

## Discusión

Nuestro caso descrito presenta dos formas atípicas de presentación de EC. Los pacientes que no padecen clínica de malabsorción pueden sufrir un retraso en el diagnóstico. Ocasionalmente se ha asociado con EC la ulceración superficial del tracto intestinal, pero sólo en unos pocos casos se ha descrito asociada a ED. La ED típicamente se localiza en el intestino delgado proximal y generalmente se describen en fases avanzadas de la EC, no obstante estas lesiones actualmente se están describiendo en fases más tempranas de EC. Por otro lado la inmensa mayoría de los paciente con EC expresan el heterodímero DQ2-DQ8 positivo (90-95%), aproximadamente el 6% europeos presentan DQ2-DQ8 negativos y solo cuatro DQ7 positivo. En nuestro caso presentó positividad para heterodímero DQ7-DQ6.

### COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA: ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

#### CP-024. AMILOIDOSIS SECUNDARIA COMO MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal EN PACIENTES CON EII.

MORENO-MÁRQUEZ, C; MALDONADO-PÉREZ, B; GUERRA-VELOZ, F; CASTRO-LARIA, L; CAUNEDO-ÁLVAREZ, A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

## Introducción

La amiloidosis secundaria es una de las manifestaciones extraintestinales descritas en la enfermedad inflamatoria intestinal que consiste en el depósito de proteína fibrilar AA en los espacios extracelulares de órganos y tejidos produciendo alteraciones estructurales y funcionales en los mismos. Aunque su relación con la EII es conocida, su incidencia es muy baja.

Presentamos tres pacientes con EC, diagnosticados de amiloidosis secundaria en nuestro hospital, en el último año.

## Caso clínico

Dos hombres y una mujer de entre 51 y 58 años, con enfermedad de Crohn de largo tiempo de evolución y múltiples manifestaciones extraintestinales, destacando las articulares (espondilitis anquilosante y espondiloartritis periférica) y las cutáneas (pioderma gangrenoso, eritema nodoso e hidrosadenitis), con mal control de la enfermedad a pesar de tratamiento con inmunosupresores y más de un anti-TNF.

En analíticas rutinarias se objetivó alteración de la función renal y edemas en miembros inferiores. En el estudio inicial se detectó proteinuria en rango nefrótico (>3,3 mg/dl/día) y tras comprobar empeoramiento de la función renal, se decidió realizar biopsia renal

en los varones y biopsia rectal en la mujer, confirmándose depósito de amiloide que con la técnica Rojo Congo mostró birrefringencia color verde manzana, diagnóstico compatible con amiloidosis.

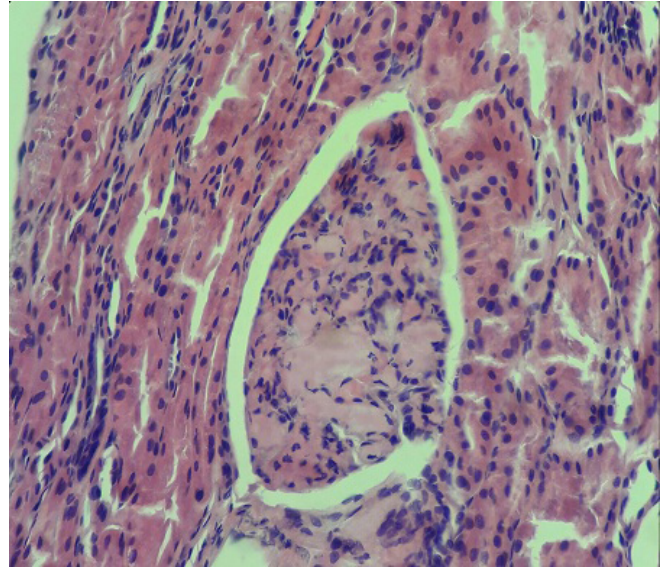


Figura 1

Con HE (40x) se observa un material amorfo eosinofílico (amiloido) en el seno del glomérulo.

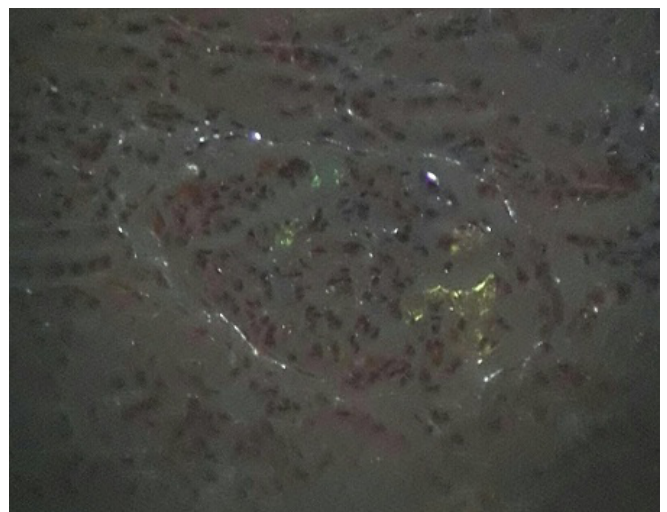


Figura 2

Técnica de Rojo Congo. Se observa con microscopio polarizado, apreciándose depósito de material birrefringente color verde manzana.

## Discusión

Dentro de las manifestaciones extraintestinales de la EII, la amiloidosis secundaria es poco común y aunque los datos publicados al respecto son escasos, se considera su incidencia entre el 0,9-6%. Según la bibliografía es hasta tres veces más frecuente en varones que en mujeres y afecta con mayor frecuencia a la localización ileocólica (1,3-1,6%).

El precursor de la proteína fibrilar AA es un reactante de fase aguda que se eleva de forma considerable en los procesos inflamatorios o infecciosos crónicos, lo cual justifica una mayor incidencia en la EC frente a la colitis ulcerosa, por el curso más agudo de la primera, así como en aquellos pacientes con una enfermedad más agresiva y de difícil manejo.

La biopsia rectal es el *gold standard* para el diagnóstico, aunque la sensibilidad es mayor en biopsias de hígado o riñón (85% vs. 90%). Con la técnica de Rojo Congo es característico de amiloidosis la birrefringencia color verde manzana.

La tasa de mortalidad de la EII relacionada con amiloidosis secundaria ha descendido, aunque continúa siendo mayor en comparación con la EII sin amiloidosis. El objetivo principal del tratamiento debe ser mantener la enfermedad intestinal inactiva, recomendándose el uso de anti-TNF, inmunosupresores y colchicina.

## CP-025. BÚSQUEDA DE NUEVAS DIANAS TERAPÉUTICAS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. PRIMEROS RESULTADOS CON VEDOLIZUMAB.

MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, E; NÚÑEZ-ORTIZ, A; CARBALLO-RUBIO, V; LUCENA-VALERA, A; TRIGO-SALADO, C; DE LA CRUZ-RAMÍREZ, MD; HERRERA-JUSTINIANO, JM; LEO-CARNERERO, E

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

### Introducción

Vedolizumab es una nueva terapia biológica anti-integrinas, una diana terapéutica diferente al TNF-alfa. Nuestro objetivo fue conocer la respuesta a vedolizumab (VZM) en práctica clínica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en los primeros pacientes tratados.

### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo en el que incluimos 20 pacientes con EII tratados con VZM en nuestro centro. De estos excluimos tres pacientes por llevar menos de tres meses de seguimiento posterior.

Analizamos datos epidemiológicos y fenotípicos de la EII, tratamientos previos y PCR previa al inicio del tratamiento.

Definimos respuesta al tratamiento como el mantenimiento del mismo basado en criterios clínicos por el médico responsable. Analizamos igualmente la respuesta libre de esteroides.

### Resultados

De los 17 pacientes incluidos 14 son enfermedad de Crohn (EC) y 3 colitis ulcerosa (CU), con una edad media al diagnóstico de 27,1 años (14-48). Entre los pacientes con CU 2 son colitis izquierda y uno colitis extensa. En el fenotipo de la EC predomina la afectación ileocolónica (85%) con distribución homogénea entre los diferentes patrones de comportamiento.

Todos los pacientes son refractarios a inmunosupresores y a terapia anti-TNF, en 13 casos a tres fármacos y en cuatro a dos.

Durante el tratamiento con VZM en 10 pacientes se mantiene el inmunosupresor y en 7 (los 3 con CU) los salicilatos. Tras una mediana de seguimiento de 10 meses (3-20), en 12 casos (70,6%) se mantiene el tratamiento con VZM mientras que 3 pacientes son intervenidos (1 CU, 2 EC) y en 2 se modifica a otro biológico. En 3/12 casos la respuesta es parcial y se está planteando cambio de tratamiento. La probabilidad de mantener tratamiento libre de esteroides a los 6 meses es de 76,5%.

La respuesta tiende a ser superior en EC de patrón inflamatorio (100% vs. 55%, p 0,2), sin influencia de la asociación inmunomodulador durante el tratamiento con VZM.

### Conclusiones

Con las limitaciones del número de pacientes y el tiempo de seguimiento, tras fallo a varios fármacos anti-TNF- $\alpha$  el cambio de diana terapéutica parece la mejor opción, al menos para conseguir la inducción de la respuesta/remisión. El seguimiento de estos pacientes nos aportará más información sobre la eficacia a largo plazo de VZM en práctica clínica.

## CP-026. CERTOLIZUMAB TRAS FRACASO DE INFILIXIMAB Y ADALIMUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN.

CARBALLO-RUBIO, V; LUCENA-VALERA, A; NÚÑEZ-ORTIZ, A; DE LA CRUZ-RAMÍREZ, MD; TRIGO-SALADO, C; HERRERA-JUSTINIANO, JM; ROMERO-GÓMEZ, M; LEO-CARNERERO, E

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

### Introducción

Evaluar la eficacia de certolizumab (CZM) en enfermedad de Crohn (EC) en pacientes previamente tratados con infliximab (IFX) y adalimumab (ADA) con fallo primario/secundario o retirada por efectos secundarios de los mismos.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo en el que incluimos 41 pacientes con EC tratados en nuestro centro con CZM entre enero de 2013 y mayo de 2017, en los que el tratamiento previo con IFX y ADA no ha sido eficaz o ha sido retirado por efectos secundarios.

Analizamos características demográficas y fenotípicas de la EC, tratamientos previos, PCR y calprotectina al inicio de CZM y respuesta al mismo, así como la necesidad de esteroides en el seguimiento.

Definimos fracaso del tratamiento su suspensión cuando a criterio médico no se ha obtenido respuesta, para tratar con otro fármaco o cirugía.

## Resultados

El 63% de los pacientes (26/41) presentan afectación ileocolónica, predominio del patrón estenosante (46%) frente al inflamatorio (25%) y penetrante (29%). Patología perianal en 21 pacientes (51%).

Todos han sido refractarios a inmunomoduladores y tratados con IFX y ADA previamente. De los 41 casos uno ha presentado efectos secundarios con ambos anti-TNF, en 29 han fracasado los dos y en 11 ha fracasado uno y se ha retirado el segundo por efectos adversos (fallo 1 anti-TNF).

Tras seguimiento medio de 18,8 meses (rango 3-52) 19/41 pacientes (46%) mantienen el tratamiento con CZM, aunque en dos de ellos se está planteando cambiar a otra opción terapéutica actualmente. No encontramos diferencias en función del hábito tabáquico ni de las características fenotípicas de la EC, tampoco entre los pacientes que han fallado a un solo anti-TNF respecto a los que han fracasado ambos. PCR y la calprotectina fecal basales no predicen respuesta. El tiempo de seguimiento es superior entre los pacientes que suspenden CZM (25,9 vs. 10,8 meses,  $p$  0,002). La probabilidad de mantener el tratamiento con CZM a 6 y 12 meses es 67 y 37% respectivamente; la probabilidad de respuesta libre de esteroides del 49 y 37%. El uso de esteroides en el primer año de tratamiento predice el fracaso del mismo.

## Conclusiones

Menos del 40% de los pacientes con EC refractarios a IFX y ADA mantienen la respuesta a CZM tras un año de seguimiento, siendo el uso de esteroides factor predictivo de mala evolución. La existencia de alternativas frente a otras dianas terapéuticas minimiza el impacto que pudiera tener CZM en el algoritmo de tratamiento de la EC.

### CP-027. DOLOR TORÁCICO SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON MESALAZINA.

DÍAZ-ALCÁZAR, MM; CERVILLA-SÁEZ DE TEJADA, MM; ROA COLOMO, A; DIÉGUEZ CASTILLO, C; RUIZ RODRÍGUEZ, AJ; SALMERÓN ESCOBAR, J

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

#### Introducción

La miocarditis es la inflamación del miocardio. El patrón de oro para el diagnóstico es la biopsia del miocardio, aunque raramente se realiza dado que se trata de una prueba muy invasiva. Habitualmente el diagnóstico se basa en la clínica, exploración física, analítica, electrocardiograma y pruebas de imagen.

La clínica de la miocarditis es muy variable: desde dolor torácico a insuficiencia cardíaca. Habitualmente se resuelve sin secuelas en la función cardíaca. La etiología suele ser desconocida, aunque puede derivarse de una infección, una enfermedad sistémica o tóxicos.

## Caso clínico

Paciente varón de 51 años con antecedentes personales de colitis ulcerosa en tratamiento con mesalazina oral y enemas que acude al Servicio de Urgencias por dolor centrotorácico tipo opresivo, no irradiado, sin cortejo vegetativo, de pocas horas de evolución. Refiere en los días previos clínica anginosa: molestia precordial y disnea. Se realiza electrocardiograma que muestra descenso mínimo de la onda T en las derivaciones II y III y elevación mínima en aVL. Se extrae analítica, objetivando elevación de troponina 2.609 pg/ml. Se decide ingreso en UCI con juicio clínico de SCAEST inferolateral. Se realiza coronariografía evidenciando arterias coronarias sin estenosis apreciables. Angio-RM objetiva ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico con hipocontractilidad global ligera, disfunción de ventrículo izquierdo moderada y signos de hiperintensidad en T2 sugestivos de miocarditis. Se completa el estudio con microbiología y serologías, que son negativas, y ecocardiografía.

Dado que el estudio es negativo para los desencadenantes habituales de miocarditis, se atribuye la misma al tratamiento con mesalazina, que se suspende, presentando el paciente buena evolución clínica y analítica.

## Discusión

La mesalazina es un fármaco muy utilizado en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. La mesalazina, como cualquier fármaco, tiene efectos secundarios, aunque la miocarditis es poco frecuente. El mecanismo por el que la mesalazina produce miocarditis parece ser una reacción de hipersensibilidad.

Antes de atribuir la miocarditis a la mesalazina se deben descartar otras causas más comunes de miocarditis como infecciones, enfermedades sistémicas, etc.

Se aconseja retirar la mesalazina y modificar el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, ya que la reintroducción de la mesalazina podría desembocar en la recidiva de la miocarditis.

### CP-028. EFICACIA 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; MÁRQUEZ-GALÁN, JL; ROMERO-GÓMEZ, M; LEO-CARNERERO, E

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

#### Introducción

Conocer la eficacia del metotrexate (MTX) en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) como alternativa o tras el fracaso de azatioprina (AZA).

## Material y métodos

Estudio retrospectivo de 151 pacientes con EC tratados con MTX en nuestro centro. Excluimos 11 pacientes, 8 de ellos por empezar el tratamiento de forma concomitante al biológico usando éste como puente y 3 en los que se añade MTX al biológico para intentar recuperar respuesta. Excluimos un paciente por seguimiento inferior a tres meses, siendo incluidos finalmente 139 pacientes.

Analizamos edad, sexo, tabaquismo, fenotipo de la enfermedad, manifestaciones extraintestinales y tratamientos previos y su relación con la eficacia al tratamiento con MTX, con especial interés a la respuesta en función de que el paciente previamente no respondiera a AZA o fuera naïve (incluyendo aquí aquellos que suspenden AZA por efectos secundarios precoces).

Resultados: Las características de la población a estudio (n=139) quedan reflejadas en la **tabla 1**.

Características de la población	N=139
Sexo H/M, n (%)	71 (51) / 68 (49)
Edad al diagnóstico de EC (años, media ± DE)	29,4 ± 12,3
Afectación, n (%)	
Ileal o ileocecal (L1)	72 (52)
Colónica (L2)	18 (13)
Ileocolónica (L3)	49 (35)
Patrón de la enfermedad, n (%)	
Inflamatorio (B1)	65 (47)
Estenosante (B2)	40 (29)
Penetrante (B3)	34 (24)
Afectación tracto digestivo superior (L4), n (%)	19 (13,7)
Enfermedad perianal, n (%)	56 (40)
Manifestaciones extraintestinales, n (%)	53 (38)
Artritis periférica	26 (18)
Espondilitis/sacroileitis	17 (12)
Eritema nodoso	9 (6,5)
Pioderma gangrenoso	3 (2)
Epiquescleritis	1 (0,7)
Uveítis	3 (2)
Otras	5 (3,6)
Hábito tabáquico activo, n (%)	49 (35,3)
Cirugía resectiva previa a MTX, n (%)	46 (33,1)
Azatioprina previa a MTX, n (%)	129 (92,8)
Biológico previo a MTX, n (%)	38 (27,3)
Indicación de MTX, n (%)	
Corticoddependencia	124 (89,2)
Corticorrefractariedad (con BLG puente)	1 (0,7)
Manifestaciones extraintestinales	14 (10,1)
Vía de administración, n (%)	
Subcutánea	121 (87,1)
Oral	9 (6,5)
Mixta	9 (6,5)

**Tabla 1**

Características de la población a estudio.

En el análisis de eficacia “*por intención de tratar*”, MTX fue eficaz en 48/139 pacientes (34,5%). Sin embargo, en 35 pacientes (25%) fue suspendido por efectos secundarios y en un paciente por negativa tras un mes de tratamiento. Por tanto en el análisis “*por protocolo*” los excluimos, incluyendo los 103 restantes.

MTX fue eficaz en 47/103 pacientes (45,6%) tras un seguimiento de 66,29 meses (rango 3-192), con una duración media del tratamiento de 31,69 meses (4-108) y dosis acumulada 1.986 mg (160-7.180). Entre los pacientes que fracasa las principales opciones terapéuticas fueron biológicos (68,2%) o cirugía (25%) mientras cuando es eficaz los principales motivos de suspensión son la buena evolución clínica y/o endoscópica en 12 pacientes y la dosis acumulada en 8.

Entre los factores que influyen sobre la respuesta a MTX (**Tabla 2**) en el análisis multivariante el patrón de comportamiento inflamatorio y el ser naïve a inmunosupresores y biológicos predicen buena respuesta de forma significativa. El análisis multivariante muestra que solo el ser naïve a tratamiento con AZA confiere una mayor probabilidad de eficacia de MTX (p 0,027). La probabilidad de suspender MTX por fracaso del tratamiento es el 18%, 33% y 40% a los 12, 24 y 36 meses respectivamente.

	Eficacia MTX	p
Sexo	Hombre 28/59 (47,5%) Mujer 19/44 (43,2%)	0,666
Fumador	Si 20/39 (51,3%) No 17/38 (44,7%) Exfumador 10/26 (38,5%)	0,591
Extensión de la enfermedad	L1 22/47 (46,8%) L2 8/14 (57,1%) L3 17/42 (40,5%)	0,542
Afectación L4	Si 2/12 (16,7%) No 45/91 (49,5%)	0,061
Manifestaciones extraintestinales	Si 16/25 (39%) No 31/62 (50%)	0,274
Patrón	B1 25/44 (56,8%) B2B3 22/59 (37,2%)	0,049
Enfermedad perianal	Si 21/47 (44,7%) No 26/56 (46,4%)	0,859
BLG antes del MTX	Si 8/28 (28,6%) No 39/75 (52%)	0,034
Cirugía previa a MTX	Si 12/35 (34,3%) No 35/68 (51,5%)	0,097
Motivo suspensión AZA (Fracaso vs naïve+efectos secundarios)	Fracaso AZA 9/33 (27,3%) Naïve AZA 38/70 (54,3%)	0,010
PCR basal (mg/l)	MTX eficaz 14,67 MTX fallo 25,59	0,06

**Tabla 2**

Análisis de la respuesta al tratamiento con metotrexate.

## Conclusiones

MTX es una alternativa a AZA en el tratamiento de la EC, siendo su eficacia superior en los pacientes naïve a AZA donde consigue una respuesta superior al 50%. Al igual que con el resto de alternativas terapéuticas ésta se va perdiendo con el tiempo de tratamiento.

## CP-029. ENFERMEDAD METASTÁSICA DE CROHN DE DIFÍCIL CONTROL.

FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E; CABELLO-TAPIA, MJ; ABELLÁN-ALFOCEA, P; DE TERESA-GALVÁN, J

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

## Introducción

La enfermedad de Crohn metastásica es una manifestación infrecuente de la enfermedad definida por lesiones granulomatosas que infiltran la piel pero que no son adyacentes a ningún segmento intestinal afecto. El mecanismo fisiopatológico es desconocido. Clínicamente es una dermatosis que se manifiesta más frecuentemente como placas eritematosas, nódulos o ulceraciones cutáneas. Estas lesiones no son específicas por lo que el diagnóstico diferencial es amplio. El diagnóstico se realiza por biopsia cutánea. Desde un punto de vista anatomopatológico remeda a la afectación de la sarcoidosis.

## Caso clínico

Paciente de 40 años, varón diagnosticado de Crohn ileocólico fistulizante en 1996 en tratamiento con infliximab desde 2009 y en remisión completa. En febrero de 2016 refiere que lleva cuatro meses con una lesión en muslo izquierdo que inicialmente era sugerente de un folículo infectado pero que va creciendo conformando dos placas ulceradas de entorno 2 cm con eritema intercalado. El paciente relaciona la aparición de las lesiones con el alargamiento progresivo del intervalo entre cada infusión de infliximab que se estaba realizando. Tras examinarlo se deriva de forma preferente a consulta de Dermatología donde se realiza biopsia de la citada lesión. La biopsia es informada como afectación cutánea por proceso granulomatoso no caseificante en relación con EII. Se realiza tratamiento sistémico con metronidazol seguido de metotrexate y tópico con clobetasol sin buena respuesta. En octubre de 2016 se realiza cambio a adalimumab y se asocian corticoides sistémicos, además se descubre sobreinfección de las lesiones cutáneas por *Proteus mirabilis* y *S. aureus* que es tratada con mupirocina. En revisión de marzo de 2017 se observa marcada mejoría de las lesiones.



**Figura 1**  
Lesiones en julio de 2016.



**Figura 2**  
Lesiones en marzo de 2017.

## Discusión

Presentamos un caso de Crohn cutáneo metastásico en un paciente con enfermedad de Crohn controlada. El Crohn metastásico es una complicación rara de la enfermedad de Crohn. Su incidencia y prevalencia son desconocidas pero probablemente esté infradiagnosticada. La evidencia disponible es escasa y de baja calidad por lo que hay que individualizar el tratamiento para cada paciente. Los corticoides sistémicos, intralesionales o tópicos parecen ser efectivos, el metronidazol oral ha demostrado también eficacia en pautas prolongadas aunque sus efectos adversos limitan su utilidad. Los inmunosupresores, metotrexato, ciclosporina o azatioprina han demostrado ser eficaces así como la talidomida. Por último, existen casos favorables de uso de anti-TNF $\alpha$ . En esta ocasión los corticoides tópicos y el metotrexato no fueron efectivos y fué preciso cambiar de anti-TNF $\alpha$  y asociar corticoides sistémicos en pauta larga para lograr un adecuado control.

### CP-030. FACTORES RELACIONADOS CON LA RECURRENCIA POSTOPERATORIA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. ANÁLISIS PRELIMINAR.

HINOJOSA-ARCO, LC<sup>1</sup>; GARCÍA-GARCÍA, A<sup>2</sup>; ALCAÍN-MARTÍNEZ, G<sup>2</sup>; CAMARGO-CAMERO, R<sup>2</sup>; CARRANQUE-CHAVES, G<sup>1</sup>; DAZA-GONZÁLEZ, JJ<sup>1</sup>; PINAZO-BANDERA, J<sup>2</sup>; DE LUNA-DÍAZ, R<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGCCIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

<sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

## Introducción

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio que afecta con mayor frecuencia a la región ileocecal. Aunque existen distintas alternativas terapéuticas es necesario realizar una intervención quirúrgica en una gran cantidad de casos. Uno de los principales problemas que plantea es la recurrencia postoperatoria, que aparece entre el 34% y el 86% de los casos a los tres años. Ante ello, nos marcamos el objetivo de analizar los factores relacionados con la recurrencia de la enfermedad de Crohn en nuestro medio hospitalario para poder prevenir o disminuir la incidencia de la misma.

## Material y métodos

Se presenta un estudio retrospectivo con un tamaño de muestra de 76 pacientes que han sido intervenidos de enfermedad de Crohn ileocecal entre los años 2000 y 2010, realizando un seguimiento de la evolución hasta 2016.

## Resultados

Se objetivó recurrencia en el 55% de los casos, correspondiendo en un 17% a recurrencia quirúrgica. La media de aparición tras la intervención fue de 36 meses, con un mínimo de 3 y un máximo de 120. Respecto a los factores relacionados con la aparición de

recurrencia, atendiendo a la clasificación de Montreal, destaca una recurrencia del 83% en los pacientes A1, respecto a un 56 y un 45% en los A2 y A3, respectivamente. En cuanto a la localización de la enfermedad, los pacientes clasificados como L1 presentaron una recurrencia del 52%, frente a un 67% de los L3. En cuanto al comportamiento de la enfermedad, los pacientes B1 presentaron un 20% de recurrencia, frente a un 58% de los B2 y un 71% de los B3. De igual manera, los pacientes con enfermedad perianal presentan mayor índice de recurrencia que los que no la presentan. Respecto al tratamiento postoperatorio, destacar que los pacientes a los cuales se les aplica inmunosupresores desde el postoperatorio inmediato presentan una recurrencia del 20%, respecto a los que no se les administraron, que presentaron una recurrencia del 65%, diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al hábito tabáquico, destaca una mayor recurrencia general y quirúrgica en pacientes fumadores, presentando este último dato significación estadística.

### Conclusiones

A pesar del amplio arsenal terapéutico existente la enfermedad de Crohn presenta unos índices de recurrencia elevados. Consideramos que es fundamental conocer los factores relacionados con ella para comprender mejor su evolución y disminuir la recurrencia o la severidad de la misma en la medida de la posible.

### CP-031. GOLIMUMAB EN COLITIS ULCEROSA. ¿ES UNA ALTERNATIVA REAL A LOS OTROS ANTI-TNF?

LUCENA-VALERA, A; NÚÑEZ-ORTIZ, A; CARBALLO-RUBIO, V; MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, E; TRIGO-SALADO, C; MÁRQUEZ-GALÁN, JL; HERRERA-JUSTINIANO, JM; LEO-CARNERERO, E

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

### Introducción

Conocer la respuesta a golimumab en colitis ulcerosa (CU) y las características de los pacientes que responden al tratamiento, especialmente en función del fallo previo a otros fármacos anti-TNF.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo que incluye 12 pacientes con CU corticodependientes tratados con golimumab entre octubre de 2014 y marzo de 2017.

Recogemos datos epidemiológicos (edad, sexo, tabaquismo), extensión de la CU, parámetros inflamatorios (PCR y calprotectina) y en algunos casos colonoscopia, además de tratamientos previos. Definimos la respuesta a golimumab como la mejoría clínica a criterio del médico responsable en la práctica diaria.

### Resultados

Distribución homogénea por sexos, la mediana de edad al diagnóstico de la CU fue de 30 años (rango 13-65). En el momento del inicio de golimumab el 50% eran exfumadores, ningún paciente fumador activo. En cuanto a la extensión 3 presentan colitis

izquierda y 9 extensa.

Todos los pacientes habían sido tratados previamente con IS, inicialmente Azatioprina y en cuatro de ellos posteriormente metotrexato, sin éxito en todos los casos. Por dicho motivo se decide tratamiento anti-TNF, en 6/12 pacientes directamente con golimumab y en los otros seis con otro anti-TNF: 5 infliximab y 1 adalimumab. De estos 6 últimos pacientes, antes de ser tratados con golimumab 5 realizaron switch a adalimumab o infliximab sin éxito.

Se inicia golimumab tras 94,8 meses de evolución de la CU, manteniendo de forma concomitante los salicilatos en todos los casos y el tratamiento IS en 11 de ellos. Se obtiene respuesta clínica a golimumab en 6 pacientes (5 libre de esteroides); se realiza colonoscopia en 5, demostrando en 4 curación mucosa. En 4/6 pacientes respondedores llega a suspenderse golimumab por buena evolución clínica.

En relación con los factores potenciales asociados a respuesta destacamos que en los pacientes naive a anti-TNF se obtiene respuesta en 4/6 (66%) mientras que en los que vienen de fallo previo responden 2/6 (33%) (RR 0,25 - IC 95% 0,02-2,75). La respuesta además parece ser superior entre los pacientes con PCR basal elevada, sin obtener significación estadística.

### Conclusiones

Aún con las limitaciones derivadas del número de pacientes, golimumab es una alternativa adecuada a los anti-TNF clásicos (infliximab y adalimumab) en colitis ulcerosa pero consideramos que cuando existe fallo previo a los mismos deberían utilizarse fármacos con otra diana terapéutica al disminuir su eficacia.

### CP-032. INMUNOSUPRESIÓN EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, NO SIEMPRE UN ALIADO.

JIMÉNEZ-ROSALES, R; ORTEGA-SUAZO, E; CABELLO-TAPIA, MJ; SÁNCHEZ-CAPILLA, AD; MARTÍN-RODRÍGUEZ, MM

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

### Introducción

El síndrome hemofagocítico (SHF) o linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH) puede ser primario o secundario. En ambos casos, es consecuencia de un déficit de citotoxicidad que condiciona una activación anormal de los Linfocitos T desembocando en hiperproducción de citoquinas y un estado de hiperinflamación con afectación multiorgánica que puede ser fatal. En adultos, suele ser secundario a neoplasias, infecciones graves (especialmente por virus de Epstein-Barr (VEB) y citomegalovirus (CMV)) y enfermedades autoinmunes. El inicio precoz de tratamiento es esencial para la supervivencia pero, el diagnóstico supone todo un desafío debido a la rareza del SHF, su presentación variable y el tiempo requerido para realizar las pruebas diagnósticas.

### Caso clínico

Mujer de 45 años con antecedentes de enfermedad de Crohn (EC) en tratamiento con azatioprina en remisión. Acude a urgencias por fiebre y shock refractario ingresando en UCI. Ante los resultados de las pruebas complementarias iniciales (Analítica: Leucocitos: 1.600; PCR: 120 mg/L; Hb: 7,8; plaquetas: 42.000; BT: 3,43; GGT: 150; GOT: 160; LDH: 620; Radiografía tórax: normal; Ecografía abdominal: esplenomegalia; Sedimento: negativo) se sospecha sepsis de origen incierto iniciando antibioterapia de amplio espectro y retirando azatioprina.

La evolución fue desfavorable con desarrollo de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y fallo multiorgánico progresivo: hemodinámico, hepático, renal y respiratorio sin claro origen (Hb: 5 g/dL; Leucocitos: 200/μL; Neutrófilos: 70/μL; Plaquetas: 17.000/μL; Urea: 260 mg/dL; Creatinina: 3,82 mg/dL; Albúmina: 2,4 g/dL; BT: 12,63 mg/dL; BD: 0,09 mg/dL; GOT: 220 U/L; GPT: 53 U/L; GGT: 384 U/L; FA: 139 u/L; Amilasa: 1.802 U/L; LDH: 1.083 U/L; Sodio: 129 mEq/L; Potasio: 2,20 mEq/L; Ferritina: 1.1109 mg/dL; Triglicéridos: 295 mg/dL; PCR: 277 mg/L; INR: 1,45; Fibrinógeno: 42 mg/dL).

Ante la negatividad de pruebas microbiológicas iniciales (septifast, urocultivo, hemocultivo, coprocultivo, PCR-gripe, PCR+Ag Leishmania) se hace menos probable el origen séptico, sospechando cuadro hematológico y programando biopsia médula ósea (BMO). En conjunto con Hematología, se decide iniciar tratamiento con dexametasona, inmunoglobulinas y etopósido por alta probabilidad de SHH adquirido. En los sucesivos días, se obtienen IgM y carga viral (661.000 copias/mL) CMV positivas (añadiendo ganciclovir) y resultado BMO (abundantes macrófagos con fenómenos de hemofagocitosis). La paciente presentó una evolución tórpida, y a pesar de una segunda línea de tratamiento, falleció en UCI.

### Discusión

En nuestra paciente, se confirmó SHF asociado a CMV en el contexto de EC en tratamiento con azatioprina (para el diagnóstico, se requiere el cumplimiento de al menos 5 de 8 criterios: fiebre, esplenomegalia, citopenia que afecte al menos a 2 líneas, hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia, hemofagocitosis en médula ósea, bazo o ganglios, hiperferritinemia, función alterada NK, sCD25 elevado). El SHF es cada vez más reconocido como una complicación rara pero grave de las infecciones víricas sistémicas en pacientes inmunodeprimidos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Se han notificado al menos 25 casos en pacientes con EII (16 con CMV y 8 con VEB) y la mayoría estaban en tratamiento inmunosupresor con azatioprina o anti-TNFα. La mortalidad reportada en algunas series de EII alcanza el 30% siendo esencial el diagnóstico precoz.

Por lo tanto, en cualquier paciente con EII (especialmente si está en tratamiento inmunomodulador, sobre todo con azatioprina) que presente fiebre mantenida e inexplicada asociada a hiperferritinemia y/o citopenias se debe sospechar SHF solicitando estudios virales y de médula ósea para establecer el diagnóstico.

### CP-033. OBSTRUCCIÓN POR ENDOMETRIOSIS INTESTINAL: UN RETO DIAGNÓSTICO.

CORREIA-VARELA-ALMEIDA, A<sup>1</sup>; VÁZQUEZ-MORÓN, JM<sup>1</sup>; CASTILLO-MARTÍNEZ, MJ<sup>2</sup>; CABELLO-FERNÁNDEZ, A<sup>1</sup>; GÓMEZ-DELGADO, E<sup>1</sup>; BEJARANO-GARCÍA, A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. <sup>2</sup>DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

### Introducción

La endometriosis es una patología ginecológica benigna, frecuente y crónica, que suele acontecer en mujeres en edad fértil, caracterizada por la presencia y proliferación de tejido endometrial fuera del útero. Ocurre en 5-15% de las mujeres premenopáusicas.

### Caso clínico

Mujer de 38 años con dolor abdominal de meses de evolución, diarrea sin productos patológicos, vómitos y pérdida de peso. Acude a Urgencias por empeoramiento clínico y ausencia de deposiciones en los días previos. Presenta abdomen distendido, timpanizado con dolor intenso en fosa iliaca derecha. No presenta leucocitosis y PCR normal. En TAC abdominal (**Figura 1**) presenta hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tipo Crohn (EC) con datos de actividad ileal y patrón estenosante que ocasiona un cuadro de obstrucción mecánica. Cirugía desestima actitud quirúrgica urgente, iniciándose corticoterapia e ingreso en Digestivo. Evolucionó favorablemente realizándose una colonoscopia que alcanza íleon terminal sin objetivar datos compatibles con EII, tomando biopsias que resultan poco concluyentes.



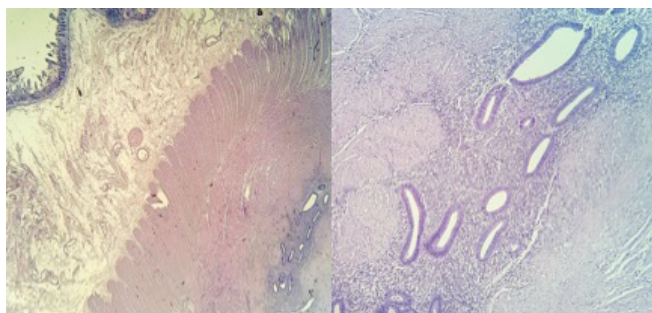
**Figura 1**

Engrosamiento mural concéntrico de íleon terminal e importante estenosis de su luz que condiciona dilatación retrograda de asas de íleon preterminal.

Tras inicio de menstruación, habitualmente dolorosas, empeora clínicamente con aparición de nuevo cuadro de oclusión intestinal y falta de respuesta a medidas conservadoras decidiéndose suspensión paulatina de corticoterapia y laparotomía exploradora. Se objetiva una tumoración en válvula ileocecal estenosante con lesiones parcheadas blanquecinas invaginantes (Figura 2), se realiza una resección ileocecal con ileostomía terminal y fístula mucosa en colon ascendente. La pieza de resección presenta focos de endometriosis, siendo el diagnóstico histológico de endometriosis intestinal (Figura 3). La paciente evoluciona favorablemente, decidiéndose alta y derivación a Ginecología previa programación de reconstrucción.



**Figura 2** Pieza de resección ileocecal, plegada sobre sí misma con asas del delgado muy dilatadas. En uno de los bordes hay un área de retracción de superficie blanquecina.



**Figura 3** Glándulas endometriales dispersas en la capa muscular del intestino.

## Discusión

La localización más frecuente de la endometriosis intestinal es a nivel de rectosigma (85-95%) siguiendo en orden descendente de frecuencia el colon derecho, el intestino delgado, el apéndice y el

ciego. Clínicamente se caracteriza por dolor abdominal y/o pélvico que aparece o se exagera con la menstruación, diarrea, vómitos y distensión abdominal. Es una causa infrecuente de obstrucción intestinal (7-23%), ocurriendo en íleon el mayor número de obstrucciones. La colonoscopia presenta una baja sensibilidad en estos casos debido a que la mucosa intestinal raramente está afectada. El diagnóstico diferencial incluye la EI, diverticulitis, colitis isquémica y procesos neoplásicos. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

El tratamiento de la endometriosis intestinal no complicada depende de la edad y deseo gestacional de la paciente; la resección intestinal está indicada cuando aparecen complicaciones.

Así en toda mujer en edad fértil con sintomatología gastrointestinal asociada a menstruación y/o cuadros de obstrucción intestinal en ausencia de antecedentes quirúrgicos o patológicos esta entidad no debe ser olvidada.

## CP-034. PACIENTE CON INFECCIÓN POR GIARDIA LAMBLIA CON PRUEBAS DE IMAGEN COMPATIBLES CON ENFERMEDAD DE CROHN.

DÍAZ-ALCÁZAR, MM; GARCÍA-ROBLES, A; DIÉGUEZ-CASTILLO, C; ROA-COLOMO, A; RUIZ-RODRÍGUEZ, AJ; SALMERÓN-ESCOBAR, J

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

### Introducción

La infección por *Giardia lamblia* es una de las parasitosis intestinales más frecuentes, aunque fundamentalmente ocurre en países subdesarrollados. La población de riesgo donde esta infección es más prevalente incluye niños que acuden a guarderías, viajeros de áreas endémicas, inmunodeprimidos, pacientes desnutridos y homosexuales.

La transmisión de la infección es fundamentalmente feco-oral directa, por contacto con personas o animales infectados por *Giardia*. La transmisión feco-oral indirecta, por el consumo de aguas o alimentos contaminados con quistes, suele ser el origen de brotes epidémicos.

### Caso clínico

Paciente varón de 57 años con múltiples antecedentes cardiovasculares que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal intenso generalizado. Analíticamente destaca elevación de PCR y leucocitosis. Se solicita TC abdominal para descartar patología isquémica, objetivando segmento largo de asa ileal preterminal con cambios inflamatorios con edema submucoso sugerente como primera opción diagnóstica enfermedad de Crohn. El paciente ingresa para control de la sintomatología y completar estudio. El paciente presenta buena evolución clínica y analítica con antibioterapia (ciprofloxacino y metronidazol) y corticoterapia, que se inicia tras mala empeoramiento clínico inicial.

Colonoscopia normal. Coprocultivo negativo. En estudio de parásitos, antígeno de *Giardia* positivo. Microbiología recomienda

repetir el estudio de parásitos, objetivando de nuevo positividad. Actualmente se encuentra en seguimiento en consulta de Aparato Digestivo.

### Discusión

El ciclo biológico de la Giardia incluye dos fases: trofozoito o forma vegetativa, cuyo hábitat es el intestino delgado y es responsable de la clínica; y el quiste, la forma de resistencia o infecciosa, responsable de la transmisión.

Los quistes del parásito liberan trofozoitos tras contactar con el ácido gástrico. Los trofozoitos colonizan el intestino delgado, frecuentemente yeyuno, menos frecuentemente duodeno, y más raramente íleon, vías biliares o vesícula biliar. La giardiasis produce alteración de la estructura y función de la mucosa intestinal.

La sintomatología producida es muy variable. Incluye dolor abdominal, heces fétidas, diarrea explosiva, meteorismo, náuseas y vómitos, flatulencia, etc.

El diagnóstico de la infección se realiza mediante examen en fresco de las heces o la detección de antígeno de Giardia en heces. Se debe hacer diagnóstico diferencial con otras infecciones como enfermedad de Whipple, ciclosporidiosis, criptosporidiosis, ... y con enfermedad de Crohn, linfoma, etc. El tratamiento de la infección es con metronidazol o tinidazol.

### CP-035. PARTO Y LACTANCIA EN EMBARAZADAS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF $\alpha$ .

ROA-COLOMO, A; DÍAZ-ALCÁZAR, MM; MARTÍNEZ-TIRADO, P

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

#### Introducción

Estudiar las complicaciones del parto y la lactancia en las pacientes en tratamiento con anti-TNF $\alpha$  de la unidad de EII del Hospital Universitario San Cecilio de Granada (HUSC), entre enero del 2013 y julio del 2017.

#### Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, a partir de las historias clínicas de las pacientes incluidas en la base de datos del HUSC.

#### Resultados

De las mujeres seguidas en la Unidad de EII del HUSC, diez se han quedado embarazadas estando en tratamiento con anti-TNF $\alpha$ . La edad media de embarazo fue 31 años. El 80% tenían enfermedad de Crohn, y el resto (20%) colitis ulcerosa. El 60% estaban en tratamiento con infliximab y el 40% con adalimumab. El tratamiento se suspendió en el tercer trimestre en todas las mujeres. Todas las pacientes fueron seguidas durante la gestación tanto por Obstetricia como en la Unidad de EII.

De las 10 mujeres, cuatro tuvieron un parto espontáneo; tres abortaron, siendo un aborto voluntario; dos precisaron cesárea, una por enfermedad perianal y otra por situación del feto en podálica; y la última aún no ha dado a luz.

De los 6 nacidos vivos, uno presentó bajo peso al nacer (CIR tipo 2) y otro una luxación congénita de cadera.

De las 6 mujeres con embarazo a término, solo la mitad optaron por la lactancia materna.

### Conclusiones

La EII afecta a mujeres en edad de procrear, por lo que se recomienda planificar la concepción para evitar que la enfermedad interfiera en el desarrollo normal del embarazo, el parto y la lactancia.

Las mujeres con EII deben ser seguidas como pacientes de alto riesgo obstétrico, fundamentalmente si la enfermedad está activa. La EII no influye en la vía de parto salvo en el caso de enfermedad perianal. La vía de parto en pacientes con enfermedad perianal debe ser la cesárea electiva. En las demás pacientes deberá decidirse en función de las necesidades obstétricas.

La lactancia materna no afecta el curso de la EII. A pesar de ello, el 56% de las mujeres, cifra similar a nuestra cohorte, no alimentan a sus hijos con leche materna por recomendaciones médicas, miedo a interacciones farmacológicas o elección personal. infliximab, y adalimumab con menor evidencia, son compatibles con la lactancia materna. Se debería informar adecuadamente a las embarazadas con EII para que tengan los conocimientos adecuados antes de decidir la alimentación del niño y no dejen de beneficiarse de la lactancia materna.

### CP-036. PIODERMA GANGRENOSO SOBRE HERIDA QUIRÚRGICA: IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y REPERCUSIÓN EN EL PRONÓSTICO.

TENORIO-GONZÁLEZ, E; AMO-TRILLO, VM; OLMEDO-MARTÍN, RV; JIMÉNEZ-PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

#### Introducción

El fenómeno de patergia es una característica patognomónica del pioderma gangrenoso. Consiste en la aparición de nuevas lesiones en zonas de traumatismos o heridas quirúrgicas (posiblemente por depósito local de inmuno reactantes), por lo que se ha propuesto utilizar en estos pacientes suturas sintéticas e intradérmicas para minimizar la respuesta inflamatoria. El desbridamiento y reapertura de las heridas, indicado ante heridas infecciosas, está firmemente contraindicado, siendo además innecesario el uso de antibióticos (salvo sobreinfección).

Presentamos un caso de evolución tórpida de heridas quirúrgicas debido a aparición y diagnóstico tardío de pioderma gangrenoso.

## Caso clínico

Mujer de 46 años, con antecedente de proctitis ulcerosa de larga data, en tratamiento con mesalazina 2 g y prednisona 5 mg tras brote reciente que requirió ingreso, y durante el cual aparecieron lesiones cutáneas en región pretibial sugestivas de dermatosis neutrofílica (pendiente AP). Un mes después, ingresó en servicio de ORL en nuestro hospital por múltiples abscesos prevertebrales y paraesternales con mala evolución tras múltiples ciclos de antibioterapia. Se drenan quirúrgicamente, con heridas cicatrizando por segunda intención y con buena evolución. Al mes tras intervención, con alta próxima, presenta episodio de rectorragia con inestabilidad hemodinámica, por lo que ante sospecha de brote contactan con nosotros.

Se confirma la sospecha inicial de sobreinfección colónica por *Clostridium difficile* y se inicia tratamiento con metronidazol; desde entonces, nueva reagudización de heridas en región torácica y subaxilar, que precisan nuevo desbridamiento quirúrgico, con abundantes esfacelos y secreción purulenta. Desde entonces, dichas heridas presentan evolución tórpida y agresiva, con aumento progresivo del tamaño tras cada desbridamiento, a modo de úlceras necróticas de bordes violáceos y fondo purulento, que orientan a sopesar infección necrotizante. Tras múltiples cultivos negativos, contactan de nuevo con nosotros; se solicita biopsia de los bordes y manejo conservador empírico, siendo la histología compatible con pioderma gangrenoso sobre herida quirúrgica.

Una vez obtenido el diagnóstico, y tras decidir no realizar nuevo desbridamiento y aplicar betametasona tópica, la paciente evoluciona favorablemente hasta su cicatrización.



Figura 1  
Al diagnóstico.



Figura 2  
Pioderma gangrenoso en resolución.

## Discusión

El pioderma gangrenoso puede preceder, coincidir o seguir al diagnóstico de EII. Cabe destacar que no se relaciona exclusivamente con la EII e, independientemente de su relación, una vez que aparece su evolución no guarda relación con las lesiones intestinales, de manera que requiere un tratamiento independientemente de éstas. En este caso, se optó por un tratamiento menos agresivo con pomada corticoidea dado el contexto infeccioso de la paciente que contraindica el empleo de inmunosupresión sistémica.

Se debe incluir en el diagnóstico diferencial de complicaciones de heridas posquirúrgicas con mala evolución, dado que su diagnóstico precoz puede facilitar un tratamiento adecuado, evitando procedimientos innecesarios y contraproducentes.

### CP-037. PRESENTACIÓN ATÍPICA AL DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN DE LOCALIZACIÓN ILEAL: RECTORRAGIA MASIVA CON INESTABILIDAD HEMODINÁMICA.

TENORIO-GONZÁLEZ, E; AMO-TRILLO, VM; OLMEDO-MARTÍN, RV; JIMÉNEZ-PÉREZ, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

## Introducción

La hemorragia gastrointestinal severa es una complicación infrecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal, con una incidencia en literatura de 0,1% de casos de colitis ulcerosa y en el 1,2% de enfermedad de Crohn. El origen del sangrado se localiza más frecuentemente en el colon (50,85%) que en intestino delgado (15-50%, y preferentemente en íleon).

La patogénesis de la enfermedad de Crohn de tipo hemorrágico continúa siendo desconocida, considerándose como la más plausible la erosión de los vasos sanguíneos como consecuencia de la inflamación transmural y la aparición de úlceras profundas. Por tanto, cualquier tratamiento que pueda conseguir la curación mucosa con rapidez constituye una herramienta terapéutica ideal para el control y prevención de la recurrencia del sangrado.

Presentamos un caso de debut con hemorragia masiva que precisó politransfusión y se resolvió satisfactoriamente con tratamiento médico.

## Caso clínico

Mujer de 26 años sin antecedentes de interés que ingresa por presíncope, astenia intensa y melenas de una semana de evolución, así como dolor abdominal tipo retortijón. Analíticamente destaca anemia de 4 puntos y ausencia de elevación RFA, incluida PCR normal. Se realiza gastroscopia, sin hallazgos, y colonoscopia, que describe la válvula ileocecal edematosa, con ulceraciones fibrinadas en superficie, y con alta friabilidad al roce. Ante imposibilidad de canulación de íleon terminal, por orificio estenosado, se toman biopsias que resultan compatibles con enfermedad de Crohn (EC).

En TAC se evidencia segmento de íleon terminal, de aproximadamente 11 cm, con afectación de válvula ileocecal y engrosamiento mural de unos 5-7 mm, con realce mucoso; y la realización de entero-RMN tras los hallazgos de colonoscopia, define hallazgos compatibles con EC tipo inflamatorio severo.

Se administra corticoterapia sistémica, con mejoría significativa, sin nuevas exteriorizaciones de sangrado ni dolor abdominal.

Al alta, se realiza inducción a la remisión con infliximab según pauta habitual dado el alto riesgo de recurrencia descrito en literatura en caso de no alcanzar curación mucosa. En posteriores revisiones se mantiene asintomática.

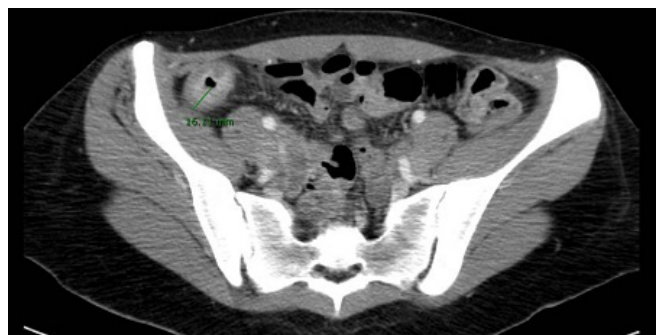


Figura 1

Ileitis terminal descrita en TAC urgente.

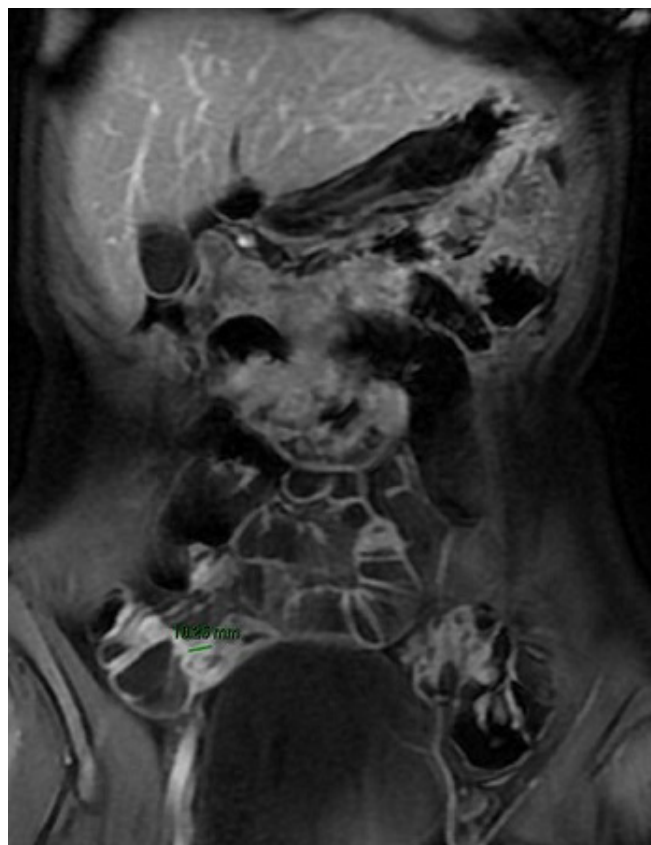


Figura 2

Engrosamiento mural y extensión de la afectación. EnteroRMN solicitada tras colonoscopia.

## Discusión

El manejo de la hemorragia aguda severa en la enfermedad inflamatoria intestinal es una condición médica con evidencia limitada debido a las escasas series de casos. Aunque la endoscopia deba intentarse en todos los pacientes, sólo en el 25% se puede localizar el punto exacto de origen de sangrado (babeo/vaso visible).

Los fármacos anti-TNF $\alpha$  han demostrado su eficacia en la obtención de la curación mucosa y cicatrización de múltiples úlceras intestinales. El empleo de IFX a dosis habituales (5 mg/Kg/día) consigue, en la mayoría de casos, el cese del sangrado en las primeras 24 horas tras la infusión, siendo en el resto de casos únicamente necesaria una segunda dosis para obtener el cese definitivo de la hemorragia y prevenir la recurrencia.

## CP-038. PROBIÓTICOS MÁS LACTOFERRINA EN TRATAMIENTO COMBINADO CON 5-ASA ORAL Y TÓPICOS MÁS BUDESONIDA RECTAL EN LOS PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA LEVE A MODERADA.

MÍNGUEZ CORTÉS, JM<sup>1</sup>; TRUJILLO, S<sup>2</sup>; ACOSTA, E<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA. <sup>2</sup>DEPARTAMENTO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA. <sup>3</sup>DEPARTAMENTO NEUMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

## Introducción

El uso de los probióticos en el tratamiento de la CU no es suficiente tan claro. El objetivo de este estudio fue la evaluación de la eficacia de la mesalazina oral y rectal y budesonida rectal con o sin probióticos, utilizando Probióticos+® o placebo, en la reducción de la actividad de leve a moderada de la izquierda UC.

PEARLS+ es un probiótico que contiene 1.000 millones de UFC de *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus plantarum*, *Bifidobacterium longum*, *Bifidobacterium lactis*, y 25 mg de lactoferrina.

## Material y métodos

Se estudiaron 80 pacientes con el lado izquierdo colitis ulcerosa leve a moderada. Un grupo de 40 pacientes fueron tratados con mesalazina oral (Salofalk® 2-3 gr/d), mesalazina rectal (enema de espuma Salofalk® 1 gr/d), budesonida rectal (enema de espuma Intestifalk® 2 gr/d) y Probióticos+® (1 cp/d) durante 16 semanas.

Otro grupo de 40 pacientes fueron tratados con el mismo tratamiento, pero usamos el placebo en lugar de probióticos.

Se evaluó la actividad clínica de la enfermedad mediante la puntuación UCDAI y de respuesta cuando la disminución en la puntuación UCDAI fue del 50% o más del valor inicial hasta la semana 16.

## Resultados

El grupo tratado con Probióticos+®, 30 de 40 pacientes tienen una respuesta en la semana 16 (76% de respuesta), con una disminución en UCDAI de 8,04 al inicio a 3,68.

En el grupo placebo, la tasa de respuesta fue del 62% (24 de 40 pacientes) en la semana 16, con una disminución en UCDAI de 7,84 al inicio a 3,84, en los pacientes que alcanzaron respuesta.

## Conclusiones

En nuestro estudio, el uso de Probióticos+® como tratamiento complementario en pacientes con el lado izquierdo colitis ulcerosa leve a moderada, como tratamiento adyuvante, aumentó las tasas de respuesta en la semana 16 (76% vs. 62%), aunque estos parámetros no alcanzó significación estadística.

## CP-039. RESPUESTA DEL PIODERMA GANGRENOSO AL TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB.

MARTÍNEZ-TIRADO, P; DÍAZ-ALCÁZAR, MM; DIÉGUEZ-CASTILLO, C; ROA-COLOMO, A; RUIZ-RODRÍGUEZ, AJ; SALMERÓN-ESCOBAR, J

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

## Introducción

El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofilica ulcerativa grave de carácter no infeccioso que se suele asociar a enfermedades sistémicas, entre ellas la enfermedad inflamatoria

intestinal (EII), siendo más prevalente en la colitis ulcerosa (CU) que en la enfermedad de Crohn (EC). Parece que el TNF- $\alpha$  juega un papel importante en la patogenia de esta entidad, por los que los anti-TNF $\alpha$  se están utilizando en su tratamiento con éxito.

Presentamos dos casos PG asociados a CU tratados con infliximab.

## Caso clínico

Caso 1: mujer de 77 años de edad, con CU de 6 años de evolución, en tratamiento con mesalazina oral y tópica. Ingresa por deposiciones sanguinolentas, 7-9 al día, junto con dolor abdominal y una úlcera en el maléolo interno derecho que, por la localización, era compatible con una úlcera venosa (Figura 1). Tras valoración por Cirugía Vasculuar se descarta este origen. Dada la sintomatología de la paciente, brote de su enfermedad de base y el dolor que la úlcera le producía, se diagnostica de PG, confirmándose posteriormente con biopsia.



Figura 1

Lesión ulcerada con tejido de granulación, bordes eritematovioláceos en halo, edema y puntos violáceos. Hiperalgésico a la presión.

Se inicia tratamiento con corticoides a 1 mg/Kg con respuesta incompleta. Se realiza una colonoscopia que pone de manifiesto la afectación grave de la mucosa (Figura 2), por lo que se inicia tratamiento con infliximab 5 mg/kg (0-2-6). Desde de la primera dosis mejora la sintomatología intestinal y el PG (Figura 3).

Caso 2: varón de 45 años con CU de 10 años de evolución, que acude a Urgencias por dolor en región lateral externa del miembro inferior izquierdo y tumefacción. Se realiza drenaje y se pauta tratamiento antibiótico. Acude de nuevo por empeoramiento de la lesión y, ante la sospecha de osteomielitis, se realiza RM que la descarta.

Tras consultar con el servicio de Dermatología y Digestivo, se establece el diagnóstico de PG y se inicia tratamiento con infliximab 5 mg/Kg (0-2-6) con excelente respuesta.

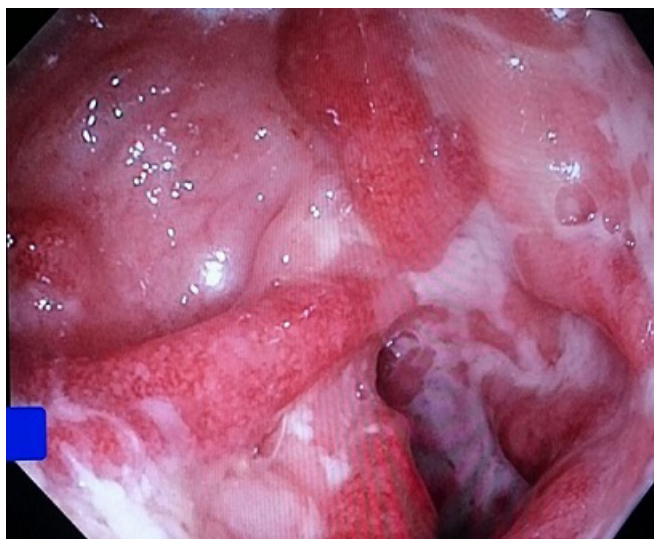


Figura 2

Colonoscopia: úlceras mucosas profundas con sangrado espontáneo. Índice de Mayo 3.



Figura 3

Maléolo tras la respuesta del pioderma gangrenoso a infliximab.

### Discusión

En el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas ulcerativas en los pacientes con EII debe incluirse siempre el PG. Se debe evitar el drenaje de la lesión ya que, por el fenómeno de patergia, puede empeorar la evolución como pasó en el segundo caso.

Los corticoides son el tratamiento de elección del PG. En nuestros casos, la afectación grave de la mucosa colónica en el primero, y la evolución tórpida del segundo, hizo que nos decantáramos por el uso precoz del infliximab, con excelente respuesta.

### CP-040. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA ESTRATEGIA DEL SWITCH A INFLIXIMAB BIOSIMILAR (REMSIMA®) EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII).

MARQUÉS-RUIZ, A<sup>1</sup>; CASTRO-FERNÁNDEZ, M<sup>1</sup>; ROMERO-GARCÍA, T<sup>1</sup>; AVILÉS-RECIO, M<sup>1</sup>; FOBELO-LOZANO, MJ<sup>2</sup>; GRANDE-SANTAMARÍA, L<sup>1</sup>; ROJAS-FERIA, M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. <sup>2</sup>UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

### Introducción

Los biosimilares de infliximab (IFX) se han introducido como una estrategia de coste-efectividad en la EII. En la mayoría de centros su incorporación ha sido progresiva y selectiva, mientras en nuestro Hospital el cambio se realizó de forma generalizada y por normativa a partir de abril 2015. El objetivo es evaluar efectividad, seguridad y ahorro tras el switch de IFX original a biosimilar en una cohorte de pacientes con EII en remisión.

### Material y métodos

Se trata de un estudio observacional prospectivo de 24 meses de seguimiento. Se incluyen todos los pacientes que en el momento del switch están en remisión clínica en pauta de mantenimiento con IFX original. Se evalúa tras el cambio el porcentaje de pacientes que mantienen la remisión y cuántos presentan una pérdida de respuesta precisando uso de corticoides, intensificación, cambio a otro biológico o cirugía. El seguimiento se realiza en intervalos regulares coincidiendo con la administración del fármaco (a los 6, 12, 18 y 24 meses). Se valora parámetros analíticos, efectos adversos, reacciones infusionales y coste económico.

### Resultados

Se incluyeron 34 pacientes, 19 de ellos hombres, con una edad media de 36,7 años (19-79 años): 27 pacientes con enfermedad de Crohn, 5 con colitis ulcerosa y 2 con colitis indeterminada. El tiempo medio de tratamiento de IFX original es de 36,6 meses (7-133 meses). 32 pacientes completaron el seguimiento a 24 meses, un paciente abandonó a los 6 meses ante la sospecha de neoplasia de colon y otro a los 18 meses por exitus secundario a sepsis respiratoria. Las tasas de mantenimiento de la remisión tras el switch fue de 32/34 (94%), 29/33 (87%), 28/33 (84%) y 26/32 (81%) a los 6, 12, 18 y 24 meses, respectivamente. No existe diferencias significativas en parámetros analíticos (PCR, ferritina) entre el momento del switch y al final de la observación. En cuanto a las reacciones adversas, se observaron tres casos de lesiones dérmicas, una de ellas una psoriasis paradójica que precisa suspensión de biológico; y dos casos de infecciones, una de ellas una sepsis grave que concluye en *exitus*. No se observaron reacciones infusionales. Considerando

el coste de cada vial de ambos fármacos en nuestro hospital, esta estrategia ha supuesto un ahorro aproximado del 40%.

TABLA I. DATOS DEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES (N=34)	
Edad media	36,7 años (19 – 79 años)
<b>Sexo</b>	
Masculino	19/34 (55,9%)
Femenino	15/34 (44,1%)
<b>Tabaco</b>	
Fumador	12/34 (35,2%)
No fumador	14/34 (44,1%)
Ex fumador	8/34 (23,5%)
Antecedentes familiares EII	5/34 (14,7%)
Cirugías previas	4/34 (11,7%)

Tabla 1

Datos demográficos de los pacientes (N=34).

TABLA II. CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS SEGÚN MONTREAL. ENFERMEDAD DE CROHN (N=27)		
<b>Edad al diagnóstico</b>	A1 (<16)	5/27 (18,5%)
	A2 (14-40)	21/27 (77,7%)
	A3 (>41)	1/27 (3,7%)
<b>Localización al diagnóstico</b>	L1 (ileal)	6/27 (22,2%)
	L2 (cólico)	4/27 (14,8%)
	L3 (ileocólico)	17/27 (62,9%)
	L4 (tracto alto)	0/27 (0%)
<b>Comportamiento de la enfermedad</b>	B1 (no estenosante, no penetrante)	16/27 (59,2%)
	B2 (estenosante)	3/27 (11,1%)
	B3 (penetrante)	8/27 (29,6%)
<b>Enfermedad perianal</b>	14/27 (51,8%)	
<b>Manifestaciones extraintestinales</b>	6/27 (22,2%)	
COLITIS ULCEROSA (N=5)		
<b>Extensión</b>	E1 (proctitis)	0/5 (0%)
	E2 (colitis izquierda)	1/5 (20%)
	E3 (colitis extensa)	4/5 (80%)
<b>Enfermedad perianal</b>	0/5 (0%)	
<b>Manifestaciones extraintestinales</b>	2/5 (40%)	
COLITIS INDETERMINADA (N=2)		
<b>Enfermedad perianal</b>	1/2 (50%)	
<b>Manifestaciones extraintestinales</b>	1/2 (50%)	

Tabla 2

Características fenotípicas según Montreal.

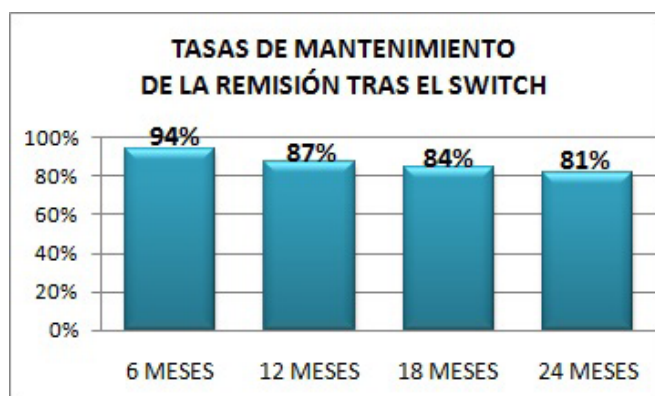


Figura 1

Tasas de mantenimiento tras el switch.

## Conclusiones

El switch a IFX biosimilar en pacientes con EII en remisión clínica con IFX original puede considerarse efectivo, seguro y eficiente.

## CP-041. SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO EN PACIENTES DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO.

DÍAZ-ALCÁZAR, MM; ROA-COLOMO, A; MARTÍNEZ-TIRADO, P; DIÉGUEZ-CASTILLO, C; RUIZ-RODRÍGUEZ, AJ; SALMERÓN-ESCOBAR, J

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

## Introducción

Valorar la evolución del embarazo y la actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en las pacientes en tratamiento con anti-TNF $\alpha$  de la unidad de EII del Hospital Universitario San Cecilio de Granada (HUSC), entre enero del 2013 y julio del 2017.

## Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, a partir de las historias clínicas de las pacientes incluidas en la base de datos del HUSC.

## Resultados

De las mujeres en tratamiento con anti-TNF $\alpha$ , diez se han quedado embarazadas, estando el 100% en fase quiescente en el momento de la concepción. La media de edad en el embarazo fue 31 años. El 80% eran pacientes con enfermedad de Crohn (EC), siendo más frecuente la localización ileocólica. Excepto una paciente que presentó una pancreatitis aguda por azatioprina (AZA), todas estaban en tratamiento combinado con AZA y anti-TNF $\alpha$  (60% con infliximab y 40% con adalimumab). El 30% de las mujeres tuvieron un aborto (dos espontáneos y otro electivo por sospecha de malformaciones). Hubo dos casos que precisaron cesárea, uno por enfermedad perianal compleja y otro por feto en situación podálica.

En el tercer trimestre, se pudo retirar el anti-TNF $\alpha$  en todas las pacientes, continuando con AZA, excepto en una de ellas, con EC, que la suspendió por indicación de su médico de familia y que presentó una reagudización de su enfermedad perianal.

Dos pacientes, una con EC y otra con colitis ulcerosa (CU), presentaron brotes durante la gestación, precisando corticoides. En una de ellas, con EC, se recomendó inducir el parto para reiniciar el tratamiento biológico, previa realización de rectoscopia para valorar la actividad mucosa.

## Conclusiones

A las pacientes con EII se les aconseja planificar el embarazo y concebir cuando la enfermedad se encuentre en remisión, como ocurrió en el 100% de nuestra muestra, ya que el 70% de pacientes sintomáticas en la concepción no mejoran durante el embarazo. En la CU es más frecuente la enfermedad activa que en la EC aunque en nuestra cohorte no hubo diferencias.

Cada vez hay más datos que avalan la seguridad de los anti-TNF $\alpha$  en el embarazo. Se recomienda interrumpirlos al comienzo del

tercer trimestre, siempre que la situación clínica de la embarazada lo permita, ya que atraviesan la placenta. No se saben las implicaciones, pero se sospecha que los recién nacidos pueden tener un riesgo aumentado de infecciones y respuesta subóptima a la vacunación.

#### CP-042. VALOR DEL 75SEHCAT PARA DIAGNOSTICAR MALABSORCIÓN DE SALES BILIARES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y DIARREA CRÓNICA.

GROS, B<sup>1</sup>; MENA, L<sup>2</sup>; BENÍTEZ-CANTERO, JM<sup>1</sup>; CARMONA, E<sup>2</sup>; IGLESIAS-FLORES, E<sup>1</sup>; MAZA, FR<sup>2</sup>; MEDINA, R<sup>3</sup>; GARCÍA-SÁNCHEZ, V<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.  
<sup>2</sup>DEPARTAMENTO MEDICINA NUCLEAR. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.  
<sup>3</sup>DEPARTAMENTO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

#### Introducción

Analizar la incidencia de MAB en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y diarrea crónica mediante 75SeHCAT y analizar si existe o no relación entre el grado de malabsorción y la presencia de resección ileal.

#### Material y métodos

Analizamos retrospectivamente 30 pacientes con EC y diarrea crónica con y sin resección ileal, durante agosto del 2015 hasta abril del 2016. En todos los pacientes la actividad inflamatoria intestinal fue descartada mediante biomarcadores y endoscopia/enteroRM.

Ninguno de los pacientes había recibido tratamiento con quelantes para sales biliares (colestiramina).

Realizamos el 75SeHCAT (0,37 MBq) en ayunas. Las mediciones al séptimo día se compararon con la actividad a las tres horas para calcular el porcentaje de retención abdominal. Consideramos la retención de  $\geq 10\%$  AB normal. MAB leve aquellos valores entre 7-10%, moderada entre 4-7% y grave  $< 4\%$  de retención.

Los datos epidemiológicos y clínicos fueron obtenidos mediante ENEIDA.

#### Resultados

Estudiamos 15 mujeres y 15 hombres, edad media de 46,5 años (26-58). La mediana de duración de la enfermedad de 13 meses (2-27). Al diagnóstico, la afectación ileal estaba en el 50% de los pacientes, 40% ileo-colónica y 10% colónica. Según el comportamiento 50% presentaban patrón inflamatorio, 23% estenosante y 27% patrón fistulizante y 43% asociaban enfermedad perianal.

El 34% eran fumadores activos. En cuanto al tratamiento actual 40% se encontraban con inmunosupresores, 10% con biológicos y 20% con terapia combinada. 83,3% habían sido sometidos a resección intestinal, con una mediana de extensión en centímetros

de resección de 24 cm (2-80). La mediana de tiempo desde el diagnóstico de EC hasta la cirugía fue de 24 meses (0-192). La mediana de deposiciones en el total de pacientes fue de 6 al día (2-10).

Tras realizarse el test con 75SeHCAT escáner, 96,8% de los pacientes demostraron valores anormales de captación del radiotrazador.

Todos los pacientes con resección intestinal presentaban MAB, pero también la mayoría de los pacientes sin resección (86%). De los pacientes intervenidos quirúrgicamente 92% mostraban malabsorción grave y 8% malabsorción moderada. Mientras que en aquellos no intervenidos mostraban 72% malabsorción severa, 14% moderada y 14% normal.

No se encontró relación estadísticamente significativa entre el grado de retención del 75SeHCAT y la resección intestinal ( $p=0,253$ ).

Variable	N= 30
Género (M/F), %	50/50
Edad (años), media	43.1 (26-56)
Duración de la enfermedad (años), mediana	13 (2-27)
EC localización, %	15 (50)
- Ileal (L1)	3 (10)
- Cólica (L2)	12 (40)
- Ileocólica (L3)	
EC comportamiento n (%)	15 (50)
- Inflamatorio (B1)	7 (23)
- Estenosante (B2)	8 (27)
- Fistulizante (B3)	13 (43)
- Perianal (p+)	
Fumadores, %	10 (33.3)
Tratamiento actual, n (%)	12 (40)
- Inmunosupresores	3 (10)
- Biológicos	6 (20)
- Comboterapia	9 (30)
- Otros/ ninguno	
Cirugía, n (%)	18 (60)
- Resección ileal	7 (23,3)
- Resección Ileal + Cólica	2 (6,7)
- Cólica	3 (10)
- Ninguna	
Longitud de resección, mediana (cm)	24 (2-80)

Tabla 1

Características basales de los pacientes incluidos en el estudio.

#### Conclusiones

El 75SeHCAT es una técnica útil en el diagnóstico de MAB en pacientes con EC y diarrea crónica. Existe una alta incidencia de MAB en este grupo de pacientes sin asociación estadística significativa entre el grado de malabsorción y la resección intestinal.

### CP-043. VALOR PRONÓSTICO DE LA CALPROTECTINA FECAL PARA PREDECIR RECIDIVA TRAS EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN.

VÁZQUEZ-MORÓN, JM<sup>1</sup>; PALLARÉS-MANRIQUE, H<sup>1</sup>; CABRA-RODRÍGUEZ, R<sup>2</sup>; ARGÜELLES-ARIAS, F<sup>3</sup>; CASTRO-LARIA, L<sup>3</sup>; IGLESIAS-FLORES, E<sup>4</sup>; CASTAÑO-LÓPEZ, MÁ<sup>2</sup>; GARCÍA-SÁNCHEZ, V<sup>4</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMENEZ, HUELVA. <sup>2</sup>UGC ANÁLISIS CLÍNICO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMENEZ, HUELVA. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>4</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

#### Introducción

Analizar el valor pronóstico de la calprotectina fecal para predecir la recidiva en los primeros 12 meses de evolución en pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn con patrón inflamatorio.

#### Material y métodos

Se realizó un estudio multicéntrico y prospectivo en un grupo de pacientes con diagnóstico reciente de enfermedad de Crohn monitorizándose la actividad clínica, el nivel de calprotectina fecal y de PCR al debut, a los 3 y a los 6 meses del diagnóstico. Se definió recidiva como CDAI >150 puntos o la necesidad de requerir corticoides.

#### Resultados

Se seleccionaron 40 pacientes diagnosticados de enfermedad de Crohn con patrón inflamatorio. La localización más frecuente fue la ileal (57%), seguido de la ileocólica (30%) y de la colónica (13%). El 42% de los pacientes eran fumadores activos. Un 55% (22/40) de los pacientes presentaron una recidiva de la enfermedad en los primeros 12 meses tras el diagnóstico. El tiempo medio de aparición de la recidiva fue de 6,3 meses. Se observaron diferencias significativas en la puntuación del CDAI entre los grupos de recidiva y remisión al debut, a los 3 y también a los 6 meses. Los niveles medios de calprotectina fecal determinados a los 3 meses ( $p=0,024$ ) y a los 6 meses ( $p=0,02$ ) mostraron diferencias significativas en ambos grupos, pero no se observaron estas diferencias al diagnóstico de la enfermedad ( $p=0,41$ ). No se observaron diferencias significativas entre los niveles de PCR de ambos grupos. Se estimó el punto de corte óptimo de calprotectina fecal a los 3 meses en 350 mg/Kg (sensibilidad 90% y especificidad 69%) para predecir recidiva. El punto de corte óptimo de calprotectina fecal a los 6 meses fue de 550 mg/Kg (sensibilidad 80% y especificidad 81%). Del resto de factores de mal pronósticos evaluados sólo la presencia de ASCA se mostró como factor de riesgo para presentar recidiva durante el primer año con RR de 3,52 (IC 95% 1,6-7,7).

#### Conclusiones

La calprotectina fecal puede ser un biomarcador útil en los primeros meses tras el diagnóstico de la enfermedad de Crohn para predecir la recidiva. Un nivel de calprotectina superior a 350 mg/Kg al tercer mes del diagnóstico tiene una elevada sensibilidad para predecir una recidiva en los próximos nueve meses. La presencia de ASCA

determinada desde el debut es un factor de riesgo a tener en cuenta para predecir qué pacientes pueden tener una recidiva en los primeros 12 meses de enfermedad.

### CP-044. ¿LAS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTestinal EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR REALIZAN CORRECTAMENTE EL CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO?

VÁZQUEZ-MORÓN, JM; CABELLO-FERNÁNDEZ, A; PALLARÉS-MANRIQUE, H; GÓMEZ-DELGADO, E; TALAVERA-FABUEL, A; BEJARANO-GARCÍA, A; RAMOS-LORA, M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMENEZ, HUELVA.

#### Introducción

Existe un aumento del riesgo de padecer displasia de alto grado o cáncer de cuello uterino en las pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en tratamiento inmunosupresor. Otros factores de riesgo identificados son el consumo de tabaco, el uso prolongado de anticonceptivos o el número de partos a término. Las guías ECCO recomiendan la realización de citologías periódicas en las mujeres con EII, especialmente si realizan tratamiento inmunosupresor. En mujeres jóvenes con tratamiento inmunosupresor se recomienda realizar dos citologías el primer año tras el diagnóstico y luego citologías anuales. El objetivo de este estudio fue evaluar el cumplimiento del cribado de cáncer de cérvix uterino mediante la realización de citologías en pacientes con EII en tratamiento inmunosupresor.

#### Material y métodos

Se realizó un estudio transversal en pacientes diagnosticadas de EII que estaban en terapia inmunosupresora. Se utilizó un cuestionario para recopilar información sobre datos demográficos, terapia inmunosupresora, factores de riesgo y fecha de última citología uterina.

#### Resultados

En total 101 pacientes con EII (69 enfermedad de Crohn, 32 colitis ulcerosa) en tratamiento inmunosupresor (58% anti-TNF $\alpha$ , 37% tiopurinas, 3% metotrexate, 2% corticoides) fueron incluidas en el estudio. La edad media fue de 41 años. Hasta el 28% de las pacientes realizaban tratamiento inmunosupresor combinado, el 47,5% eran fumadoras y un 15% tomaban anticonceptivos. El 47,5% presentaban dos factores de riesgo y un 7% tres o más factores. Sólo 28 pacientes se habían realizado la citología uterina el último año, 37 pacientes entre 1-5 años y 36 pacientes se habían realizado la última citología hacía más de 5 años. Algún grado de displasia fue detectado en el 10% de las pacientes que se habían realizado citología en el último año. Sólo el 17% de las pacientes con dos o más factores de riesgo se habían realizado citología en el último año. Ninguna paciente conocía que el tratamiento inmunosupresor era un factor de riesgo para la aparición de cáncer de cuello uterino.

## Conclusiones

La mayoría de las pacientes con EII en tratamiento inmunosupresor no realizan de forma adecuada el cribado de cáncer de cuello uterino. El bajo cumplimiento en pacientes con dos o más factores de riesgo es realmente alarmante. Aunque la incidencia de displasia es baja, las pacientes con EII deben ser informadas sobre los factores de riesgo y el beneficio de la detección temprana de la displasia de cérvix uterino.

## COMUNICACIONES PÓSTER ÁREA: HÍGADO

### CP-045. ALTERACIONES DE LA HEMOSTASIA EN EL PACIENTE CIRRÓTICO.

COBOS-RODRÍGUEZ, J; GARCÍA-FERREIRA, A; GARCÍA-GARCÍA, A; PINAZO-BANDERA, J; ANDRADE-BELLIDO, R

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

#### Introducción

La patogenia de la CID en la cirrosis se origina por la liberación de procoagulantes de los hepatocitos necrosados, liberación de toxinas derivadas intestinalmente dentro del sistema porta y la disminución del aclaramiento hepático de factores de coagulación. La consecuencia es el depósito patológico de fibrina en la microcirculación, que causa isquemia tisular. Los glóbulos rojos quedan atrapados entre las mallas de fibrina y sufren una rotura mecánica (esquistocitos) que favorece el desarrollo de anemia hemolítica microangiopática.

#### Caso clínico

Varón de 39 años diagnosticado de cirrosis hepática grado Child C de origen enólico, acude al servicio de urgencia por episodios de vómitos hemáticos y orinas oscuras con deposiciones de coloración normal. En analítica destaca anemia hemolítica (Hb 10, VCM 117, LDH 256, BT10, BD 5). Se realiza endoscopia urgente apreciando en mitad inferior de mucosa esofágica placas de fibrinas blanquecinas y amarillentas que cubren la mucosa de forma prácticamente difusa y múltiples hematomas submucosos. Estómago de aspecto levemente reticulado. Resto de la exploración sin alteraciones. Diagnóstico endoscópico: esofagitis necrotizante. Durante su estancia en planta presenta cuadro de coagulopatía severa (muestra no coagula, fibrinógeno 40 y dímero de 62.500) que es valorado por hematología con diagnóstico de CID crónico, tratado con fibrinógeno y mejoría al alta (fibrinógeno coagulativo 154, dímero 6.077).

#### Discusión

El hígado desempeña un papel fundamental para mantener un adecuado equilibrio hemostático y, por tanto, los desórdenes de la coagulación sanguínea son frecuentes y complejos cuando se altera la función hepatocelular. Entre las alteraciones de la

hemostasia en el paciente cirrótico se presentan alteraciones plaquetarias cuantitativas y cualitativas, déficit en la síntesis de FC, disfibrirogenemia, alteraciones en la fibrinólisis, deficiencia de vitamina K y cambios compatibles con un estado de coagulación intravascular diseminada. Las consecuencias clínicas constituyen un espectro que incluye tendencia al sangrado, o a fenómenos de trombosis y que definitivamente ensombrece el pronóstico a muy corto plazo. Revisando la bibliografía se observa que los pacientes con un porcentaje considerable de pacientes con cirrosis avanzada presenta datos altamente sugestivos de CID evidenciada por TP prolongado, plaquetas disminuidas, fibrinógeno bajo y elevación de los PDF. Podríamos finalizar, concluyendo que las alteraciones en la coagulación en el cirrótico son de origen multifactorial, se relacionan con un estado avanzado de la enfermedad (Child C), que origina complicaciones hemorrágicas y que definitivamente ensombrece el pronóstico a muy corto plazo.

### CP-046. BROTE EPIDÉMICO DE HEPATITIS AGUDA A EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (HUVV): UN CAMBIO EN LA EPIDEMIOLOGÍA.

GARCÍA-FERREIRA, AJ; COBOS-RODRÍGUEZ, J; ORTEGA-ALONSO, A; GARCÍA-GARCÍA, A; PINAZO-BANDERA, JM; GARCÍA-CORTÉS, M; ANDRADE-BELLIDO, R

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

#### Introducción

En el año 2016 en la provincia de Málaga se detectó un brote de Hepatitis A en pacientes varones jóvenes con antecedentes de relaciones de riesgo. Presentamos 51 casos de hepatitis A aguda.

#### Material y métodos

Estudio prospectivo realizado en todo el año 2016 en pacientes con sospecha de infección por VHA. La detección de anticuerpos anti-VHA IgG e IgM se realizó mediante inmunoensayo.

#### Resultados

De los 51 pacientes, 46 (90%) fueron hombres, con una media de edad de 35,74 años, el 82% españoles. Durante noviembre y diciembre se detectó un aumento en el número de casos, presentándose el 31 (60%) de todo el año.

Se realizó encuesta epidemiológica a 42 pacientes, identificando la vía sexual en el 55% de los casos (hombres que tienen sexo con hombres), feco-oral (6%) y contacto con convivientes (8%) (**Figura 1**). Al 31% no se identificó vía de contagio. Requirieron ingreso hospitalario 26 pacientes (51%) con TP medio del 70,74% e INR de 1,27. Cuatro pacientes (9%) presentaron líquido libre intraperitoneal en cuantía leve. La estancia media fue de 6,42 días. Un paciente (4%) requirió ingreso en la Unidad de Medicina Intensiva por coagulopatía severa.

Ningún paciente presentó encefalopatía hepática, ni fallo hepático fulminante, necesidad de trasplante hepático ni *exitus*.