

50 REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA SEVILLA 2019

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

CO-01. PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES TOTALMENTE RECUBIERTAS EN PATOLOGÍA BILIAR BENIGNA

SERRANO RUIZ FJ, GROS ALCALDE B, GÓMEZ GARCÍA M, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ R, AMADO TORRES V, CASAS JUANENEA LL, PLEGUEZUELO NAVARRO M, NARANJO RODRÍGUEZ A, HERVÁS MOLINA AJ

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA

Introducción

La colocación endoscópica de prótesis metálicas autoexpandibles totalmente recubiertas (FCSEMS) es una opción de tratamiento aceptada para la patología biliar benigna. El objetivo es analizar indicaciones, efectividad y complicaciones, de FCSEMS implantadas en patología biliar benigna en nuestro centro.

Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes en los que se había implantado FCSEMS en patología biliar benigna desde 2010 hasta 2018.

Resultados

Incluimos 44 pacientes a los que se colocaron FCSEMS. Edad media 64 años (40-92 años), el 72% eran varones. Las indicaciones fueron: 22 (50%) estenosis de anastomosis en trasplante hepático, 9 (20,5%) perforaciones biliares durante CPRE, 4 (9%) hemorragia post esfinterotomía biliar durante CPRE, 2 (4,5%) coledocolitiasis de gran tamaño, 2 (4,5%) estenosis biliar por pancreatitis crónica, 2 (4,5%) fístulas biliares en trasplantados hepáticos, 2 (4,5%) fístulas biliares post colecistectomía, 1 (2,3%) estenosis biliar post colecistectomía. Tasa de éxito técnico fue del 95%, no se logró en una estenosis post trasplante hepático y en una coledocolitiasis de gran tamaño. Se registró una complicación secundaria a la migración interna de la prótesis con episodio de colangitis asociada, solucionado con recolocación endoscópica. En 34 pacientes (77,3%)

el tratamiento de primera elección fueron prótesis metálicas. La tasa de resolución global fue del 65%, por indicaciones: 55% estenosis de anastomosis en trasplante hepático, 100% hemorragia post esfinterotomía, 90% perforaciones post CPRE, 50% coledocolitiasis de gran tamaño, 66% fístulas y estenosis post colecistectomía, no se logró en las 2 fístulas biliares postrasplante hepático. Actualmente pendientes de valoración las 2 prótesis colocadas en estenosis por pancreatitis crónicas. Se produjo la migración en el 36% de los pacientes. Se retiraron endoscópicamente transcurridos 4,5 meses de media (rango 7-370 días), sin complicaciones en la extracción. 4 prótesis se retiraron antes de las 12 semanas. En 10 pacientes se colocaron prótesis plásticas biliares posteriormente, consiguiendo la resolución de la patología basal en 4 pacientes (2 estenosis post trasplante hepático, 1 coledocolitiasis de gran tamaño y 1 fístula pos trasplante hepático). El seguimiento medio ha sido de 43 meses (rango 1-107 meses).

Conclusiones

FCSEMS es una opción de tratamiento para la patología biliar benigna, si bien indicaciones, éxito clínico y complicaciones son variables dependiendo del grupo.

CO-02. GRADO DE LIMPIEZA CON 4 L DE PEG NO FRACCIONADO EN LAS COLONOSCOPIAS DE LA PRIMERA MITAD DE LA MAÑANA. INFLUENCIA DISEÑO DE UN MENÚ ESPECÍFICO SIN RESIDUOS.

PÉREZ POZO JM, OLIVA CONTERO J, HERNÁNDEZ UTRERA I

HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN DE UTRERA. SEVILLA

Introducción

Analizar el grado de limpieza en las colonoscopias preparadas con 4 litros de polietilenglicol (PEG) no fraccionado a partir de las 20:00 horas del día antes. Estudiar si administrar por escrito una dieta específica sin residuos tres días antes mejora los resultados, en relación al menú genérico sin fibra (puede tomar / no puede tomar)

Material y Métodos

Estudio prospectivo y unicéntrico. Se analizan las colonoscopias ambulatorias realizadas en el último año en la primera mitad de la mañana y preparadas con 4 l de PEG no fraccionado, administrado a partir de las 20:00 del día antes. A los pacientes, de forma aleatoria, se les administra un menú por escrito, específicamente diseñado sin residuos, tres días antes o una dieta estándar sin residuos (puede tomar / no puede tomar). Se estudian los indicadores de calidad de colonoscopia. Los grupos son homogéneos en cuanto a edad, sexo, indicación e IMC. Se analiza el grado de limpieza según escala de Boston. El médico que realiza la exploración desconoce qué tipo de preparación realiza el paciente. Además mediante un cuestionario se recoge si se realizó adecuadamente la dieta.

Resultados

Se analizan 335 colonoscopias. 160 mujeres. Edad media 56.92 años. IMC medio 29,26. Tasa intubación cecal 99 %. 180 realizan el menú específico y 155 el genérico. Limpieza total media 6,27 (1,78 colon derecho, 2,40 colon transversal, 2,09 colon izquierdo). Los pacientes con menú específico obtuvieron mejor limpieza global y por segmentos, resultando estadísticamente significativa de forma global: 6,44 vs 6,08 (p 0,005 IC 95 %) (Figura 1) y en colon derecho (1,87 vs 1,68 p 0,001 IC 95 %) (Figura 2). El % de realización correcta de dieta fue mayor en el menú específico (p 0,006 IC 99 %).

No hubo diferencias en el tiempo de intubación cecal ni en la tasa de detección de adenomas respecto a la dieta realizada (Figura 5 y 6)

Conclusiones

El grado de limpieza fue incorrecto en colon derecho. Administrar al paciente un menú específico sin residuos mejoró los resultados, de forma estadísticamente significativa, aunque sin conseguir llegar a

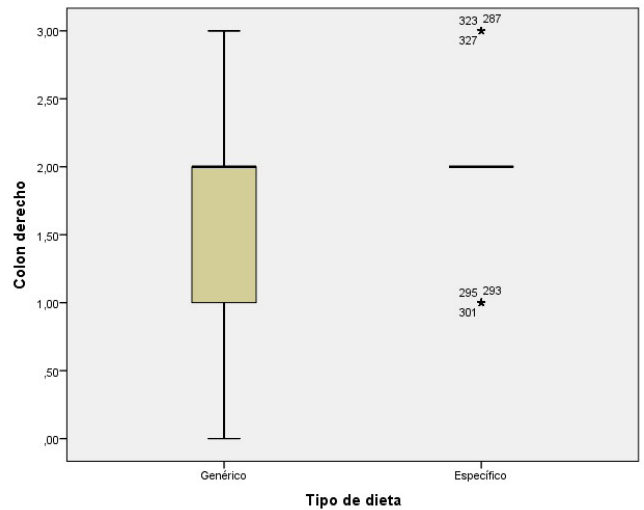


Figura 2 Limpieza colon derecho.

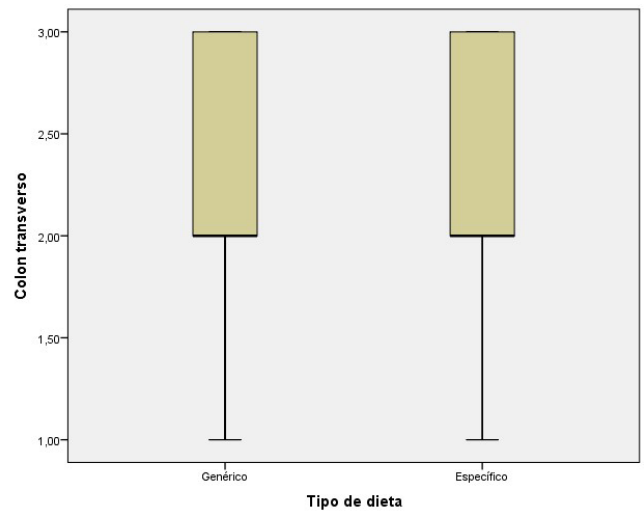


Figura 3 Limpieza colon transversal

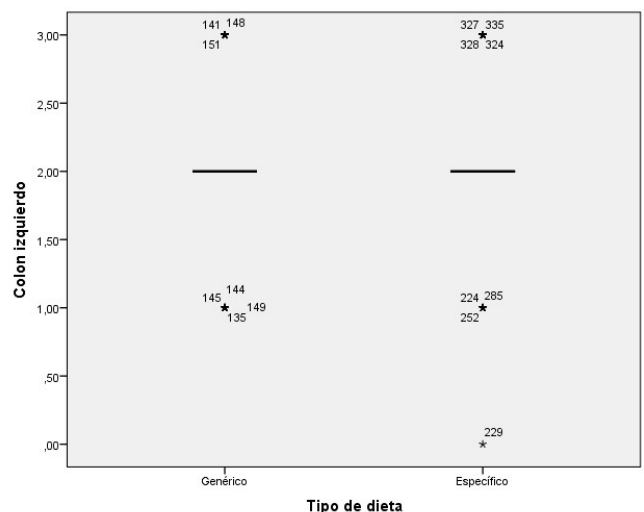


Figura 4 Limpieza colon izquierdo

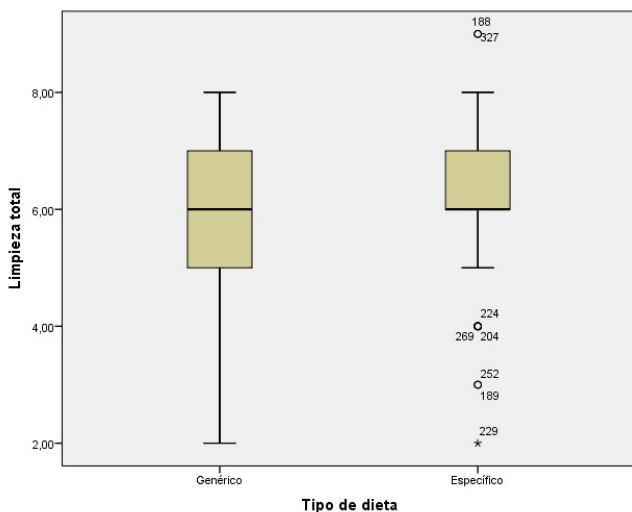


Figura 1 Limpieza total

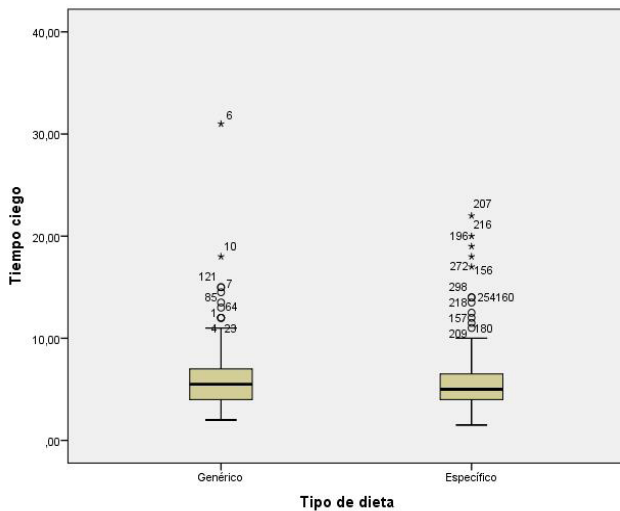


Figura 5
Tiempo hasta ciego según dieta

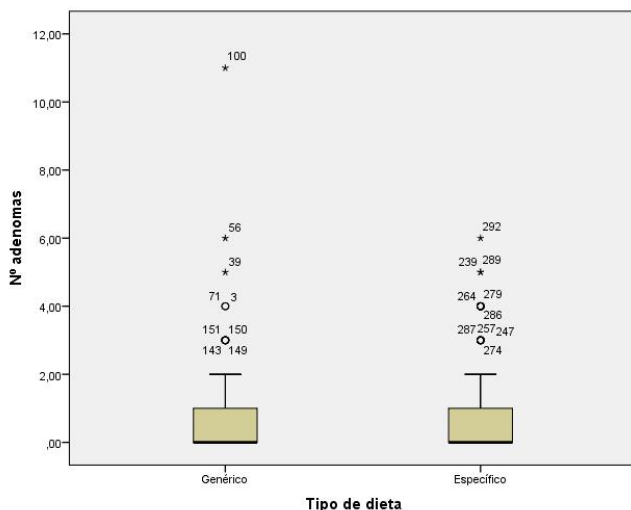


Figura 6
Adenomas detectados según dieta

2 de Boston en este segmento. El porcentaje de realización correcta de la dieta fue mayor en el grupo del menú específicamente diseñado, con diferencias estadísticamente significativas.

CO-03. LA LDL OXIDADA ES UN BIOMARCADOR DISTINTIVO DE LA PRESENCIA DE ESTEATOHEPATITIS FRENTE A FIBROSIS HEPÁTICA EN ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA GRASA

GALLEGO DURÁN R¹, AMPUERO J¹, PASTOR RAMÍREZ H¹, DEL CAMPO JA², BAÑALES J³, CRESPO J⁴, GARCÍA MONZÓN C⁵, MONTERO VALLEJO R¹, SANTOS LASO Á³, ARIAS LOSTE, MT⁴, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ Á⁵, MILLÁN R¹, RICO MC¹, MUÑOZ R, ROJAS MÁ¹, GIL GÓMEZ A¹, GATO S¹, ÁLVAREZ AMOR L¹, MAYA MILES D¹, MARTÍN BERMUDO F¹, ROMERO GÓMEZ M¹

¹COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ²COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ³HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA.DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN. GUIPÚZCOA. ⁴HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER, CANTABRIA. ⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID

Introducción

Determinar el valor diagnóstico de la LDL oxidada (oxLDL) en la enfermedad hepática metabólica grasa (EHMG) y su implicación en la fisiopatología de la enfermedad.

Material y Métodos

Estudio multicéntrico nacional en el que se incluyeron 178 pacientes con biopsia hepática, 164 compatible con EHMG y 14 controles sanos. Se analizaron variables epidemiológicas, bioquímicas y antropométricas. A nivel histológico, se analizó la presencia de esteatohepatitis (NASH) y fibrosis hepática. Se evaluaron los niveles de oxLDL como marcador de estrés oxidativo.

Resultados

El 53,4% (86/164) de los pacientes presentaba NASH, mientras que la distribución por fibrosis hepática fue: F0 27,4% (45/164), F1 37,2% (61/164), F2 25,6% (42/164), F3 6,7% (11/164) y F4 3% (5/164). El nivel de oxLDL en controles sanos fue 42,1+10,3 U/L. En pacientes con EHMG, la oxLDL se asoció a la presencia de NASH (55+15,8 vs. 45,1+13,7 U/L; p<0,0001), pero no con la fibrosis (F0 50,7+14,8 vs. F1 52,7+16,5 vs. F2 48,6+13,8 vs. F3 54+20,5 vs. F4 39,4+8,5 U/L; p=0,299). La asociación entre oxLDL y NASH se mantuvo independiente de obesidad [(IMC>30 54,5+15,1 vs. 45,6+12,9 U/L; p=0,0001) (IMC<30 65,6+27,2 vs. 43,8+14,3 U/L; p=0,022)] y diabetes mellitus [(DM 55,8+15 vs. 43+12,1 U/L; p=0,001) (no DM 54,6+16,3 vs. 46,2+13,8 U/L; p=0,003)]. Tanto en fibrosis leve (F0-F1) como en fibrosis significativa (F2-F4), los valores oxLDL fueron significativamente más altos al mostrar NASH (Figura 1). El IMC, la GGT, la albúmina y el colesterol se asociaron también a la presencia de NASH. En el análisis multivariante, oxLDL [OR 1,05 (IC95% 1,02-1,08); p=0,001] y IMC [OR 1,08 (IC95% 1,03-1,13); p=0,001] se asociaron a NASH.

Conclusiones

Los niveles de LDL oxidada se asociaron a la presencia de NASH pero no al estadio de fibrosis hepática. Estos datos refuerzan el papel del estrés oxidativo en el desarrollo de NASH, independientemente de la obesidad y la diabetes, pudiendo tener un rol relevante en el riesgo cardiovascular de estos pacientes.

CO-04. NECESIDAD FORMATIVA EN URGENCIAS SOBRE PATOLOGÍA DIGESTIVA

BISSO ZEIN JK, RIVERA IRIGOIN R, GÓMEZ ESPEJO SM, SÁNCHEZ CANTOS SC, ROSALES ZABAL RZ

COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA (MÁLAGA)

Introducción

Evaluar los conocimientos del personal médico del Servicio de Urgencias sobre las entidades digestivas más frecuentes en dicho ámbito.

Material y Métodos

Se elaboró un test online formado por once preguntas, cada una con cuatro opciones, una de ellas cierta. Dicho test estaba dirigido tanto a adjuntos como a residentes que prestan servicios de atención continuada en el área de observación. Se incluye preguntas que requieren conocimientos del área hepatobiliar, hemorragia digestiva alta, páncreas, inflamatoria y manejo de cuerpos extraños.

Resultados

Hubo 32 participantes, de los cuales 24 (75%) eran adjuntos. Todos respondieron al 100% de las preguntas. Ninguno de los participantes acertó el 100% de las preguntas, aunque 3 adjuntos (9,3% del total de participantes) tan solo fallaron una pregunta. La media de aciertos fue de 6,72 preguntas de forma global, con una media de aciertos de 6,75 preguntas en el caso de los adjuntos y de 6,6 aciertos en el caso de los residentes. En las tabla I-II se muestran las preguntas y porcentajes de aciertos.

Conclusiones

En vista de los resultados, creemos necesario establecer un programa de actualización en urgencias digestivas en nuestra área que mejore la atención de nuestros pacientes.

Mujer de 45 años, obesa. Antecedente de síndrome de Gilbert. Acude por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho que aumenta tras la ingesta, refiere episodios similares en el último año. En una ecografía previa ya se informaba de colestiasis. En analítica destaca bilirrubina total de 2 mg/dl (similar a previas), GOT 80, GPT65, amilasa 200. a) Es un cólico biliar. Tras tratamiento analgésico procedería a observación domiciliaria. b) Es una pancreatitis biliar. Tras un periodo de observación prudente, comprobar colestiasis y estado hemodinámico cursaría el ingreso en Aparato Digestivo. c) Solicitaría una ecografía de abdomen para descartar patología biliar. En caso de ausencia de patología biliar obstructiva estaría ante una colestiasis. d) Es una pancreatitis biliar. No requiere de un periodo de observación, cursaría el ingreso.	C	40,6%
Varón de 27 años que acude por deposiciones diarreas desde hace 6 días acompañadas de restos hemáticos y fiebre (38,38°C), sin dolor abdominal. En analítica destaca PCR 80, leucocitos 15.000. Sin alteración de la función renal. Hemodinámicamente estable. a) Pensaría en primer lugar en una enfermedad inflamatoria intestinal, recomendaría solicitar cita en CCEE de Aparato Digestivo b) Pensaría en una enterocolitis infecciosa bacteriana. Solicitaría un coprocultivo, daría las recomendaciones generales de GEA y revisión por su MAP en 48-72h, sin requerir tratamiento antibiótico inicialmente. c) Pensaría en una gastroenteritis de probable origen vírico. Indicaría dieta blanda y abundante hidratación. d) Solicitaría una ecografía ante la sospecha de diverticulitis.	B	80%
Paciente de 27 años con antecedente de cirugía gástrica, que acude por dolor abdominal de hace 6 horas junto con vómitos. Abdomen muy doloroso a la palpación de forma generalizada. En analítica destaca 18.000 leucocitos, PCR 150, amilasa 3000. • Solicitaría una radiografía de abdomen y tórax. Ante normalidad sospecharía pancreatitis aguda. • Ante las dudas que puede presentar el cuadro, pasaría al paciente a observación, solicitaría una Rx lateral con rayos horizontales, y en caso de normalidad solicitaría una ecografía de abdomen. • Es una pancreatitis aguda. Tras comprobar diuresis cursaría ingreso en planta. • Es un cólico biliar.	B	60%
Paciente de 24 años con colitis ulcerosa, acude por 7 deposiciones diarias en presencia de restos hemáticos, sin fiebre ni dolor abdominal. En tratamiento domiciliario con azatioprina y mesalazina oral. Analítica sin alteraciones. • Parece un brote leve de la colitis ulcerosa. Contactaría con Aparato Digestivo para recomendaciones de ajuste de tratamiento. • Claramente es una gastroenteritis grave. Ingresaría al paciente sin demora. • Sospecho una diverticulitis. • Sospecho una apendicitis.	A	100%
Paciente de 25 años que refiere que el piercing de la lengua se le ha soltado y se lo ha tragado accidentalmente. No nota molestias. a) Llamo al endoscopista de guardia. b) Realizo una Rx de cuello, tórax y abdomen. En caso de apreciarse cuerpo extraño, llamo al endoscopista de guardia. c) Dada la ausencia de síntomas, le decimos que se vaya a casa y que vuelva en caso de notarse molestias. d) En la Rx se aprecia cuerpo extraño en estómago, pero dada la ausencia de síntomas podemos esperar a que lo exteriorice.	B	40%
Paciente de 56 años que acude por sensación de distagio tras comer un bocadillo de queso de untar con caviar ruso. Refiere que desde entonces no traga sólidos ni líquidos. a) Avisaría al endoscopista de guardia. b) Realizaría una Rx cervical y de tórax. Administraría glucagón y dizepam para ver si mejoran los síntomas. En ausencia de mejoría avisaría a endoscopista de guardia. c) Realizaría una Rx cervical y de tórax. Avisaría al endoscopista sin probar previamente con medidas médicas. d) Daría al paciente el alta. Si no mejora a las 24 horas que acuda de nuevo.	B	100%

Tabla 2 Preguntas, respuestas y % de aciertos

CO-05. PROBABILIDAD A LARGO PLAZO DE REINICIO DE TERAPIA ANTI-TNF TRAS RETIRADA POR CURACIÓN MUCOSA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

LUQUE CARMONA AM, LUCENA VALERA A, NÚÑEZ ORTIZ A, GARCÍA ORTIZ JM, TRIGO SALADO C, DE LA CRUZ RAMÍREZ MD, HERRERA JUSTINIANO JM, LEO CARNERERO E.

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

Conocer la necesidad de reiniciar terapia biológica a largo plazo tras retirada por curación mucosa en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), los factores asociados y la respuesta a la reintroducción.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con EII a los que se retiró el tratamiento anti-TNF una vez demostrada curación mucosa, entre junio de 2009 y mayo de 2016.

Recogimos características demográficas y fenotípicas de la EII, tratamiento biológico e inmunosupresor (IS) previo y posterior, datos analíticos e histológicos en el momento de la retirada. Analizamos el riesgo de recidiva después de la discontinuación, la necesidad de reiniciar tratamiento biológico y la respuesta al mismo.

Resultados

Incluimos 100 pacientes, 69 Enfermedad de Crohn (EC), 29 Colitis Ulcerosa (CU) y 2 Colitis Inclasificables (CI). En EC predominaba el patrón inflamatorio (62%) y la localización ileocolónica (53%). En CU el 74% fueron pancolitis.

PREGUNTA	CORRECTA	% ACIERTO
Mujer de 70 años que acude a urgencias por ascitis de novo. No consumo de alcohol ni antecedente de hepatopatía. Pérdida de peso. Niega clínica de epigastralgia, pesadéz postprandial, alteraciones del hábito intestinal o productos patológicos en heces. Se realiza una ecografía en la que describen hígado de bordes lisos y homogéneo, con porta de calibre normal y sin esplenomegalia. Las características del líquido ascítico son: 200 leucocitos, 90% MN, 10% PMN, proteínas en líquido ascítico de 4 g/dl. a) Es una peritonitis bacteriana espontánea (PBE). Iniciaría tratamiento con ceftriaxona y albúmina. b) Es una ascitis de origen cirrótico en ausencia de datos de PBE. Al ser de novo, cursaría ingreso en Aparato Digestivo. c) Las características del líquido ascítico y la ausencia de datos de hepatopatía sugieren un origen tumoral. Ante ausencia de datos que orienten a un origen colorrectal o gástrico, solicitaría valoración ginecológica. d) Es una peritonitis bacteriana secundaria. Iniciaría tratamiento con ceftriaxona y metronidazol. Solicitaría un TC de abdomen.	C	75%
Varón de 55 años que acude por ictericia desde hace 4 días. Niega haber tenido dolor abdominal o fiebre. En analítica destaca Hb 10 mg/dl, VCM 98, LDH 50, una bilirrubina total de 8 mg/dl, con aumento de la bilirrubina urinaria. a) Solicitaría una ECO de abdomen ante la sospecha de causa tumoral. Posteriormente cursaría ingreso en Aparato Digestivo. b) Dado que se encuentra asintomático, indicaría solicitar cita preferente para CCEE de Aparato Digestivo. c) Sospecharía una anemia hemolítica. d) Solicitaría la ECO de abdomen. Si no hay hallazgos daría el alta.	A	66%
Varón de 58 años con hepatopatía crónica avanzada de origen etílico con datos de hipertensión portal que acude por ascitis. No refiere otra sintomatología. En analítica destaca Hb de 10 mg/dl, sodio de 125 mEq/l, creatinina de 1,8 (previas normales). ¿Cuál sería el procedimiento a realizar? a) Pautó furosemida o espironolactona. Si los tomaba previamente aumento la dosis. b) Pautó furosemida y realizó paracentesis con toma de citología, bioquímica y cultivo. Añadió sueroaterapia y albúmina. c) Añadió tauró, pautó albúmina y realizó paracentesis con muestra para bioquímica y cultivo. Suspendió diuréticos si los tenía pautados. d) No requiere paracentesis ya que en ausencia de fiebre no hay que descartar PBE. Pautaría los diuréticos para mejorar la ascitis.	C	62%
El mismo paciente acude de nuevo al mes, en esta ocasión por "caca oscura". Revisando su historia observamos que su última endoscopia fue hace 3 años, en dicha endoscopia se informó de varices esofágicas <5mm. En la analítica destaca Hb de 7,5 mg/dl. Tras realizar el tacto rectal vemos heces oscuras, pero no tenemos claro que sean melélicas. a) Comprobado con agua oxigenada la presencia de contenido hemérico, dato que concuerda con la anemia crónica, por lo que inicio la perfusión de somatostatina a dosis de Emg/24h. Solicito transfusión de hemoderivados. b) Ante la duda de que sean melenas y dada la anemia crónica, inicio la perfusión de somatostatina junto con la perfusión de pantoprazol. c) Inicio la perfusión de somatostatina junto con 3-4 litros de sueroaterapia. d) Inicio perfusión de somatostatina, perfusión de pantoprazol, ceftriaxona y alrededor de 2L de sueroaterapia.	D	34%

Tabla 1 Preguntas, respuestas y % de aciertos

La corticodependencia fue el motivo del inicio de tratamiento biológico en el 66% (vs 32% córtico refractariedad). Sesenta pacientes recibían infliximab, 38 adalimumab, 1 certolizumab y 1 golimumab. La biopsia mostró enfermedad quiescente en 63/83. El 83% de los pacientes recibieron inmunosupresores tras la retirada del biológico.

Tras un seguimiento medio de 57 meses, recidivaron 63 pacientes requiriendo reintroducción de biológicos 52. La probabilidad de reiniciar tratamiento biológico a los 12, 36 y 60 meses fue del 19,5%, 43,5% y 52%, con una respuesta tras la reintroducción del 76,6%. El estudio univariante demostró un riesgo superior en EC (61% vs 31%, p 0,008).

En EC el riesgo de reinicio de terapia biológica fue inferior en pacientes A3 (30% vs 66%, p 0,03) y B2 (31% vs 69%, p 0,006) y superior si la indicación fue la corticodependencia (68% vs 37%, p 0,02). El análisis multivariante confirma el efecto protector B2 y una peor respuesta en la corticodependencia.

En CU la probabilidad de retratamiento fue superior entre los pacientes que no continuaron tratamiento IS tras la suspensión, sin alcanzar significación (57% vs 22%, p 0,08).

Conclusiones

El riesgo de requerir reinicio de terapia biológica tras retirada por curación mucosa en EI es del 50% a los 5 años, superior entre los pacientes con EC, con una respuesta al retratamiento en el 76%. En EC el riesgo de reiniciarlo es superior cuando la indicación para iniciar el biológico fue la córticodependencia y muy inferior cuando predomina el proceso estenosante/fibrosante. En CU no debería suspenderse el antiTNF si no se va a poder continuar tratamiento IS.

CO-06. USTEKINUMAB EN PACIENTES CON CROHN, ¿ALGÚN CRITERIO PARA SU USO?

VALDÉS DELGADO T, MORENO MÁRQUEZ C, LORENZO L, MALDONADO PÉREZ B, CASTRO LARIA L, ARGÜELLES ARIAS F

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

-Analizar la eficacia y seguridad de Ustekinumab en pacientes con EC en nuestro hospital.

-Determinar si existe algún factor que mejore la respuesta en estos pacientes.

Material y Métodos

Estudio observacional y prospectivo constituido por una cohorte de pacientes con EC de larga evolución y fallo a otros biológicos, en tratamiento con Ustekinumab entre Noviembre 2017 a Julio 2019. Se analizaron las características de los pacientes, de la enfermedad

según la Clasificación de Montreal y la respuesta al tratamiento en las semanas 12 y 24. Se consideraba remisión clínica cuando el CDAI era ≤ 150 y el score de Harvey-Bradshaw (HB) ≤ 4 .

Resultados

Se incluyeron 35 pacientes con EC, un 48,6% (18/35) eran mujeres con una edad media de $42,8 \pm 13,5$ años. En un 54,3% (19/35) la localización fue ileocólica (L3), el 37,1% (13/35) presentaba afectación ileal (L1) y el 8,6% con localización colónica (L2). En un 40% (14/35) la enfermedad tenía un comportamiento inflamatorio (B1), el 34,3% (12/35) el comportamiento fue estenosante (B2) y el 25,7% (9/35) restante presentaba un comportamiento fistulizante (B3). El 48,6% (17/35) de los pacientes presentaban afectación perianal, y el 71,4% (25/35) tenían manifestaciones extraintestinales, las más frecuente fueron poliartalgias (18/35), seguida de manifestaciones dermatológicas (5/35) y 2/35 oculares. El 62,9% eran no fumadores (22/35), 25,7% fumadores activos (9/35) y exfumadores 11,4% (4/35). Todos los pacientes habían fallado previamente al menos a un biológico. 22 pacientes fallo a dos biológicos 12 a adalimumab y 1 a Infliximab. (Tabla 1)

La segunda visita (semana 12) fue completada por todos los pacientes, la tercera (semana 24) por 27/35 pacientes. En la semana 12, el 37,1% alcanzaron la remisión clínica basándose en el CDAI e índice de HB. En la semana 24, el 66,7% estaban en remisión clínica según el CDAI y HB. En la visita basal el CDAI y HB obtuvieron una mediana de 200 y 9 puntos respectivamente. En la semana 12, ambas medianas descendieron a 160 y 5 puntos respectivamente. En la semana 24, los valores de las medianas fueron de 100 y 4

Características demográficas	N (%)		
Sexo			
Hombre	17 (48.6)		
Mujer	18 (51.4)		
Hábito tabáquico			
Ex - Fumador	4 (11.4)		
Fumador	9 (25.7)		
No Fumador	22 (62.9)		
Clasificación Montreal			
Edad (A)	A1: 3 (8.6)	A2: 26 (74.3)	A3: 6 (17.1)
Localización (L)	L1: 13 (37.1)	L2: 3 (8.6)	L3: 19 (54.3)
Comportamiento (B)	B1: 14 (40)	B2: 12 (34.3)	B3: 9 (25.7)
Afectación perianal	17 (48.6)		
Manifestaciones Extraintestinales	25 (71.4)		
Tratamiento previo			
Corticoides	25 (71.4)		
Inmunosupresores	25 (71.4)		
Terapia Biológica	35 (100)		

Tabla 1 Características demográficas de los 35 pacientes.

puntos respectivamente. (Tabla 2-3) No se observaron efectos adversos graves secundarios a Ustekinumab en los 35 pacientes seguidos.

Conclusiones

El tratamiento con Ustekinumab es una alternativa eficaz en pacientes con EC avanzada y en los que han fallado a terapia con Anti-TNF o Vedolizumab, si bien, se necesita una cohorte mayor y un seguimiento a más largo plazo.

	Harvey-Bradshaw Basal	Harvey-Bradshaw Semana 12	Harvey-Bradshaw Semana 24
Mediana	8.5	5	4
IQR (p25;p75)	(7;12)	(3; 6.25)	(3;5)

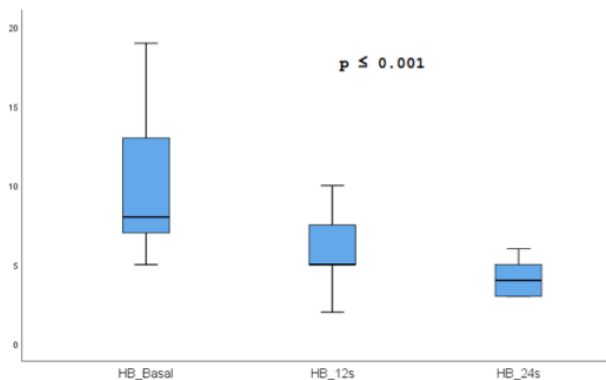


Tabla 2

Puntuación media del CDAI en la semana basal, semana 12 y en la semana 24.

	CDAI Basal	CDAI Semana 12	CDAI Semana 24
Mediana	200	160	100
IQR (p25;p75)	(180;250)	(120;180)	(90;160)

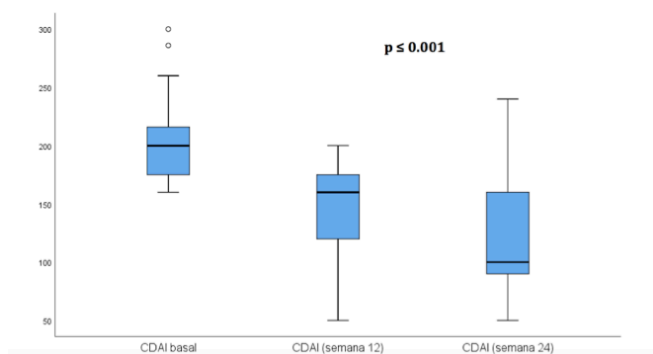


Tabla 3

Puntuación media del Harvey Bradshaw en la semana basal, semana 12 y en la semana 24.

CO-07. UTILIDAD CLÍNICA DE LA DETERMINACIÓN DEL PÉPTIDO INMUNOGENÉTICO DEL GLUTEN EN ORINA EN EL CONTROL DE LA ADHERENCIA A LA DIETA SIN GLUTEN

GARZÓN BENAVIDES M¹, FOMBUENA RUBIO B¹, RUIZ CARNICER A², GARCÍA FERNÁNDEZ F¹, SOBRINO RODRIGUEZ S¹, ARGÜELLES ARIAS F¹, GOMEZ IZQUIERDO L¹, ROMERO GÓMEZ M¹, SOUSA MARTIN C², PIZARRO MORENO A¹

C¹COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ²UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA

Introducción

Las herramientas de monitorización de la adherencia a la dieta sin gluten en los pacientes celíacos tienen muchas limitaciones. El control periódico con biopsias de la inmunidad de la mucosa intestinal no está generalmente aceptado por su coste e invasividad. Se necesitan métodos objetivos y no invasivos que aseguren la ausencia del consume de gluten tras obtener la recuperación de la mucosa duodenal con DSG. OBJETIVOS: Demostrar la utilidad de la determinación de péptidos inmunogénicos de gluten (GIP) en orina en la monitorización de la adherencia a la DSG y su correlación con la ausencia de lesiones histológicas.

Material y Métodos

Estudio cuasiexperimental de casos-controles, con pacientes mayores de 14 años, de los Hospitales Virgen del Rocío y Macarena. Casos: i) Grupo A: pacientes celíacos diagnosticados de novo, ii) Grupo B: celíacos a DSG al menos 24 meses. Controles: pacientes con histología duodenal normal y estudio serológico negativo. Variables de estudio: síntomas, serología celíaca, cuestionario dietético, histología duodenal al diagnóstico e inclusión en el estudio y niveles de GIP en orina de 3 días previos y a la endoscopia. La determinación de GIP se realizó con Glutentox sticks (Biomedal®, Sevilla, España).

Resultados

Desde Noviembre 2016 hasta Junio 2018 se incluyeron: 116 pacientes. Las características de cada grupo se recogen en la Tabla 1. De los pacientes a DSG, eran GIP – el 40% (32/80), de los cuales el 97% (31/32) no presentaban atrofia (MARSH 0-I). Eran GIP + el 60% (48/80), de ellos el 40% (19/47) tenían lesión duodenal MARSH II-III, en ellos los niveles de GIP en orina eran significativamente superiores a los pacientes con GIP + con MARSH 0-I. (Figura 1) De los pacientes con MARSH II-III (20/79), el 65 % (13/20) tenían Ac ATG -, 80% (16/20) asintomáticos y 60% (9/15) presentaban buena adherencia según CDAT, mientras que el 95% (19/20) eran GIP +. La determinación de GIP en orina demostró un VPN del 97% y una sensibilidad del 95% en la predicción de atrofia vellositaria duodenal. (Tabla 2)

Conclusiones

La detección de GIP en orina en pacientes a DSG permite detectar transgresiones que se correlacionan con la presencia de lesiones histológicas. La ausencia de GIP en orina de forma repetida garantiza

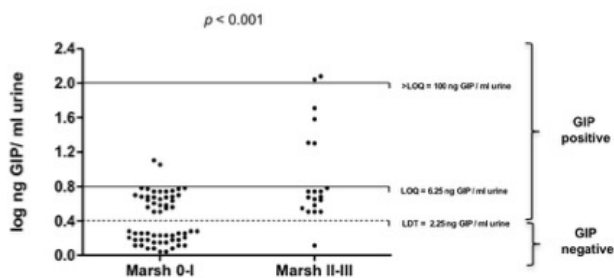


Figura 1
Correlación de los niveles de GIP con el grado de lesión histológica.

	Controles (N=13)		EC de novo (N=23)		EC DSG > 24 m (N= 80)			
	A la inclusión		A la inclusión (diagnóstico)		Al diagnóstico		A la inclusión	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mujer	8	62	16	70	54	68	54	68
Edad media	39 a (20-76)		30 a (19-74)		32a (1-75) 31/80 (39%) < 14 años 49/80 (61%) > 14 años		40 a (15-72)	
Motivo consulta								
Síntomas	9	75	17	74	64	83	-	-
Alteración analítica	3	25	5	22	9	12	-	-
Factor de riesgo	0	0	1	4	4	5	-	-
Síntomas								
Sintomáticos	9	75	18	78	71	89	19	24
Asintomáticos	3	25	5	22	9	11	61	76
Sintomatología								
Diarrea	1	10	8	35	33	42	3	4
Dispepsia	4	40	7	30	11	14	6	8
Dolor abdominal	3	30	0	0	15	19	4	5
Meteorismo	0	0	1	4	2	3	4	5
Retraso crecimiento	0	0	1	4	4	5	0	0
Otros	0	0	3	13	6	8	2	3
HLA DQ2/DQ8								
No alelos	2	40	1	5	3	5	3	5
1 alelo	3	60	19	95	51	84	51	84
2 alelos	0	0	0	0	7	11	7	11
Serología EC								
Positiva	0	0	23	100	57	83	9	11
Negativa	10	100	0	0	12	17	71	89
Histología duodeno								
MARSH 0-I	11	100	2	9	9	13	59	75
MARSH II-III	0	0	21	91	62	87	20	25
Test adherencia DSG								
Buena adherencia	-	-	-	-	-	-	50	78
Mala adherencia	-	-	-	-	-	-	14	22
GIP orina								
Positivo	13	100	22	96	-	-	48	60
Negativo	0	0	1	4	-	-	32	40

Tabla 1
Características de la población.

PRECISION DIAGNOSTICA GIP ORINA (N=79)				
	MARSH 0-I	MARSH II-III	Sensibilidad	95%
GIP -	31 (52%)	1 (5%)	Especificidad	52.5%
GIP +	28(47.5%)	19 (95%)	VPP	40%
TOTAL	59	20	VPN	97%
PRECISION DIAGNOSTICA SEROLOGIA EC (N=79)				
	MARSH 0-I	MARSH II-III	Sensibilidad	35%
anti-ITG -	57 (97%)	13 (65%)	Especificidad	96%
anti-ITG +	2(3%)	7 (35%)	VPP	77%
TOTAL	59	20	VPN	81%
PRECISION DIAGNOSTICA SINTOMATOLOGIA (N=79)				
	MARSH 0	MARSH I-III	Sensibilidad	20%
asintomático	44 (75%)	16 (80%)	Especificidad	75%
sintomático	15(25%)	4(20%)	VPP	21%
TOTAL	59	20	VPN	73%
PRECISION DIAGNOSTICA DE CUESTIONARIO DIETETICO (N=63)				
	MARSH 0	MARSH I-III	Sensibilidad	40%
Mala adherencia**	8(17%)	6(40%)	Especificidad	83%
Buena adherencia	40(83%)	9(60%)	VPP	43%
TOTAL	48	15	VPN	81%

Tabla 2
Validez y fiabilidad de cada herramienta de control de adherencia a DSG.

el correcto cumplimiento de la dieta a la vista de su correlación con la indemnidad del duodeno. Se constata el escaso valor de la sintomatología, Iserología y los cuestionarios en la monitorización de la DSG y su escasa sensibilidad en la detección de la persistencia de las lesiones duodenales.

CO-08. UTILIDAD DEL NUEVO PUNTO DE CORTE DEL ÍNDICE GLASGOW-BLATCHFORD EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

ORTEGA SUAZO EJ, JIMÉNEZ ROSALES R; VADILLO CALLES F, MARTÍNEZ CARA, JG, HERRADOR PAREDES M, REDONDO CEREZO E

COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVE, GRANADA

Introducción

El índice de Glasgow-Blatchford (IGB) es una escala pronóstica pre-endoscópica utilizada en hemorragia digestiva alta (HDA) para diferenciar pacientes de bajo riesgo de complicaciones que puedan ser dados de alta precoz con endoscopia ambulatoria, de especial interés en casos de endoscopista localizado. Los pacientes con un IGB=0 tienen una probabilidad <1% de requerir intervención endoscópica siendo el alta segura; pero solo un 10% tendrán un IGB=0. Un estudio más reciente demostró que cambiando el punto de corte a IGB≤1 la sensibilidad identificando pacientes de bajo riesgo era 99,2% reduciendo la necesidad de ingresos a la mitad. El objetivo de nuestro estudio es valorar el pronóstico de pacientes con HDA y GBS≤1.

Material y Métodos

Estudio prospectivo que recoge a pacientes con HDA tratados en el Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". Se tabularon datos clínicos, bioquímicos, intervenciones y curso clínico: mortalidad aguda y eventos diferidos en 6 meses (mortalidad, eventos cardiovasculares, eventos hemorrágicos).

Resultados

632 pacientes con HDA, 613 IBS>1 y 19 IBS≤1. Los pacientes con GBS≤1 difirieron de GBS>1 en comorbilidades (26,3%vs.75,4%; p<0,001), medicación antitrombótica (10,5%vs.38,2%; p=0,014), hábito tabáquico (0%vs.20,8%; p=0,026), consumo de alcohol (5,26 vs.18,99; p=0,001), melenas (31,6%vs.70,1%; p<0,001), pérdida de conciencia (0%vs.12,2%; p=0,027), pulso (80,26 vs.90,32 lpm; p=0,003), urea (31,68 vs.86,11; p<0,001), creatinina (0,79 vs.1,21; p<0,001), hemoglobina (13,8 vs.9,4; p<0,001), INR (1,01 vs.1,56; p<0,001), tratamiento endoscópico (10,5% vs.43,9%; p=0,004), resangrado (0%vs.17,8%; p=0,043), transfusiones (0 vs.2,78; p<0,001), días hospitalización (1,37 vs.8,89; p<0,001), mortalidad hospitalaria (0% vs.10,1%; p=0,047), mortalidad diferida (0%vs.11,1%; p=0,036), eventos hemorrágicos diferidos (0%vs.19,2%; p=0,035) y eventos cardiovasculares diferidos (0%vs.9,5%; p=0,045). No hubo diferencias en sexo, edad, hematemesis, tensión arterial, albúmina, plaquetas y necesidad de cirugía/radiología intervencionista (0%vs.4,1%; p=0,360).

Conclusiones

Este estudio muestra, coincidiendo con publicaciones previas, que los pacientes con $IGBS \leq 1$ son menos complejos con un pronóstico excelente, siendo seguro su manejo ambulatorio. De hecho, retrasar la endoscopia no habría cambiado los resultados, con ahorros de salud. Nuestro hospital es un centro de referencia con especial dedicación a HDA que atiende un gran número de pacientes, que unido a un gastroenterólogo de guardia 24h/365 días, determina en ocasiones un menor umbral para realizar endoscopia urgente. En conclusión, y como recomiendan las guías internacionales, el empleo de escalas pronósticas en HDA es útil para guiar la práctica clínica diaria.

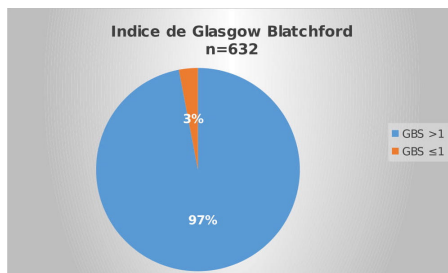


Figura 1

Total de pacientes con HDA con puntuación $> 0 \leq 1$ según el Índice de Glasgow Blatchford.

n = 632	GBS>1 (613)	GBS≤1 (19)	p
Sexo (Hombre)	47.4%	67.4%	0.089
Edad (años)	64.93	56.89	0.127
Comorbilidades	75.4%	26.3%	<0.001
Tabaco	20.8%	0%	0.026
Alcohol	18.99%	5.26%	0.001
Tratamiento antitrombótico	38.2%	10.5%	0.014
Pulso (lpm)	90.32	80.26	0.003
Tensión arterial sistólica (mmHg)	112.22	129.47	0.286
Pérdida de consciencia	12.2%	0%	0.027
Melenas	70.1%	31.6%	<0.001
Hematemesis	52.8%	63.2%	0.485
Urea (mg/dL)	86.11	31.68	<0.001
Creatinina (mg/dL)	1.21	0.79	<0.001
Albumina (g/dL)	3.34	4.00	0.735
Hemoglobina (g/dL)	9.4	13.8	<0.001
Plaquetas	209,806	242,052	0.517
INR	1.56	1.01	<0.001
Tratamiento endoscópico	43.9%	10.5%	0.004
Transfusiones (concentrado de hemátias)	2.78	0	<0.001
Días de hospitalización	8.89	1.37	<0.001
Resangrado	17.8%	0%	0.043
Mortalidad hospitalaria	10.1%	0%	0.047
Mortalidad diferida	11.1%	0%	0.036
Eventos hemorrágicos diferidos	19.2%	0%	0.035
Eventos cardiovasculares diferidos	9.5%	0%	0.045
Necesidad de cirugía/radiología intervencionista	4.1%	0%	0.360

Tabla 1

Características de los pacientes.

SESIÓN II

CO-09. EFICACIA PARA LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE COLESTEROL DE UNA FORMULACIÓN DE YOGURT CON LACTOBACILLUS REUTERI NCIMB 30241 ACTIVADA CON HIDROLASA BILIAR MICROENCAPSULADA EN ADULTOS

MINGUEZ CORTES JM¹, ACOSTA BAZAGA E²

¹HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ(MÁLAGA).

²COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA.MÁLAGA

Introducción

Se ha observado en varios estudios una reducción limitada o baja del colesterol sérico tras la administración de probióticos. En los últimos meses y en gran medida a la mejora de la selección de cepas y las técnicas de administración estos han demostrado prometedores en el tratamiento de la enfermedad metabólica/esteatosis hepática frente a esteatohepatitis.

Evaluar la eficacia de reducción del colesterol de una formulación de yogur que contiene hidrolasa de sal biliar microencapsulada (BSH) activo *Lactobacillus reuteri* NCIMB 30241, tomada dos veces por día durante 8 semanas, en adultos mayores de 60 años hipercolesterolémicos (cifras de colesterol mayores de 245 mgr/dl).

Material y Métodos

Un total de 38 sujetos todos mayores de 60 años completaron este estudio doble ciego, controlado con placebo, aleatorizado.

Este estudio de intervención incluyó un período de lavado de 3 semanas, un período de internado de 3 semanas y un período de tratamiento de 8 semanas. Los sujetos fueron aleatorizados para consumir yogures que contenían *L. reuteri* NCIMB 30241 microencapsulado o yogures de placebo.

Resultados

Durante el periodo de intervención, los sujetos que consumieron yogures que contenían *L. reuteri* NCIMB 30241 microencapsulado lograron reducciones significativas en el colesterol LDL (LDL-C) de 11-93% ($p = 0,015$), colesterol total (TC) de 5-83% ($p = 0,035$) y colesterol no HDL (HDL-C) de 9-93% ($p = 0,029$) sobre placebo, y un cambio absoluto significativo en ApoB-100 de 241 mmol / l ($p = 0,0199$). Por otro lado, no se observaron cambios en Las concentraciones séricas de TAG y HDL-C.

Conclusiones

Los resultados actuales muestran que el consumo de yogur *L. reuteri* NCIMB 30241 activo en BSH microencapsulado es eficaz y seguro para reducir el LDL-C,TC, apoB-100 y no-HDL-C en sujetos hipercolesterolemicos. Este efecto a nivel de la disminución de los niveles de colesterol del *L. reuteri* NCIMB 30241 microencapsulado en yogur es comparado favorablemente con otros ingredientes alimentarios que reducen el colesterol A nivel de eficacia, los