

con IBP (95% omeprazol 20/40 mg b.d.) levofloxacin 500 mg b.d. y amoxicilina 1.000 mg b.d. Se comunica como referencia la efectividad de este tratamiento. Todos los pacientes están incluidos en el Registro Europeo de *Helicobacter pylori* y monitorizados a través de la Plataforma AEG-RED Cap.

Resultados

96 pacientes (97%) cumplieron la cuádruple terapia (IBP-BLA), que resultó efectiva en el 91,9% (IC 95%, 86,5-97,2%), según análisis por ITT, y en el 93,8% (IC 95%, 88,9-98,6%) según análisis por PP. Se detectaron efectos adversos no graves en 48 pacientes (48,48%) y en 3 pacientes (3,03%) motivaron el incumplimiento. La efectividad de la triple terapia (IBP-LA 10 días) resultó del 75,3% (IC 95%, 66,7-83,8%) por ITT y del 76,8% (IC 95%, 68,3-85,2%) por PP, con un cumplimiento del 98,9% y efectos adversos no graves en 20 pacientes (20,6%). El tratamiento con IBP-BLA 14 días, resultó casi cuatro veces más efectivo que el tratamiento con IBP-LA 10 días (OR 3.740; IC 95%; 1.587-8.814), siendo la diferencia significativa ($p < 0,002$).

Conclusiones

La cuádruple terapia, incluyendo levofloxacin y bismuto, durante 14 días muestra en nuestra área sanitaria una elevada efectividad, superior al 90%, como tratamiento de rescate de la infección por *Helicobacter pylori*, siendo por tanto una opción terapéutica muy recomendable. La triple terapia con levofloxacin debe ser en cambio olvidada al mostrar una baja efectividad, menor del 80%, no aceptable en la actualidad.

CO-24. UNA COMPLICACIÓN EMERGENTE EN TRANSPLANTE HEPÁTICO, TUMORES DE NOVO.

JIMÉNEZ-ROSALES, R; ABELLÁN-ALFOCEA, P; VALVERDE-LÓPEZ, F; NOGUERAS-LÓPEZ, F; ESPINOSA-AGUILAR, MD; LÓPEZ-GARRIDO, MÁ

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES.

Introducción

La supervivencia en pacientes con trasplante hepático (TH) se ha incrementado resultado de la mejora en el manejo médico y quirúrgico. Como consecuencia, los tumores “de novo” (TN) tras éste se han convertido en una complicación emergente representando la segunda causa de mortalidad tardía. Los pacientes con TH tienen un riesgo 2-4 veces superior al de la población general de desarrollar un TDN, con una incidencia variable del 3-26% en las distintas series analizadas.

El origen de los TDN es multifactorial y los factores de riesgo relacionados son inmunosupresión, tabaco, alcohol, virus, exposición solar y edad avanzada.

El objetivo de nuestro estudio es analizar incidencia, características clínicas y resultados de los tumores “de novo” en pacientes trasplantados hepáticos.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo que recoge a todo paciente sometido a TH de abril de 2002 a marzo de 2017 en nuestro centro. De estos, fueron seleccionados aquellos que desarrollaron un TDN.

Resultados

De un total de 399 sometidos a TH, se registraron 29 TDN con una incidencia de 7,2%. 23 hombres y 6 mujeres; edad media $54,5 \pm 8,19$ años. La media de tiempo transcurrido desde el TH hasta el diagnóstico del tumor fue $17,8 \pm 13,8$ meses. La principal indicación de TH fue cirrosis VHC asociada a hepatocarcinoma (31%; $n=9$) seguida de cirrosis alcohólica (24,3%; $n=7$). El tratamiento inmunosupresor más frecuentemente encontrado fueron inhibidores de la m-TOR solos o asociados a micofenolato de mofetilo (Figura 1). En la Figura 2 se muestran los tipos histológicos encontrados, siendo los más comunes los tumores cutáneos (31%). Diez pacientes (34,5%) murieron, siendo la media desde el diagnóstico al fallecimiento de 4 ± 2 meses. Los casos de fallecimiento fueron por linfoma, sarcoma de Kaposi y cáncer de esófago.

Conclusiones

En nuestra serie, los TDN más frecuentemente encontrados fueron los cutáneos (ninguno de los cuales implicó la muerte del enfermo) seguidos de los linfomas, coincidente con los resultados previamente publicados. Mientras que los tumores cutáneos no tienen impacto en la supervivencia, el resto sí conllevan un aumento en la mortalidad; siendo más agresivos y diagnosticados en fases más avanzadas en comparación con población general. Por ello, es fundamental establecer un protocolo de cribado eficaz que logre un diagnóstico y tratamiento precoz en aras de mejorar el pronóstico.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN IV

CO-25. DIVERTICULECTOMÍA PERORAL DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER CON LIGASURE™ BLUNT-TIP. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, FJ¹; LEÓN-MONTAÑÉS, R¹; MORALES-CONDE, S²; BARRANCO, A²; SOBRINO-RODRÍGUEZ, S¹; BOZADA GARCÍA, JM¹

¹UNIDAD ENDOSCOPIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²SERVICIO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La crico-faringo miotomía endoscópica es una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento del divertículo de Zenker implantada recientemente. Para su realización se ha descrito el uso de diverso material endoscópico, como disectores para DES (IT-knife, Hook-knife, disectores de tijera, etc), material de CPRE (esfinterótomo

needle-knife), sistemas de corte-sellado vascular computerizado empleados en cirugía laparoscópica (Ligasure™). Las series publicadas hasta la fecha son de pocos pacientes, probablemente por la escasa casuística de esta entidad. Tras establecer un protocolo de actuación junto con cirugía laparoscópica, hemos implantado esta técnica en nuestra unidad, utilizando el Ligasure™, apoyados por la seguridad, resultados y relativa sencillez técnica descrita en las series.

Material y métodos

Desde julio de 2015 hasta abril de 2017 hemos tratado 5 pacientes (4 mujeres y 1 hombre) con una edad media de 79±6 años. Todos los pacientes estaban sintomáticos con una disfagia según la escala de Mellow de 3 y uno de los pacientes con grado 4, junto con otra sintomatología como halitosis y tos nocturna. A todos los pacientes se les realizó un estudio baritado esofagográfico y una endoscopia oral para evaluar las características del divertículo y descartar la ausencia de complicaciones. El material utilizado fue: diverticuloscopio de Cook® para la exposición del tabique; endoscopio ultrafino de 4,9 mm para control de la sección; disector/sellador quirúrgico Ligasure™ Blunt Tip LS1500 de Covidien® de 37 cm x 5 mm. Los procedimientos se realizaron en quirófano bajo IOT controlada por anestesiista.

Resultados

Los 5 pacientes fueron tratados con éxito, con una duración inicial de unos 60 minutos que conforme se mecanizan los pasos se redujo a unos 30 min. El tamaño medio de los divertículos fue de 4 cm (3-5 cm) y se precisaron entre 2-3 sellados para la sección completa del septo, colocándose clips hemostáticos en 3 pacientes. El alivio de la disfagia fue prácticamente inmediato, iniciándose tolerancia a líquidos la misma noche del procedimiento y permanecieron ingresados 24 horas con profilaxis antibiótica. No hubo complicaciones inmediatas ni diferidas, salvo un cuadro de vértigo periférico autolimitado de un mes de duración en relación a la hiperextensión del cuello. En la revisión a 30 días todos manifestaron una mejoría sintomática de 8/9 sobre 10. En un seguimiento medio de 9 meses (3-24 meses) solo uno de los pacientes ha recidivado (5 meses), con tabique persistente de 1,5 cm pendiente de nueva sesión de tratamiento.

Caso	Edad	Longitud (cm)	Grado disfagia	Otros síntomas	Duración (min)	Endoclip	Num cortes	Complicaciones	Mejora (1-10)	Recidiva
1	71	4	3	halitosis, tos	60	SI	2	NO	9	NO
2	88	3,5	3	halitosis	60	NO	2	NO	8	NO
3	81	3,5	3	halitosis, tos	35	NO	2	NO	8	NO
4	76	5	3	halitosis, tos	30	SI	3	NO	9	NO
5	79	3	4	halitosis, tos	30	SI	3	NO	9	SI

Tabla 1
Resultados. Detalle de los casos.

Conclusiones

En nuestra corta experiencia la diverticulectomía endoscópica es una técnica rápida, segura, eficaz y de escasa complejidad técnica, por lo que en un futuro próximo probablemente desplace a la técnica quirúrgica como método de elección.

CO-26. EFECTOS SECUNDARIOS E INFLUENCIA SOBRE LA RIGIDEZ HEPÁTICA DEL METOTREXATE EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

MEJÍAS-MANZANO, MÁ; GARCÍA-ORTIZ, JM; TRIGO-SALADO, C; DE LA CRUZ-RAMÍREZ, MD; HERRERA-JUSTINIANO, JM; NÚÑEZ-ORTIZ, A; MÁRQUEZ-GALÁN, JL; ROMERO-GÓMEZ, M; LEO-CARNERERO, E

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

1) Conocer la incidencia y tipo de efectos secundarios del metotrexate en pacientes con enfermedad de Crohn (EC). 2) Conocer la influencia del uso prolongado de metotrexate sobre la rigidez hepática.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de 151 pacientes con EC tratados con metotrexate en nuestro centro.

Analizamos los efectos secundarios que condicionaron la suspensión del fármaco y la variación de rigidez hepática mediante elastografía de transición (Fibroscan®) en aquellos con dosis acumulada ≥2.000 mg.

Resultados

De los 151 pacientes analizados, 39 (25,8%) presentaron efectos secundarios que obligaron a la suspensión del metotrexate (**tabla 1**). Los más frecuentes fueron la intolerancia digestiva (41%), la cefalea (12,8%) y la hipertransaminasemia (10,3%). En trespacientes (7,7%) fue suspendido ante el deseo de descendencia por su efecto teratogénico.

Efecto secundario	N=39
Intolerancia digestiva, n (%)	17 (43,6)
Cefalea, n (%)	5 (12,8)
Hipertransaminasemia, n (%)	4 (10,3)
Deseo de descendencia, n (%)	3 (7,7)
Infecciones, n (%)	2 (5,1)
Mucositis, n (%)	2 (5,1)
Mielosupresión, n (%)	1 (2,6)
Neurológico (sincope), n (%)	1 (2,6)
Reacción cutánea generalizada, n (%)	1 (2,6)
Amenorrea, n (%)	1 (2,6)
Otros, n (%)	2 (5,1)

Tabla 1
Efectos secundarios del metotrexate.

La suspensión por efectos secundarios disminuye la eficacia del metotrexate: cuando la analizamos "por intención de tratar" el metotrexate fue eficaz en 48/139 (34,5%) pacientes, mientras que la eficacia en los pacientes que pueden completar el tratamiento al no desarrollar efectos secundarios es de 47/103 (45,6%).

De los 151 pacientes, 44 (29,1%) tenían una dosis acumulada de metotrexate ≥ 2.000 mg. De estos, 23 contaban al menos con dos valores de Fibroscan®, siendo la dosis media acumulada de 3.561 mg (2.080-7.180), el valor medio de rigidez hepática inicial de 4,6 KPa (2,6-9,4) y el tiempo medio transcurrido entre el primer y el último Fibroscan® de 41 meses (10-74). En 9 el valor del último Fibroscan® fue menor que el primero y en los 14 restantes la diferencia media fue de 0,801 KPa (0-2,1).

Conclusiones

La utilización del metotrexate en la EC se ve limitada por la aparición frecuente de efectos secundarios (25,8% en nuestra cohorte). Este hecho influye de manera negativa en la eficacia del metotrexate “por intención de tratar”.

Clásicamente el uso prolongado de metotrexate se ha visto restringido por el potencial desarrollo de fibrosis hepática. Sin embargo, nuestros resultados (ningún paciente presentó progresión significativa en los valores de Fibroscan®) apoyan lo documentado en revisiones recientes que apuntan a que la influencia sobre la rigidez hepática se relaciona más con otros factores como la diabetes o la obesidad, que con la dosis acumulada.

CO-27. UTILIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE NIVELES Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PRÁCTICA CLÍNICA

VALDÉS-DELGADO, T¹; GUERRA-VELOZ, MF¹; ARGÜELLES-ARIAS, F¹; MERINO, V²; CASTRO-LARIA, L¹; MALDONADO-PÉREZ, B¹; BELVIS-JIMÉNEZ, M¹; MARTÍNEZ-PUIG, P²; SANTANA-MARTÍNEZ, S²; CALLEJA, MÁ²; CAUNEDO-ÁLVAREZ, Á¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

El tratamiento biológico anti-TNF ha cambiado el curso crónico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La medición de los niveles séricos y anticuerpos de estos fármacos supone una nueva herramienta para optimizar la terapia en estos pacientes.

Objetivos: analizar, según práctica clínica, la utilidad de la medición de niveles y anticuerpos de infliximab (IFX) en nuestro centro.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional y prospectivo constituido por una cohorte de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento con IFX entre julio de 2016 a julio de 2017.

Se realizaron entre 2 a 3 mediciones de los niveles valle del fármaco y sus anticuerpos en suero y en la mayoría de los casos se ajustó la

terapia según el algoritmo propuesto en el estudio TAXIT1 (rango terapéutico aceptado 3-7 ug/ml) y la clínica del paciente. Para la medición se utilizó el test de ELISA (PROMONITOR) en la farmacia del hospital.

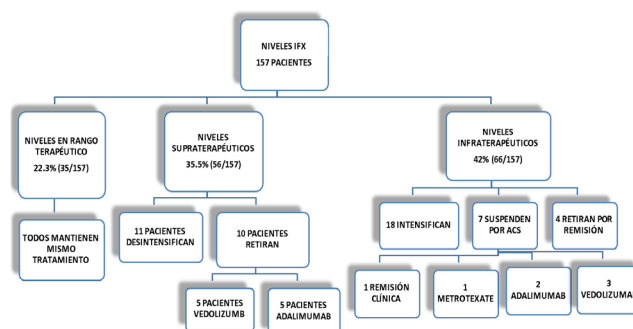


Figura 1 Monitorización de niveles de IFX.

Resultados

Se incluyeron 157 pacientes, un 56,6% (86/157) eran hombres con una edad media de 40,5±13,07 años. El 65,6% presentaban EC (103/157) y el 33,7% CU (53/157). El 33,7% (53/157) presentaban afectación perianal. En la mayoría de los casos, un 75,7% (119/157), se disponían de dos determinaciones.

En un 22,3% (35/157) de los casos, los niveles estaban en rango terapéutico, media de 4,4±1,2 ug/ml. En todos estos casos se decidió mantener el tratamiento. En un 35,7% (56/157) de los pacientes, los niveles estaban por encima de los considerados apropiados (12,9±5,2 ug/ml). De estos, 11 pacientes desintensificaron el tratamiento por encontrarse clínicamente bien y a 10 se les cambió de tratamiento.

En un 42% (66/157) los niveles estaban en rango infraterapéutico (1±0,9 ug/ml). De ellos, en 18 casos (11,5%) se decidió intensificar tratamiento por no estar en remisión clínica. En 7 pacientes se suspendió el tratamiento por desarrollar anticuerpos y se cambió de diana terapéutica y en 4 casos se retiró el tratamiento por remisión clínica mantenida (Figura 1).

Conclusiones

La determinación de los niveles IFX añade a la práctica clínica habitual un parámetro objetivo para individualizar el ajuste de los tratamientos terapéuticos. Menos de 1/3 de los pacientes con IFX están en rango terapéutico.

Vande Castele N, Ferrante M, Van Assche G, Ballet V, Compennolle G, Van Steen, K, Simoens S, Rutgeerts P, Gils A, Vermeire S. Trough concentrations of infliximab guide dosing for patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2015;148(7):1320-9.

CO-28. THE IMPACT OF AGE ON PHENOTYPIC PRESENTATION AND SEVERITY IN PATIENTS WITH IDIOSYNCRATIC DRUG-INDUCED LIVER INJURY (DILI).

SLIM, M¹; ROBLES-DÍAZ, M¹; ORTEGA, A¹; GARCÍA-CORTÉS, M¹; MEDINA-CÁLIZ, I¹; GARCÍA-MUÑOZ, B¹; SANJUAN-JIMENEZ, R¹; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, A¹; DE LUQUE-IBÁÑEZ, V¹; SANABRIA, J¹; FERNÁNDEZ, MC²; CASTIELLA, A³; ZAPATA, E³; HALLAL, H⁴; MONTANE, E⁵; SORIANO, G⁶; ROMAN, E⁶; JIMENEZ, M⁷; PRIETO, M⁸; CONDE, I⁸; ALDEA, A⁹; MORENO, JM¹⁰; ROMERO-GÓMEZ, M¹¹; GÓMEZ-DOMÍNGUEZ, E¹²; LUCENA, MI¹; ANDRADE, R¹

¹UGCAPARATODIGESTIVO.IBIMA.INSTITUTODEINVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA, MÁLAGA. ²COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ³HOSPITAL DE MENDARO, MENDARO. ⁴HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER, MURCIA. ⁵HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANSTRIAS I PUJOL DE BADALONA, BADALONA. ⁶HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, BARCELONA. ⁷COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ⁸HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA. ⁹COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS, SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA. ¹⁰COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE, ALBACETE. ¹¹HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ¹²HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, MADRID.

Introducción

DILI phenotypic presentations are influenced by a wide range of host and environmental factors. We aimed to assess the contribution of age on the heterogeneity in the phenotypic presentation and severity of DILI.

Material y métodos

We analyzed data from 811 DILI subjects enrolled in the Spanish DILI Registry between 1994 and 2016. Cases were categorized according to age in each of the liver damage pattern groups; hepatocellular, HC ≤45 (N=174), 46-64 (N=165) or ≥65 years (N=122) and cholestatic/mixed, Chol/Mix ≤45 (N=82), 46-64 (N=118), or ≥65 years (N=150).

Resultados

Equal gender distribution was found across all groups except for those with Chol/Mix ≤45 and ≥65 years in which males predominated (61% and 59%, respectively). Increasing age was associated with increased body mass index (p<0.0001), serum glucose levels (p<0.05), a greater frequency of jaundice at DILI onset and positive autoantibody titers in both pattern groups (p<0.05).

Younger age was linked to shorter duration of therapy in HC, ranging from 25 days in younger patients to 40 and 46 days in older groups (p=0.0067) (Table 1), while the opposite was found in the Chol/Mix pattern (32 days in younger vs 18 and 15 days in the eldest, p=0.0223) (Table 2). Younger patients with HC pattern showed a significant increase in platelets levels as compared to the other groups (241±91 to 202±69 x103/microliter; p=0.0013).

Hospitalization rates (p<0.05) and lymphopenia (p=0.0013) were significantly higher only in older patients with HC injury while older patients with Chol/mix injury had the lower frequency of underlying liver diseases (3% vs 12%, p<0.01).

	Hepatocellular			P value
	≤45 y N=174	46-64 y N=165	≥65 y N=122	
Male gender, n (%)	88 (51)	79 (48)	65 (53)	0.6620
BMI (Kg/m ²); mean±SD	25±4.2	26±3.3	27±3.8	<.0001
Clinical presentation, n (%)				
Jaundice	103 (60)	115 (70)	89 (74)	0.0298
Rash	12 (7.6)	13 (8.4)	6 (5.3)	0.6129
Lymphopenia	22 (15)	20 (14)	32 (31)	0.0013
Positive autoantibody titres	22 (16)	39 (29)	30 (32)	0.0127
Total daily dose (mg); mean±SD	844±1107	674±967	665±903	0.6455
Duration of Therapy (d); median (IQR 25-75)	25 (8-58)	40 (10-95)	46 (9-93)	0.0067
Severity, n (%)				
Mild	77 (45)	53 (33)	26 (22)	0.0002
Moderate	69 (40)	95 (69)	70 (60)	
Severe	17 (9.9)	8 (4.9)	10 (8.6)	
Fatal/transplant	8 (4.7)	5 (3.1)	11 (9.4)	
Comorbidities, n (%)				
Diabetes	5 (2.9)	23 (14)	22 (18)	<.0001
Hypertension	5 (4.6)	30 (24)	34 (36)	<.0001
Underlying hepatic diseases	15 (8.6)	10 (6.1)	8 (6.6)	0.6296
Outcome				
Time to onset (d); median (IQR 25-75)	25 (12-57)	34 (11-82)	34 (13-76)	0.1578
Time to resolution (d); median (IQR 25-75)	96 (48-172)	98 (52-198)	121 (63-327)	0.1778
Chronic DILI, n (%)	10 (5.8)	11 (6.7)	11 (9)	0.5443
Requiring hospitalization, n (%)	84 (54)	77 (54)	74 (67)	0.0557
Death due to other causes, n (%)	1 (0.57)	1 (0.61)	3 (2.46)	0.0543
Acute liver failure, n (%)	8 (4.7)	5 (3.1)	11 (9.4)	0.0638
Death due to ALF, n (%)	2 (1.2)	2 (1.2)	9 (7.4)	0.0019
Transplanted, n (%)	6 (3.5)	3 (1.8)	2 (1.6)	0.5056
Laboratory parameters at onset, mean±SD				
Bilirubin xULN	5.9±7.4	5.8±5.6	8±7.4	0.0064
AST xULN	24.9±28.9	23.2±22.1	21.7±23.6	0.9250
ALT xULN	30.4±27.3	30.7±26	24±20.5	0.2084
ALP xULN	1.4±0.9	1.7±1.3	1.7±1.2	0.0153
Glucose	97.5±39.4	114.4±54	118.8±55.2	<.0001
Platelets	241±91	218±99	202±69	0.0013

ALF: acute liver failure; ALP: alkaline phosphatase; ALT: alanine aminotransferase; AST: aspartate aminotransferase; BMI: body mass index; Chol: Cholestatic; d: days; HC: hepatocellular; IQR: interquartile range; mg: milligrams; min: minute; mL: milliliters; SD: standard deviation; ULN: upper limit of normal; y: years.

Table 1

Comparison of sociodemographic, clinical characteristics, laboratory parameters and outcome among the different age groups in HC DILI.

	Cholestatic/Mixed			P value
	≤45 y N=82	46-64 y N=118	≥65 y N=150	
Male gender, n (%)	50 (61)	56 (47)	88 (59)	0.0857
BMI (Kg/m ²); mean±SD	24.5±4.1	26.3±3.4	26.7±3.8	0.0009
Clinical presentation, n (%)				
Jaundice	54 (66)	76 (66)	125 (84)	0.0009
Rash	4 (5.6)	16 (15)	9 (6.4)	0.0346
Lymphopenia	22 (30)	29 (29)	38 (29)	0.9841
Positive autoantibody titres	3 (4.2)	21 (23)	19 (15)	0.0046
Total daily dose (mg); mean±SD	668±869	1047±1119	1352±1335	<.0001
Duration of Therapy (d); median (IQR 25-75)	32 (9-76)	18 (8-49)	15 (8-33)	0.0223
Severity, n (%)				
Mild	21 (26)	36 (31)	22 (15)	0.0126
Moderate	52 (66)	72 (63)	117 (80)	
Severe	4 (5)	5 (4.4)	8 (5.4)	
Fatal/transplant	3 (3.8)	2 (1.7)	0	
Comorbidities, n (%)				
Diabetes	3 (3.7)	12 (10)	35 (23)	<.0001
Hypertension	2 (3.6)	29 (33)	62 (50)	<.0001
Underlying hepatic diseases	10 (12)	14 (12)	5 (3.3)	0.0144
Outcome				
Time to onset (d); median (IQR 25-75)	26 (9-62)	20 (9-38)	21 (8-37)	0.1743
Time to resolution (d); median (IQR 25-75)	124 (72-218)	104 (60-198)	134 (62-365)	0.3797
Chronic DILI, n (%)	6 (7.3)	5 (4.2)	17 (11)	0.1009
Requiring hospitalization, n (%)	47 (63)	57 (53)	100 (73)	0.0047
Acute liver failure, n (%)	3 (3.7)	2 (1.7)	0	0.0396
Death due to ALF, n (%)	3 (3.7)	1 (0.85)	0	0.0404
Transplanted, n (%)	0	1 (0.85)	0	0.3731
Laboratory parameters at onset, mean±SD				
Bilirubin xULN	7.4±8	6.9±6.9	8.6±6.1	0.0037
AST xULN	4.4±6.2	4.7±5.3	5.1±6.4	0.0931
ALT xULN	5±3.5	5.7±5.6	6.3±6.4	0.2402
ALP xULN	2.4±2.1	3.3±2.9	3.7±2.9	<.0001
Glucose	95±17.9	120.3±51.8	126.3±50.1	<.0001
Platelets	267.2±109.4	244.5±88.5	235.5±76	0.1681

ALF: acute liver failure; ALP: alkaline phosphatase; ALT: alanine aminotransferase; AST: aspartate aminotransferase; BMI: body mass index; Chol: Cholestatic; d: days; HC: hepatocellular; IQR: interquartile range; mg: milligrams; min: minute; mL: milliliters; SD: standard deviation; ULN: upper limit of normal; y: years.

Table 2

Comparison of sociodemographic, clinical characteristics, laboratory parameters and outcome among the different age groups in Chol/mixed DILI.

Older female patients with HC injury showed a trend for a higher risk of developing acute liver failure (ALF) (9.4% vs 3.1% vs 4.7%; $p=0.07$) and significant increase in patients fulfilling Hy's law criteria (71% vs 67% vs 53%; $p=0.0026$), whereas in Chol/Mix cases, ALF occurred only in patients <45 (3.8%) and those between 46-64 years (1.7%) ($p=0.04$).

Death due to ALF was significantly higher in older patients with HC (7.4% vs 1.2% vs 1.15%; $p=0.0019$).

Conclusiones

Despite the fact that older age favors the cholestatic/mixed pattern of DILI, older hepatocellular DILI patients exhibit a distinct more severe phenotype at presentation. Funding: AEMPS and ISCIII-FEDER (PI15/01440, AC-0073-2013, CIBERehd).

CO-29. INCREMENTO DEL NÚMERO DE CASOS NUEVOS DE CÁNCER COLORRECTAL EN LA POBLACIÓN ANDALUZA-GADITANA EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS SIN LA ACTUAL IMPLANTACIÓN DEL CRIBADO POBLACIONAL.

MORALES-PRADO, A¹; RIVAS-RIVAS, M¹; DE LA VEGA-OLÍAS, C²; LÓPEZ-FERNÁNDEZ, R³; BENÍTEZ, R³; VEGA RUIZ, V²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ²UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ³UGC CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL.

Introducción

El objetivo de este estudio ha sido conocer el número de casos nuevos por año diagnosticados de cáncer colorrectal desde el periodo de inicio de la consulta de cáncer de colon que asiste al área sanitaria que abarca el Hospital Universitario de Puerto Real (Puerto de Santa María, Rota, Puerto Real, Chiclana, Conil, Vejer, Barbate, Medina Sidonia, Benalup, Alcalá de los Gazules y Paterna de Rivera), periodo 2013-2016.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, de los casos de cáncer colorrectal diagnosticados en el Hospital Universitario de Puerto Real en el periodo tiempo de enero de 2013 a diciembre de 2016. Todos los casos tenían un diagnóstico histológico y todos los casos habían sido registrados en el proceso asistencial integrado de cáncer de colon y recto.

Hemos evaluado el número de sucesos y lo hemos dividido por la población en riesgo de experimentar tal evento durante el periodo estudiado, censo poblacional de nuestra área sanitaria que abarca aproximadamente 329.0000 habitantes.

Resultados

En el año 2013, 2014, 2015 y 2016 se diagnosticaron de cáncer de colon un total de 312 pacientes (65+79+63+105), y de cáncer de recto un total de 198 pacientes (37+34+64+63) lo que supone

una incidencia para el cáncer de colon de 19,7/105, 24,1/105, 19,4/105 y 31,9/105 habitantes respectivamente y una incidencia para el cáncer de recto de 11,24/105, 10,32/105, 19,45/105, 19,14/105 respectivamente. Obtenemos también una proyección de los casos detectados este año 2017 con un total de 222 casos de CCR un incremento del 24% con respecto al año anterior. Existe un importante incremento en el número de casos nuevos diagnosticados de cáncer colorrectal en los últimos cuatro años coincidiendo con la creación de una consulta de cáncer de colon multidisciplinar.

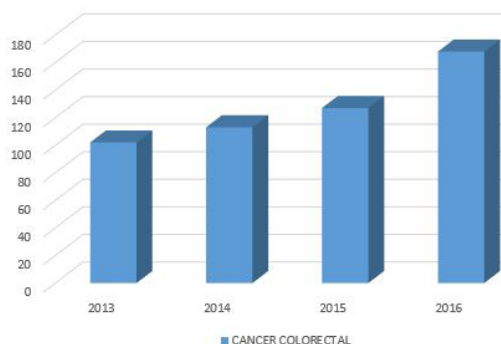


Figura 1 Aumento de la incidencia de cáncer colorrectal 2013-2016.

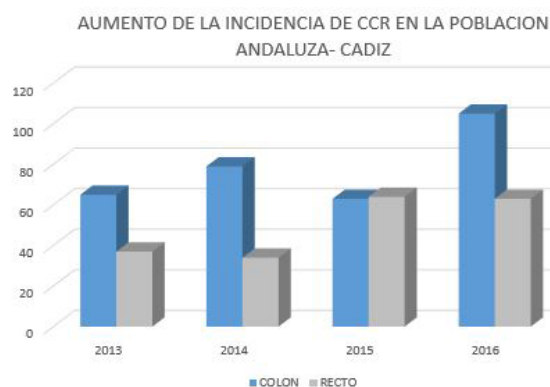


Figura 2 Aumento del número de casos nuevos de cáncer de colon y recto.

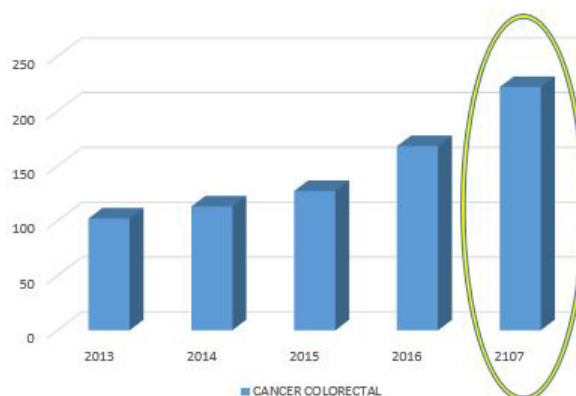


Figura 3 Proyección casos nuevos en 2017, aumento de la incidencia.

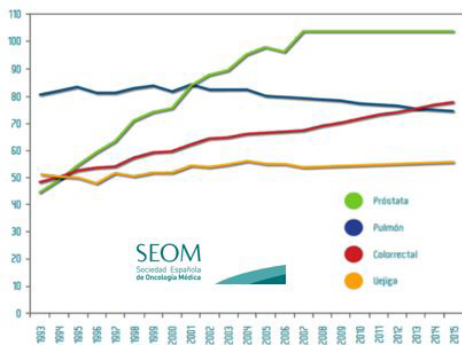


Figura 4
Sociedad Española de Oncología Médica: incidencia española 2015 CCR.

Conclusiones

El cáncer colorectal es una enfermedad de gran magnitud, las tasas de incidencia se han incrementado en los últimos años, de tal manera que en España si tenemos en cuenta ambos sexos es el tumor maligno más frecuente con una incidencia de 80 casos por 100.000 habitantes y cifras entre 28.500 y 33.800 nuevos casos cada año. La elevada prevalencia y mortalidad por cáncer de colon y recto contrasta con el hecho de ser uno de los tumores que más se pueden beneficiar de medidas preventivas.

Por todo ello en los centros hospitalarios se están estableciendo medidas dirigidas al abordaje de esta patología, consulta de cáncer de colon, de alto riesgo y cribado poblacional. Es imprescindible implementar el cribado poblacional así como las consultas específicas para atender a la población de alto riesgo CCR.

CO-30. DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA MEDIANTE ELASTASA FECAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

DJÉGUEZ-CASTILLO, C¹; JIMÉNEZ-LUNA, C²; SÁNCHEZ-LARA, J²; ÍÑIGO-CHAVES, A¹; MAROTO-DELGADO, A¹; MARTÍN-RUIZ, JL¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²DEPARTAMENTO INVESTIGACIÓN. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

La elastasa fecal es un método indirecto sencillo para el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina (IPE). El objetivo es identificar aquellos pacientes que presentan IPE para administrarle el tratamiento enzimático sustitutivo (TES) pertinente con vistas a prevenir la malnutrición secundaria a malabsorción de macro y micronutrientes así como el riesgo incrementado de eventos cardiovasculares (ECV).

Material y métodos

En una muestra de 53 pacientes con pancreatitis crónica en seguimiento en consulta monográfica de patología pancreatobiliar, se recogió una muestra de heces para determinación de elastasa

fecal. El único requisito para que la muestra fuese válida era que tuviese una consistencia sólida, pudiendo determinarse aún si el paciente estaba en terapia con enzimas pancreáticas. Un valor menor de 200 mg/g es sugestivo de insuficiencia pancreática y cuando es menor de 100 mg/g se considera indicativo de insuficiencia exocrina severa.

Resultados

El 60,4% de los pacientes con pancreatitis crónica presentaron una elastasa fecal menos de 200 mg/g diagnosticándose de insuficiencia pancreática exocrina (IPE). El 39,6% restante no presentaba IPE. De los pacientes con IPE el 87,5% tenía una insuficiencia pancreática exocrina severa (elastasa fecal <100 mg/g). Del total de pacientes con IPE, el 37,5% se encontraban sin tratamiento e iniciaron tratamiento enzimático sustitutivo (TES) a razón de 25.000-50.000 U por comida.

Conclusiones

El diagnóstico de IPE es fundamental para poner el TES adecuado y evitar riesgo de malnutrición y desarrollo de eventos cardiovasculares. La elastasa fecal es un método diagnóstico rápido y sencillo para este propósito. Ante nuestra experiencia se plantea extender su determinación de forma rutinaria a otros grupos de pacientes con patologías de riesgo para desarrollar IPE como puede ser la fibrosis quística.

CO-31. TRATAMIENTO ERRADICADOR DE HELICOBACTER PYLORI EN PRIMERA LÍNEA CON PYLERA®. ANÁLISIS DEL CUMPLIMIENTO, EFECTOS ADVERSOS Y EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.

ROMERO-GARCÍA, T¹; KECO, A¹; LLORCA, R²; AVILÉS, M¹; PABÓN, M¹; LAMAS, E¹; GRANDE, L¹; CASTRO, M¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ²UNIDAD APARATO DIGESTIVO. CLÍNICA SANTA ISABEL, SEVILLA.

Introducción

El tratamiento con Pylera®, asociado a un IBP y durante 10 días, es según recientes documentos de consenso, una opción terapéutica de primera línea en la erradicación de *Helicobacter pylori*, al haber demostrado una efectividad satisfactoria (superior al 90%). Sin embargo, la efectividad de los tratamientos erradicadores, antes de su uso generalizado, siempre debe ser validada localmente.

Material y métodos

Estudio prospectivo, observacional, unicéntrico, no controlado. Periodo de estudio: 2016-2017. Se incluyeron 106 pacientes consecutivos con infección por *Helicobacter pylori*, edad media 54,91 años (18-81), 56,6% mujeres, 43,4% con dispepsia no investigada, 18,9% con dispepsia funcional, 20,7% con úlcera gastroduodenal y 17% con otros diagnósticos, En todos los pacientes se indica tratamiento erradicador de primera línea con IBP Pylera® durante 10 días a dosis de tres cápsulas en desayuno, almuerzo, merienda y cena, con un IBP (68% omeprazol 40 mg) en

desayuno y cena. Se valora en todos los pacientes el cumplimiento y efectos adversos, mediante contacto telefónico y así como su efectividad. Se considera que el tratamiento resultaba efectivo cuando el TAU era negativo, como mínimo a las cuatro semanas de su finalización. Todos los casos están incluidos en el registro europeo de *Helicobacter pylori* (HP-EuReg) y monitorizados a través de la plataforma AEG-REDCap.

Resultados

102 pacientes (95,7%) cumplieron el tratamiento (>90% de las dosis). 21 pacientes (19,8%) presentaron algún efecto adverso que resultó grave solo en un caso (colitis por *Clostridium difficile*). Los efectos adversos motivaron incumplimiento del tratamiento en cuatro casos. El tratamiento resultó efectivo en el 95,1% de los pacientes (97/102) (IC 95%, 90,9-99,3%) en análisis PP; y en el 92,5% de los pacientes (98/106) (IC 87,5-97,5%), en análisis por IT.

Conclusiones

El tratamiento con Pylera® durante 10 días tiene, según nuestra experiencia, una elevada efectividad y un elevado cumplimiento (>90%), además de una aceptable seguridad, siendo una opción terapéutica recomendable en el tratamiento erradicador de primera línea de *Helicobacter pylori*.

CO-32. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO SOBRE EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR.

VALVERDE-LÓPEZ, F; VADILLO-CALLES, F; ORTEGA-SUAZO, EJ; ESPINOSA-AGUILAR, MD; NOGUERAS-LÓPEZ, F; LÓPEZ-GARRIDO, MÁ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

El trasplante hepático (TH) es una opción terapéutica curativa para el carcinoma hepatocelular (CHC), con excelentes resultados en población bien seleccionada.

La quimioembolización transarterial (QETA) es una buena opción en espera del TH. Nuestro objetivo consiste en analizar la evolución de los pacientes sometidos a un TH por CHC y la eficacia de la QETA en pacientes en lista de espera.

Material y métodos

Hemos revisado retrospectivamente 398 trasplantes hepáticos realizados en nuestro hospital (2002-2017).

El CHC se indicó en 89 pacientes (22,36%), cumpliendo criterios de Milán en el momento de inclusión en lista de espera.

Las indicaciones más frecuentes de trasplante fueron la cirrosis por VHC en 47 (52,8%) y la cirrosis etílica en 25 (28,1%).

N	89
Hombres	69 (77.5%)
Edad media (años)	57.91
Lesión única (n,%)	57 (64)
Multicéntrico (n,%)	32 (36)
Tamaño (media, mm)	38.29 mm
QETA (n,%)	66 (74.2)
- Downstaging	6 (6.7)
- Necrosis completa tumoral	26 (39.4)
Explante	1.95
- Número de nódulos (media)	32.65
- Tamaño medio (mm)	24 (36.36)
- Necrosis completa tumoral(n,%)	6 (6.7)
- Invasión vascular (n,%)	
Histología (n,%)	25 (32.5)
- Bien diferenciado	19 (24.7)
- Moderadamente diferenciado	3 (3.9)
- Pobremente diferenciado	1 (1.12)
- Colangiocarcinoma	1 (1.12)
- Hepatocarcinoma pseudoglandular	9 (11.3)
- Ausencia de tumor viable	

Tabla 1

Características de los pacientes.

Resultados

N=89, hombres 77,5%, edad media 57,91 años. El tumor era único en 57 pacientes (64%) y multicéntrico en 32 (36%). El tamaño medio ha sido de 38,29 mm, con un número medio de 1,52 nódulos.

Se realizó QETA en 66 pacientes (74,2%) con una media de 2 sesiones y radiofrecuencia (RF) en 4. Se aplicó "downstaging" en 6 pacientes (6,7%). 26 (39,4%) presentaron necrosis completa tumoral.

En el explante, hemos observado un número medio de 1,95 nódulos, un tamaño medio de 32,65 mm, necrosis completa tumoral en 24 pacientes (36,36%), invasión vascular en 6 (6,7%). En 9 casos no se identificó tumor viable (11,3%). 10 pacientes no cumplían criterios de Milán en el explante, de los cuales 6 fallecieron.

La histología fue CHC bien diferenciado en 25 (32,5%), moderadamente diferenciado en 19 (24,7%), pobremente diferenciado en 3 (3,9%), un colangiocarcinoma y un hepatocarcinoma pseudoglandular.

10 pacientes han presentado recidiva tumoral (11,2%) con un tiempo medio postrasplante de 22,6 meses (2-52). Han fallecido 40 pacientes (44,9%), de los cuales 10 ha sido por recidiva tumoral.

Conclusiones

Hemos observado necrosis tumoral post-QETA en la tercera parte de los pacientes y una tasa de recidiva del CHC postrasplante del 11,2%, similar a otros estudios. La mortalidad se ha asociado fundamentalmente al no cumplimiento de los criterios de Milán en el explante.