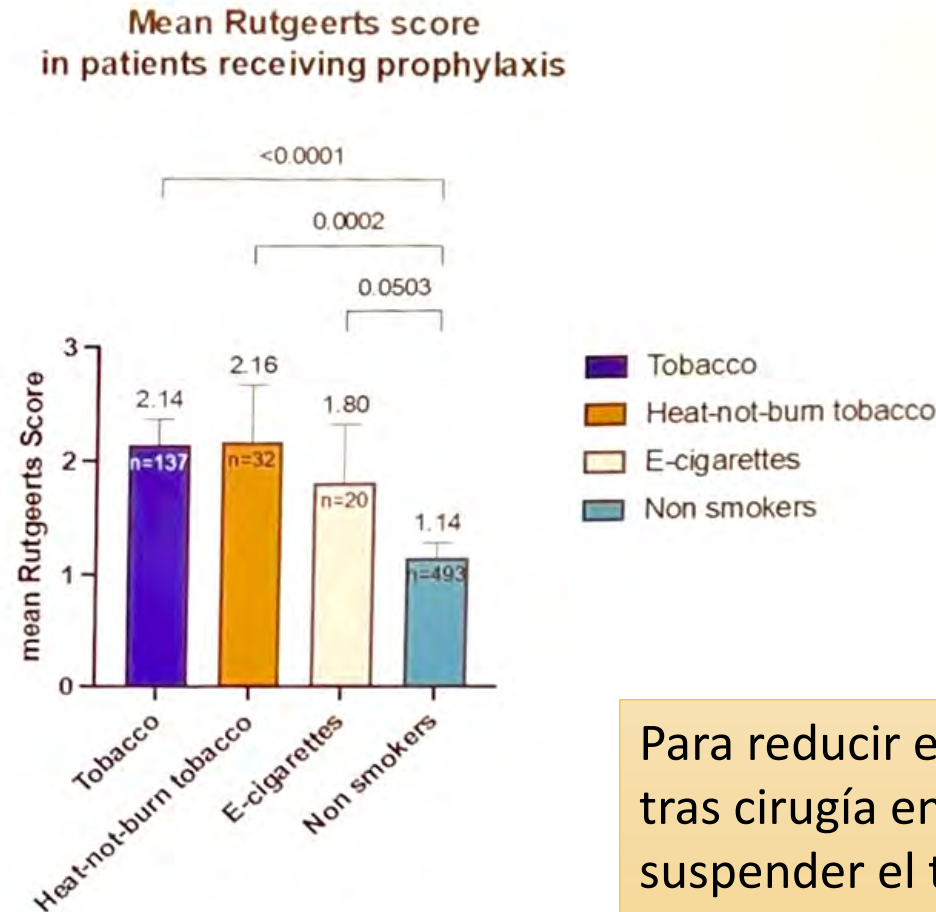
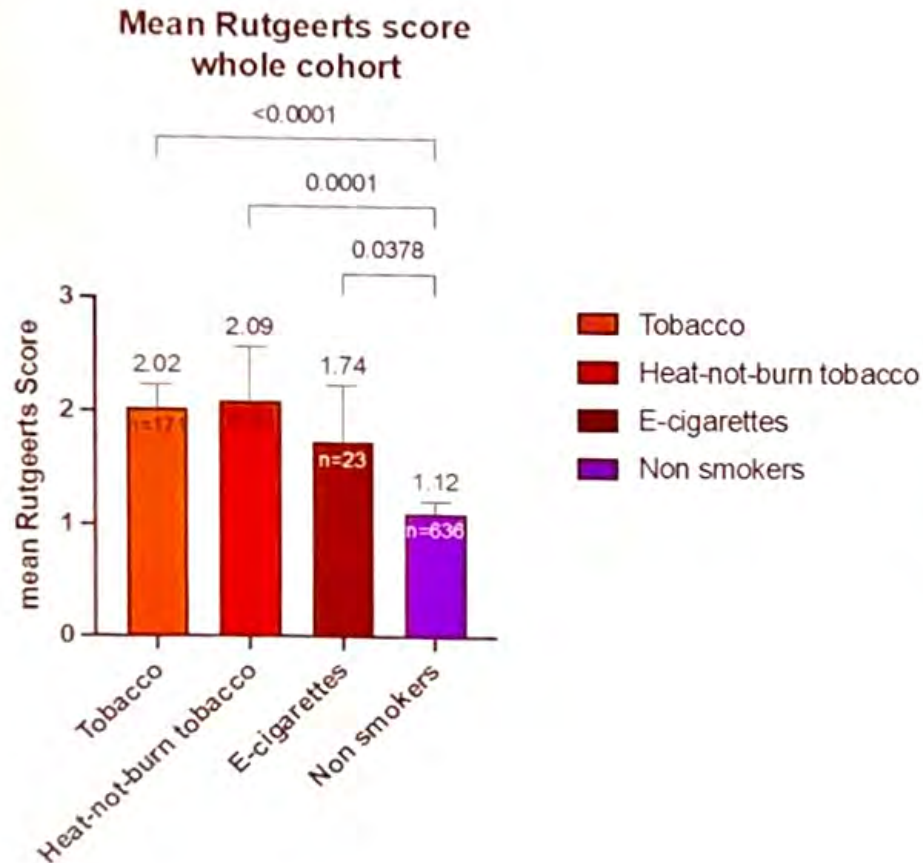
El impacto de los cigarrillos electrónicos y del tabaco calentado (heat-not-burn) en la recurrencia postoperatoria de la EC: un estudio multicéntrico retrospectivo. Tommaso Parigi, et al

Estudio retrospectivo en 9 centros.



El impacto de los cigarrillos electrónicos y del tabaco calentado (heat-not-burn) en la recurrencia postoperatoria de la EC: un estudio multicéntrico retrospectivo. Tommaso Parigi, *et al.*

Estudio retrospectivo en 9 centros.



Para reducir el riesgo de recurrencia tras cirugía en Crohn, se recomienda suspender el tabaco al menos un año antes del procedimiento.

¿CÓMO AFECTAN LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y EL TABACO CALENTADO A LA RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN EC?

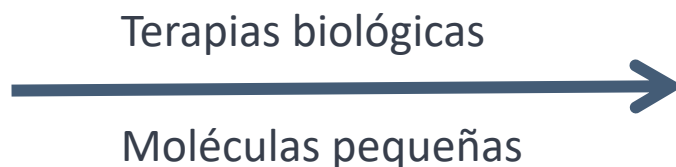
Conclusiones

 **Este es el primer estudio** que evalúa el impacto de los **cigarrillos electrónicos** y el tabaco calentado (**IQOS**) en la **recurrencia postquirúrgica** de la EC.

 **Ambos productos** se asociaron a un **riesgo significativamente mayor** de recurrencia en comparación con los **no fumadores**.

 **Estos hallazgos deben alertar** a médicos y pacientes: **el riesgo no desaparece** al reemplazar el cigarro convencional por productos "alternativos".

SEGURIDAD DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE EII CON HISTORIA DE CÁNCER . THE SAPPHIRE REGISTRY .



¿Tienen más riesgo de desarrollar recurrencia y/o un nuevo cáncer?

Consideraciones

Todos los estudios de nuevas moléculas excluyen a pacientes con cáncer incluso hasta 5 años de iniciado el diagnóstico.

Datos retrospectivos **NO** demostrarían que hay un mayor riesgo.

SAPPHIRE

Estudio multicéntrico iniciado el año 2016. Se incluyeron pacientes con historia de cáncer hasta 10 años. Sin cáncer activo al momento del reclutamiento.

Seguridad de la inmunosupresión en una cohorte prospectiva de EII con historia de cáncer . The SAPPHIRE Registry. Jordan Axelrad et al.



366 pacientes

52% mujeres
63% no fumador
57% EC
Mediana dg 34 años
Mediana cáncer 52 años
2/3 (203) usaron IMM después del cáncer.

46% tumores sólidos (mama , pulmón)
32% dermatológicos
10% gastrointestinales
8% hematológicos

Estadio I : 116 (38%)
Estadio II : 34 (11%)
Estadio III: 29 (9%)
Estadio IV: 11 (4%)

Durante el seguimiento : 45 (15%) pacientes desarrollaron 53 cánceres (26 nuevos /27 recurrentes)

En expuestos a IMM: 38 pacientes desarrollaron 44 cánceres

Tasa no ajustada **4,78/100 personas-año**

En los NO expuestos (103): 7 pacientes desarrollaron 9 cánceres.

Tasas no ajusta **2,58/100 personas-año**

Variable (n, %)	Total (n=53, cancers)	No Immunosuppression After Index Cancer (n=9 cancers)	Immunosuppression After Index Cancer (n=44 cancers)
Incident Cancer			
New	26	5 (19%)	21 (81%)
Recurrent	27	4 (15%)	23 (85%)
Age at incident malignancy; years, mean ($\pm$ SD)	61.9 (13.8)	64.7 (13.1)	61.4 (14.2)
Time from index to incident cancer; years, mean ($\pm$ SD)	3.7 (3.8)	3.1 (2.6)	3.9 (4.2)
Incident cancer category			
Dermatologic	26	2	24
Solid	18	5	13
Gastrointestinal	7	1	6
Hematologic	2	1	1
Stage of incident cancer			
1	12	3	8
2	1	0	1
3	1	0	1
4	8	2	8
Not Specified	31	4	26

Medication	Exposed after index cancer (n = 305)	Person-years of exposure after index cancer	Incident cancers	New or recurrent cancer rate per 100 person-years of therapy exposure (95% CI)	Relative risk vs never exposed (95% CI)	Absolute risk difference vs never exposed (95% CI)
Never exposed	95	387.06	10	2.58 (1.24–4.75)	–	–
Ever exposed	210	752.37	36	4.78 (3.35–6.62)	1.852 (0.919–3.732)	2.201 (-0.036 to 4.439)
Antimetabolite exposed	51	130.78	13	9.94 (5.29–17.00)	3.847 (1.687–8.774)	7.356 (1.721–12.992)
Biologic exposed	199	661.10	32	4.84 (3.31–6.83)	1.728 (0.850–3.516)	1.882 (-0.345 to 4.108)
Anti-TNF	103	323.93	17	5.25 (3.06–8.40)	2.031 (0.930–4.426)	2.665 (-0.300 to 5.629)
Anti-integrin	92	204.38	15	7.34 (4.11–12.10)	2.841 (1.276–6.323)	4.756 (0.711–8.800)
Anti-IL12/23	64	155.85	10	6.42 (3.08–11.80)	2.483 (1.034–5.967)	3.833 (-0.454 to 8.120)
Anti-IL23	5	2.68	0	–	–	–
Small molecule exposed	16	24.46	2	8.18 (1.00–29.54)	3.165 (0.693–14.444)	5.593 (-5.852 to 17.038)
JAK inhibitor	13	23.31	2	8.58 (1.04–31.00)	3.321 (0.728–15.157)	5.996 (-6.002 to 17.995)
S1PR modulator	4	1.65	0	–	–	–

Modelo ajustado (riesgos proporcionales, variables dependientes del tiempo)

•Ajustado por: sexo, tabaquismo, edad, estadio del cáncer índice y cáncer de piel no melanoma

•**HR ajustado: 1,41** (IC 95%: 0,69–2,90)

 **No se observó asociación significativa** entre inmunosupresión y desarrollo de cáncer incidente

Seguridad de la inmunosupresión en una cohorte prospectiva de EII con historia de cáncer . The SAPPHIRE Registry . Jordan Axelrad et al.

Conclusiones

Pacientes con EII y antecedente de cáncer:

A pesar de observar **razones de riesgo ajustadas numéricamente elevadas, no se encontró una asociación estadísticamente significativa** entre la exposición posterior a terapias inmunosupresoras y el desarrollo de nuevos cánceres.



Lo mejor de DDW en Eii

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

 **La EII sigue creciendo a nivel mundial:** entender su evolución epidemiológica es clave para preparar políticas de salud pública.

 **Tabaco y variantes:** el riesgo de recurrencia post qx en EC no desaparece al cambiar a productos alternativos; se recomienda **suspender el tabaco al menos un año antes de la cirugía.**

 La medicina de precisión en EII requiere integrar datos de la vida real con estudios prospectivos. Los inmunosupresores podrían ser utilizados con precaución en este subgrupo, especialmente si no hay cáncer activo.

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

 **DDW2025**
Digestive Disease Week®
MAY 3-6, 2025 | SAN DIEGO, CA
EXHIBIT DATES: MAY 4-6, 2025
@DDWMeeting | #DDW2025