

## COMUNICACIONES PÓSTER COMENTADOS

**CPO-001. POSIBLE PAPEL DE PRPF8 COMO NUEVO BIOMARCADOR DE AGRESIVIDAD TUMORAL EN CARCINOMA HEPATOCELULAR.**

LOZANO DE LA HABA S<sup>1</sup>, HERMÁN SÁNCHEZ N<sup>1</sup>, LÓPEZ CÁNOVAS JL<sup>1</sup>, FUENTES FAYOS AC<sup>1</sup>, SANCHEZ FRÍAS ME<sup>2</sup>, AMADO V<sup>3</sup>, CIRIA R<sup>4</sup>, BRICEÑO J<sup>4</sup>, DE LA MATA M<sup>5</sup>, RODRÍGUEZ PERÁLVAREZ M<sup>5</sup>, LUQUE RM<sup>1</sup>, GAHETE ORTIZ MD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>GRUPO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. <sup>2</sup>DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. <sup>3</sup>DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. <sup>4</sup>UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. <sup>5</sup>UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

**Introducción**

Analizar la expresión del factor de splicing PRPF8 en distintas cohortes de carcinoma hepatocelular (CHC) y caracterizar su papel en el desarrollo y progresión tumoral, así como su potencial relevancia clínica.

**Material y métodos**

La expresión de PRPF8 (mRNA y proteína) se analizó en una cohorte retrospectiva (n=172 pacientes) y se validó en dos cohortes in silico (TCGA y CPTAC) de muestras de CHC y tejidos adyacentes. Las consecuencias funcionales y moleculares de su silenciamiento (mediante siRNAs específicos) se evaluaron en líneas celulares derivadas de hígado (HepG2, Hep3B y SNU-387) y en modelos animales (tumores xenógrafos inducidos por inoculación de Hep3B). Además, se analizaron datos de RNAseq y eCLIPseq generados en HepG2 para hacer estudios moleculares.

**Resultados**

PRPF8 se encuentra sobreexpresado (a nivel de mRNA y proteína) en muestras de CHC comparadas con muestras control en todas las cohortes analizadas. Además, sus niveles se asocian con parámetros clínicos relevantes como la agresividad tumoral (asociación positiva con tamaño tumoral, asociación negativa con supervivencia, etc.), con la expresión de variantes de splicing oncogénicas asociadas a CHC y con la alteración de genes críticos de rutas relevantes en cáncer. Estudios in vitro demostraron que su silenciamiento puede reducir parámetros de agresividad tumoral como proliferación, migración, formación de colonias y tumorosferas y aumentar la apoptosis. En modelos animales in vivo, el silenciamiento de PRPF8 puede reducir el crecimiento de tumores xenógrafos. Desde un punto de vista molecular, los datos de CLIPseq en HepG2 demostraron que PRPF8 se une preferentemente a exones de genes codificantes, mientras

que el análisis del RNAseq reveló que su silenciamiento altera numerosos eventos de splicing, principalmente la exclusión de exones. Así, el análisis integrado de estos datos y experimentos in vitro adicionales revelaron que el silenciamiento de PRPF8 modula el splicing de la fibronectina 1 (FN1), promoviendo la exclusión del exón 40.2, esencial para la unión a integrinas. Así, el silenciamiento de PRPF8 reduce la fosforilación de FAK/AKT e impide la formación de fibras de estrés e invasión celular.

**Conclusiones**

PRPF8 se encuentra sobreexpresado en CHC y asociado con la agresividad tumoral y mal pronóstico, sugiriendo que su inhibición podría ser particularmente útil en esta enfermedad. Además, la modulación del splicing de FN1 por este factor tiene un papel importante en la hepatocarcinogénesis, mediante la regulación de la activación de la ruta FAK/AKT, la formación de fibras de estrés y la capacidad de invasión.

Financiación: MINECO (FPU20/03957), ISCIII (PI20/01301), JdA (PEMP-0036-2020, BIO-0139), FSEEN y CIBERobn.

**CPO-002. HEPATITIS AUTOINMUNE-LIKE INDUCIDA POR FÁRMACOS: PRESENTACIÓN CLÍNICA, FÁRMACOS CULPABLES Y SEGUIMIENTO DE LARGA DURACIÓN EN DOS REGISTROS PROSPECTIVOS DE DILI.**

Ortega-Alonso A<sup>1</sup>, Matilla-Cabello G<sup>2</sup>, Alvarez-Alvarez I<sup>2</sup>, García-Cortés M<sup>1</sup>, Pinazo-Bandera J<sup>1</sup>, Castiella A<sup>3</sup>, Medina-Cáliz I<sup>2</sup>, Robles-Díaz M<sup>1</sup>, Besson FO<sup>4</sup>, Lucena MI<sup>2</sup>, Andrade RJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>Servicio Farmacología Clínica. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>3</sup>Servicio Gastroenterología. Hospital Universitario Donostia-Donostia Unibertsitate Ospitalea, Donostia/San Sebastián. <sup>4</sup>Servicio Gastroenterología. Hospital Provincial del Centenario, Rosario (Argentina)

**Introducción**

La hepatitis autoinmune-like inducida por fármacos (DI-AILH) es un tipo de daño hepático inducido por fármacos (DILI) con características histológicas y de laboratorio similares a la hepatitis autoinmune (AIH). A pesar del interés creciente en esta condición, la evidencia sobre su fisiopatología e historia natural es escasa.

El objetivo de este estudio fue fenotipar exhaustivamente los casos DI-AILH de los registros Español y Latinoamericano de DILI, centrado en la evolución de los pacientes, la necesidad y respuesta a tratamiento inmunosupresor, el riesgo de recidiva y los fármacos culpables más frecuentes.

**Material y métodos**

Todos los pacientes cumplieron los siguientes criterios: 1) cumplir con los criterios bioquímicos de DILI tras descartar otras causas alternativas de enfermedad hepática, 2) ausencia de enfermedad hepática subyacente antes de tomar el fármaco culpable, 3) tomar

un fármaco antes del inicio del daño hepático; y la gran mayoría cumplieron al menos dos de los siguientes ítems: autoanticuerpos positivos (ANA, ASMA o anti-LKM1), niveles de inmunoglobulina G (IgG) por encima del límite superior de la normalidad (LSN), o biopsia hepática sugestiva para DI-AILH. Estos pacientes fueron comparados con casos DILI de ambos registros y con una cohorte independiente de casos AIH.

## Resultados

De 1426 casos de DILI idiosincrásico incluidos en ambos registros hasta diciembre de 2021, 33 casos DI-AILH (2,3%) fueron identificados. Comparados con el grupo DILI, en los casos DI-AILH fue levemente más frecuente el sexo femenino, el patrón de daño hepatocelular predominó (84 vs 63%;  $p=0,052$ ) y fueron expuestos durante un periodo más largo al fármaco culpable (mediana 92 vs 29 días;  $p<0,001$ ). También tuvieron mayores niveles de alanina aminotransferasa (ALT) (mediana 22 xLSN vs 9,2 xLSN;  $p<0,001$ ) y de IgG (media 21 g/L vs 13 g/L;  $p<0,001$ ). Adicionalmente, entre los casos DI-AILH, comparados con aquellos que no recidivaron, los pacientes que recidivaron tuvieron mayor bilirrubina total (mediana 7 xLSN vs 1,5 xLSN;  $p=0,008$ ) y ALT al inicio del episodio (mediana 31 xLSN vs 12 xLSN;  $p=0,038$ ), así como ausencia de eosinofilia periférica (0% vs 43%;  $p=0,048$ ). El riesgo de recidiva en los pacientes DI-AILH aumentó con el tiempo, siendo del 17% a los 6 meses y alcanzando el 50% a los 4 años tras la remisión. Las estatinas ( $n=8$ ), la nitrofurantoina ( $n=5$ ) y la minociclina ( $n=4$ ), fueron los fármacos culpables más frecuentes.

## Conclusiones

Los pacientes DI-AILH con mayor ALT y bilirrubina al inicio del episodio y ausencia de eosinofilia periférica, tuvieron un mayor riesgo de recidivar.

Adicionalmente, el riesgo de recidiva aumenta con el tiempo. Por lo tanto, estos pacientes DI-AILH requerirán un seguimiento de larga duración.

## CPO-003. VALIDACIÓN DE LOS CRITERIOS DE BAVENO VII PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA

DEL BARRIO AZACETA M<sup>1</sup>, LARA ROMERO C<sup>2</sup>, CORNEJO A<sup>2</sup>, ROMERO-GÓMEZ M<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. <sup>2</sup>Departamento Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

## Introducción

En consenso de Baveno VII ha definido unos criterios sencillos para intentar identificar la presencia de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS), basándose en la rigidez hepática en la elastografía de transición (ET). La denominada "regla de los 5" establece unos valores de rigidez hepática que, en combinación

con las cifras de plaquetas, permiten predecir la presencia o no de HPCS. Sin embargo, en pacientes con enfermedad hepática metabólica (EHmet) con IMC >30 no se encuentran validados. El objetivo de nuestro estudio es valorar la existencia de HPCS en paciente con EHmet e IMC>30.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico realizado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla). Se incluyeron pacientes diagnosticados de EHmet por biopsia (15,6%) o por criterios clínicos (84,4%) y que tuvieran una ET con fibrosis significativa ( $\geq 8$ kPa) en el momento del diagnóstico y una endoscopia oral con una distancia temporal de 6 meses. Se realizaron los siguientes grupos para inclusión y exclusión de HPCS basados en los de Baveno VII. Los criterios de inclusión fueron: ET  $\geq 25$ kPa o 20-25kPa y 150.000 plaquetas.

## Resultados

Se incluyeron 64 pacientes, con un IMC medio de 32,87kg/m<sup>2</sup>. El valor medio de la ET fue de 25,9kPa. Las características basales están recogidas en la (Tabla 1). En el total de la cohorte la sensibilidad de los criterios de Baveno VII simplificados para incluir a los pacientes con HPCS fue del 70% con un VPP del 51,85%.

N 64		Porcentaje % / Media (Desviación estándar)
Edad (años)		62,58 (10,03)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )		32,87 (6,09)
Género	- Masculino	50%
	- Femenino	50%
Diabetes		65,6%
Hipertensión		67,2%
INR		1,14 (0,48)
Albumina (g/dL)		4,39 (1,1)
Bilirrubina (mg/dL)		0,51 (0,25)
Plaquetas (G/L)		198.901,64 (88.034,79)
Colesterol (mg/dL)		176,33 (43,56)
Triglicéridos (mg/dL)		161,7 (59,17)
HDL colesterol (mg/dL)		54,07 (23,02)
Diagnóstico	- Clínico	84,4%
	- Biopsia	15,6%
Varices esofagogástricas		31,3%
Fibroscan (kPa)		25,9 (15,94)
Diámetro bazo (cm)		12,82 (2,43)

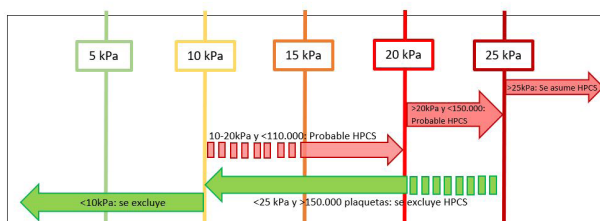
TABLA 1

CARACTERÍSTICAS BASEALES DE LOS PACIENTES EHMET CON FIBROSCAN BASAL CON FIBROSIS SIGNIFICATIVA ( $\geq 8$ KPA) AL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA.

Mientras que la especificidad y VPN para exclusión de HPCS fueron de 68,18% y 88,23%, respectivamente. En aquellos pacientes con IMC>30 la sensibilidad y especificidad fueron inferiores (sensibilidad del 62,5% vs 72,72% y la especificidad 66,67% vs 71,43%) (Tabla 2). Tres pacientes no pudieron ser clasificados en ninguno de los grupos de Baveno VII para inclusión/exclusión de HPCS, siendo denominados “zona gris”: eran 3 pacientes con ET entre 10-20kPa y con plaquetas entre 110-150.000 (Figura 1).

Grupos por valor de Fibroscan y plaquetas		Varices esofágicas		
		No	Sí	Total
>25kpa	Recuento	11	11	22
	% dentro de varices esofágicas	25,0%	55,0%	34,4%
20-25 kPa y <150.000 plaquetas	Recuento	2	1	3
	% dentro de varices esofágicas	4,5%	5,0%	4,7%
20-10kpa y <110.000 plaquetas	Recuento	0	2	2
	% dentro de varices esofágicas	0,0%	10,0%	3,1%
25-20 kPa y >150.000 plaquetas	Recuento	11	0	11
	% dentro de varices esofágicas	25,0%	0,0%	17,2%
20-10 kPa y >150.000 plaquetas	Recuento	18	2	20
	% dentro de varices esofágicas	40,9%	10,0%	31,3%
<10 kPa	Recuento	1	2	3
	% dentro de varices esofágicas	2,3%	10,0%	4,7%
Otros (zona gris)*	Recuento	1	2	3
	% dentro de varices esofágicas	2,3%	10,0%	4,7%
Total	Recuento	44	20	64
	% dentro de varices esofágicas	100,0%	100,0%	100,0%

**TABLA 2**  
PRESENCIA DE VARICES ESOFÁGICAS EN FUNCIÓN DE PUNTOS DE CORTE ESTABLECIDOS POR BAVENO VII EN LOS PACIENTES EHMET.



**FIGURA 1**  
"REGLA DE LOS 5" DE BAVENO VII MODIFICADA.

**Conclusiones**

- Los criterios predictores propuestos por Baveno VII para presentar o descartar HPCS pueden no son tan precisos en pacientes con EHmet, en especial en aquellos con IMC >30.
- Estudios prospectivos y con mayor tamaño muestral serán necesarios para su validación.

**CPO-004. VALOR DE LA ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA EN LA DETECCIÓN DE ESTEATOHEPATITIS Y ESTADIO DE FIBROSIS EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (EHMET)**

LÓPEZ GONZÁLEZ J<sup>1</sup>, LARA ROMERO C<sup>2</sup>, CAMPOS SERRANO N<sup>1</sup>, APARICIO MOTA A<sup>3</sup>, AMPUERO HERROJO J<sup>2</sup>, ROMERO-GÓMEZ M<sup>2</sup>, CASADO MARTÍN M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. <sup>3</sup>UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

**Introducción**

La EHmet se caracteriza por la presencia de esteatosis, esteatohepatitis (EHNA) y/o fibrosis en pacientes con disfunción metabólica. Actualmente el diagnostico de EHNA y fibrosis avanzada es histológico. En este escenario, surge la necesidad de desarrollar alternativas diagnósticas no invasivas, que permitan identificar ambas entidades evitando la biopsia hepática.

Los objetivos de nuestro estudio son analizar la presencia de EHNA y/o fibrosis avanzada, en pacientes con EHmet y rigidez hepática (RH) elevada, así como identificar los factores asociados a la existencia de fibrosis avanzada.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo bicéntrico, incluye pacientes con diagnóstico de EHmet atendidos en el Hospital Torrecárdenas y Hospital Virgen del Rocío, con RH>8kPa mediante elastografía transicional. Posteriormente, se ha evaluado la presencia de EHNA y grado de fibrosis mediante biopsia hepática.

Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, elastográficas e histológicas. Se definió fibrosis avanzada como la presencia de F3 o F4 y fibrosis leve como la presencia de F1, F2 o ausencia de fibrosis en el análisis histológico. Se realizó un análisis uni y bivalente previo a un modelo de regresión logística. Se estimó la discriminación del modelo mediante el área bajo la curva (AUC).

**Resultados**

El estudio incluyó 87 pacientes (tabla 1). El estudio histológico demostró EHNA en 80 (92%), 41 tenían fibrosis avanzada (47.1%), y 11 eran F4.

En el análisis bivalente, las cifras de GGT (p<0.01), RH (p<0.01) y FIB-4 (p=0.05), además del hecho de padecer diabetes (p=0.03) se asociaron a fibrosis avanzada.

En el análisis multivariante las variables asociadas de forma independiente a fibrosis avanzada fueron la diabetes (OR 3.6, IC95% 3-4.4) y RH (OR 1.57, IC95% 1.45-1.69), obteniéndose un

modelo predictivo (Figura 1) para estimar la fibrosis avanzada a partir de la rigidez hepática y diabetes con una sensibilidad de 0.87, especificidad de 0.71, F1 score de 0.82 y un AUC de 0.845 [0.758, 0.932] (Figura 2).

VARIABLES	RESULTADO n=87	FIBROSIS LEVE (n=46)	FIBROSIS AVANZADA (n=41)	P	
EDAD	59.75 ±10.6	57.9±10.7	61.7±10.2	0.09	
SEXO (%)	Hombre	43 (49.4%)	24 (52.2%)	19 (46.3%)	0.66
	Mujer	44 (50.6%)	22 (47.8%)	22 (53.7%)	
HTA (%)	61 (70.1%)	33 (71.7%)	28 (68.2%)	0.81	
DISLIPEMIA (%)	51 (58.6%)	28 (60.8%)	23 (56.1%)	0.66	
DIABETES (%)	55 (63.2%)	24 (52.2%)	31 (75.6%)	0.03	
OBESIDAD (%)	85 (97.7%)	44 (95.6%)	41 (100%)	0.5	
GOT	52.6 ± 30.8 U/L	48.4±27.3 u/l	57.5±34.1 u/l	0.17	
GPT	61.2± 41.3 U/L	62.2±43.3 U/l	60±39.5 U/l	0.8	
GGT	126.2± 116.7 U/l	92.5±78.5 u/l	164±139.9 U/l	0.004	
HB GLICOSILADA (n=44)	6.6± 1.28 %	6.34±0.8 %	7.1±1.8%	0.12	
COLESTEROL	197.6 ±39.3 mg/dL	198.7±34.2mg/dl	196.3±44.8mg/dl	0.7	
TRIGLICERIDOS	193.6 ± 108 mg/dL	192.2±99.5mg/dl	195.2±119.8mg/dl	0.9	
RIGIDEZ HEPÁTICA (kPa)	13.2 ± 5.8 kPa	10.4±1.6kPa	16.3±7.2kPa	0.0001	
CAP (n=43)	326.6±41.2	324.5±47.2	330.8±25.8	0.64	
FIB-4 (%)	<1.33	25 (28.7%)	13 (35.1%)	6 (18.7%)	0.05
	1.33-2.66	43 (49.4%)	20 (54%)	16 (50%)	
	>2.66	19 (21.8%)	4 (10.9%)	10 (31.3%)	
FIB-4	2.1 ±1.24	1.79±1	2.35±1.4	0.04	
APRI (%)	<0.5	30 (34.5%)	17 (37%)	13 (31.7%)	0.13
	0.5-1.5	45 (51.7%)	26 (56.5%)	19 (46.3%)	
	>1.5	12 (13.8%)	3 (6.5%)	9 (22%)	
APRI	0.72±0.7	0.72±0.7	0.86±0.63	0.3	

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA.

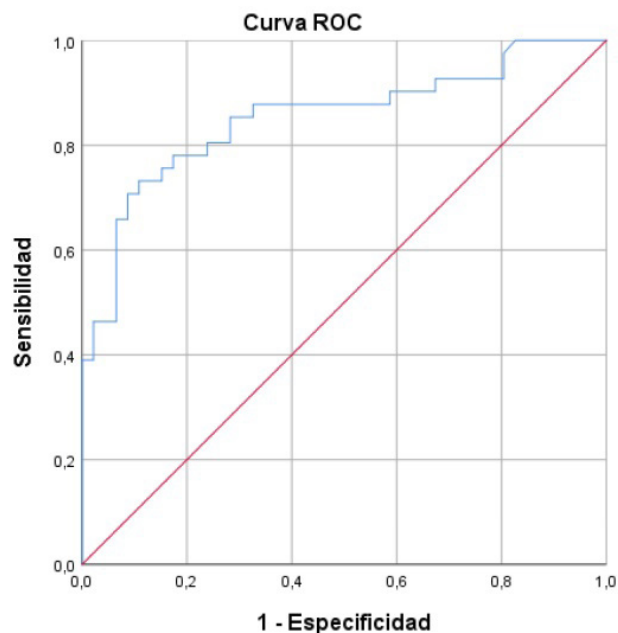
$$P = \frac{e^{(-6.48+0.46*FSRH+1.28*Diabetes)}}{1 + e^{(-6.48+0.46*FSRH+1.28*Diabetes)}}$$

FIGURA 1

FÓRMULA DEL MODELO CON LA QUE CALCULAR LA PROBABILIDAD DE PADECER FIBROSIS AVANZADA A PARTIR DE LAS VARIABLES DIABETES Y RIGIDEZ HEPÁTICA.

## Conclusiones

La mayoría de los pacientes con EHmet y RH>8kPa tienen EHNA y de ellos casi la mitad fibrosis avanzada. La diabetes y la rigidez hepática pueden identificar a pacientes con EHNA y fibrosis avanzada, pudiendo el modelo obtenido evitar la necesidad de realizar una biopsia hepática.



Los segmentos de diagonal se generan mediante empates.

FIGURA 2

ÁREA BAJO LA CURVA DEL MODELO.

## CPO-005. ANÁLISIS INTERMEDIO DE UN ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PREPARACION COLONOSCÓPICA CON POLIETILENGLICOL 1 LITRO O PICOSULFATO SODICO EN PRÁCTICA CLÍNICA

GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ<sup>1</sup>, GARRIDO SERRANO A<sup>1</sup>, CIRIA BRU V<sup>2</sup>, HERRERA MARTÍN P<sup>1</sup>, GARCÍA SOLIS R<sup>1</sup>, GARCÍA DÍAZ S<sup>1</sup>, ARIZA GALVÁN M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD ENDOSCOPIA. HOSPITAL QUIRONSAJUD SAGRADO CORAZÓN, SEVILLA. <sup>2</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRONSAJUD SAGRADO CORAZÓN, SEVILLA.

### Introducción

El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la preparación colónica con PEG (polietilenglicol) 1 litro más ácido ascórbico (Pleinvue) frente a picosulfato sódico con citrato de magnesio (Citrafleet).

### Material y métodos

Se realizó un registro sistemático y prospectivo de los pacientes preparados para colonoscopia ambulatoria con Pleinvue o Citrafleet, valorando la eficacia según la escala de Boston (BS) en el colon total y el colon derecho, grado de tolerancia mediante escala validada (Likert) (Figura 1), efectos secundarios y alteraciones hidroelectrolíticas.

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

PRODUCTO DE LIMPIEZA COLÓNICA

(Escala Likert Validada)

(rodée con un círculo la opción adecuada)

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

Apellidos y Nombre \_\_\_\_\_

NUMERO HISTORIA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ años

1) ¿Considera que el fármaco prescrito por su médico es fácil de ingerir?

a) Extremadamente fácil  
b) Bastante fácil  
c) Ni fácil, ni difícil  
d) Bastante difícil  
e) Muy difícil

2) ¿Ha afectado la toma de dicho fármaco a sus actividades cotidianas?

a) Mucho  
b) Bastante  
c) Moderadamente  
d) Poco  
e) Nada

3) Las restricciones dietéticas recomendadas por su médico, ¿han sido fáciles de seguir?

a) Extremadamente fácil  
b) Bastante fácil  
c) Ni fácil, ni difícil  
d) Bastante difícil  
e) Muy difícil

4) ¿Es bueno el sabor del fármaco prescrito por su médico?

a) Muy bueno  
b) Bastante bueno  
c) Ni bueno, ni malo  
d) Bastante malo  
e) Muy malo

5) ¿En qué medida ha consumido el fármaco prescrito por su médico?

a) 100%  
b) ≥ 75%  
c) ≥ 50%  
d) ≥ 25%  
e) ≥ 10%

6) ¿Ha sufrido eventos adversos al tomar dicho fármaco?

a) Tantos, que no he podido completar el tratamiento  
b) Alguno, que me ha hecho plantearme abandonar el tratamiento  
c) Alguno moderado  
d) Alguno leve  
e) Ninguno

7) ¿Cuál es su satisfacción global con el fármaco?

a) Muy satisfecho  
b) Bastante satisfecho  
c) Ni satisfecho, ni insatisfecho  
d) Bastante insatisfecho  
e) Muy insatisfecho

DESCRIBA LOS EVENTOS ADVERSOS:

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

Versión 2 01-Mayo-2021

FIGURA 1

ESCALA LIKERT VALIDADA DE TOLERANCIA Y SATISFACCIÓN.

## Resultados

Desde Mayo de 2021 a Junio de 2022 se incluyeron 210 pacientes. Fueron 107 hombres y 103 mujeres con una edad media de 55 años (18-80 años).

Tomaron Pleinvue 105 pacientes y Citrafleet otros 105 (Tabla 1). El 24% de los pacientes fueron mayores de 65 años, 35 tomaron Citrafleet y 16 Pleinvue.

Parámetros	Citrafleet (n=105)	Pleinvue (n=105)	p
Edad media	59 años	51 años	0,026
Sexo (mujer)	49%	48%	1,000
IRC leve	36%	32%	0,663
IRC moderada	06%	03%	1,538
Estreñimiento crónico	11%	03%	0,066
Colonoscopia completa	96%	98%	0,683

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE AMBOS GRUPOS. IRC LEVE: INSUFICIENCIA RENAL LEVE (ÍNDICE DE FILTRADO GLOMERULAR ENTRE 60 Y 90 ML/MIN). IRC MODERADA: INSUFICIENCIA RENAL MODERADA (ÍNDICE DE FILTRADO GLOMERULAR ENTRE 30 Y 60 ML/MIN).

La tolerancia fue buena en el 97% de los pacientes que tomaron Citrafleet frente al 90% con Pleinvue (p=0,079). No hubieron diferencias en el cumplimiento completo de las tomas ni la satisfacción global con el producto entre los dos grupos.

La preparación del colon con Pleinvue fue adecuada (BS mayor o igual a 6) en el 100% de los pacientes y en el grupo de Citrafleet obtuvieron esta limpieza el 90% (p=0,001). (Tabla 2).

Escala de Boston	Citrafleet (n=105)	Pleinvue (n=105)	p
COLON TOTAL	BBPS ≥ 6: 90%	BBPS ≥ 6: 100%	0,001
COLON DERECHO	BBPS ≥ 2: 77%	BBPS ≥ 2: 97%	0,001
	BBPS = 3: 10%	BBPS = 3: 62%	

TABLA 2

EFICACIA DE LA LIMPIEZA INTESTINAL.

Respecto a los eventos adversos (Tabla 3) con Citrafleet fueron nauseas o vómitos el 7% frente al 25% en el grupo que tomó Pleinvue (p=0,057).

Efectos adversos	Citrafleet (n=105)	Pleinvue (n=105)	p
Ninguno	85%	68%	0,005
Vómitos	3%	7%	0,057
Nauseas	5%	18%	0,025
Miscelánea	7%	7%	1,000

TABLA 3

COMPARATIVA DE LOS ACONTECIMIENTOS ADVERSOS ENTRE LOS DOS PRODUCTOS.

En el 12% de los pacientes del grupo de Pleinvue se detectaron valores de sodio > 146 mmol/L todos asintomáticos y el 7% del grupo de Citrafleet tenía niveles de sodio < 132 mmol/L, el 70% mayores de 65 años con síntomas como mareos, vómitos y uno de ellos cefalea intensa. No se produjeron alteraciones significativas del filtrado glomerular en los dos grupos.

En el subanálisis en mayores de 65 años la tolerancia al producto y los eventos adversos fueron similares con las dos preparaciones, pero la limpieza óptima (BS mayor o igual a 8) fue superior en el grupo de Pleinvue (p=0,001).

## Conclusiones

- La preparación de la colonoscopia con Pleinvue obtiene unos niveles óptimos mejores significativamente que con Citrafleet.
- Aunque la tolerancia fue mejor con Citrafleet y hubo un mayor porcentaje de nauseas o vómitos con Pleinvue, este hecho no altera la eficacia en la limpieza del colon con este producto.
- En el grupo de Citrafleet se detectaron casos de hiponatremia sintomática en mayores de 65 años, lo que debería tenerse en cuenta en el uso de este preparado en estos pacientes.

## CPO-006. RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL METACRÓNICO POR SIEMBRA TUMORAL DURANTE LA COLONOSCOPIA

CASTRO RODRÍGUEZ J<sup>1</sup>, GALLEGO JIMÉNEZ E<sup>1</sup>, GÓMEZ GARCÍA M<sup>1</sup>, SERRANO RUIZ FJ<sup>1</sup>, CASÁIS JUANENA LL<sup>1</sup>, PLEGUEZUELO NAVARRO M<sup>1</sup>, OSUNA SOTO J<sup>2</sup>, MORENO MORAL V<sup>3</sup>, HERVÁS MOLINA AJ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba. <sup>2</sup>Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba. <sup>3</sup>Laboratorio Análisis Clínico. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba.

### Introducción

Un 3% de los pacientes diagnosticados e intervenidos de cáncer colorrectal (CCR) presentan en el seguimiento posterior un segundo CCR (metacrónico), siendo por tanto necesario el seguimiento mediante colonoscopias de control en estos individuos. El riesgo de CCR metacrónico aumenta en síndromes de CCR hereditario o antecedentes familiares.

El objetivo del estudio fue investigar la posibilidad de desarrollar un CCR metacrónico por siembra tumoral durante la colonoscopia.

### Material y métodos

Realizamos un estudio observacional, longitudinal y prospectivo con revisión de las colonoscopias realizadas entre el 1/1/2007 y el 31/8/2019 en el H.U. Reina Sofía (Córdoba). Se incluyeron pacientes >18 años diagnosticados de un primer CCR mediante colonoscopia, intervenidos quirúrgicamente, y que posteriormente presentaban un tumor metacrónico en una colonoscopia realizada >6 meses tras la inicial, en una zona previamente manipulada. Se consideraron criterios de exclusión: los CCR diagnosticados durante una cirugía, tumores sincrónicos, recidivas locales en la anastomosis, CCR metacrónicos en una zona que no manipulada previamente o segundo CCR de estirpe histológica distinta.

Se recuperaron las piezas quirúrgicas o, en su defecto, las biopsias, del CCR inicial y metacrónico. Se realizó tinción de inmunohistoquímica a los pareados de muestras de las proteínas reparadoras de ADN relacionadas con la inestabilidad de microsátelites (MLH1, MSH2, MSH6, y PMS2), y extracción de ADN para estudio genético molecular (Figura 1).

### Resultados

Del total de 3161 pacientes diagnosticados de CCR, en 56 (1,77%) se detectó una segunda neoplasia en el seguimiento posterior (Figura 2), pero solo 29 casos (0,9%) fueron realmente CCR metacrónicos. De éstos últimos, solamente en dos pacientes se pudo establecer la hipótesis de CCR metacrónico por siembra tumoral (0,06%) (Figuras 3-5).

Se realizó estudio inmunohistoquímico de las proteínas de genes supresores de tumores en el CCR primario y metacrónico en ambos pacientes. En todos los casos se mantenía la expresión, las proteínas no estaban alteradas. Hasta ahora la extracción de ADN

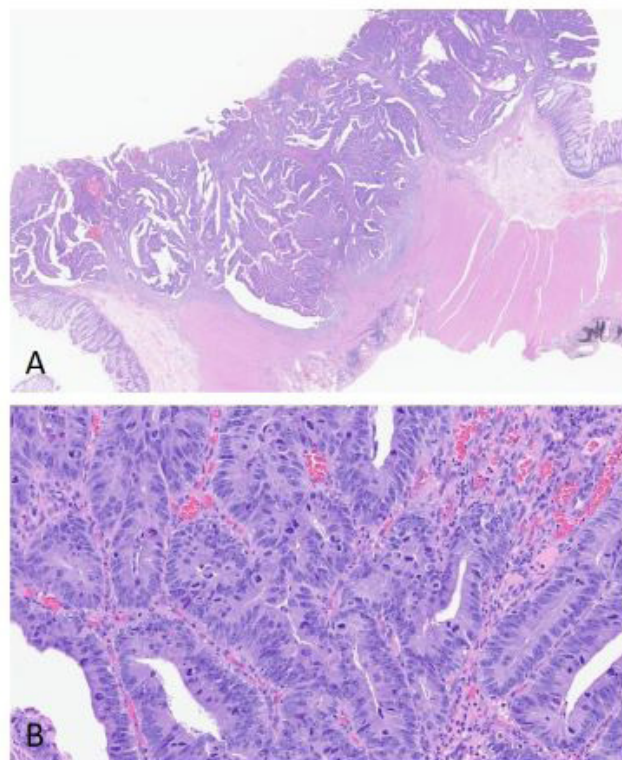


FIGURA 1

ADENOCARCINOMA DE COLON (A: H-E, 2X): TUMORACIÓN EXOFÍTICA QUE INFILTRA LA MUSCULAR PROPIA (PT3). (B: H-E, 20X): PÉRDIDA DE LA ARQUITECTURA GLANDULAR, DE LA POLARIZACIÓN NUCLEAR Y DEL COMPONENTE DE MUCINA. LAS CÉLULAS TUMORALES PRESENTAN ATIPIA INTENSA, CON NUCLEOLOS MÚLTIPLES Y NUMEROSAS MITOSIS.

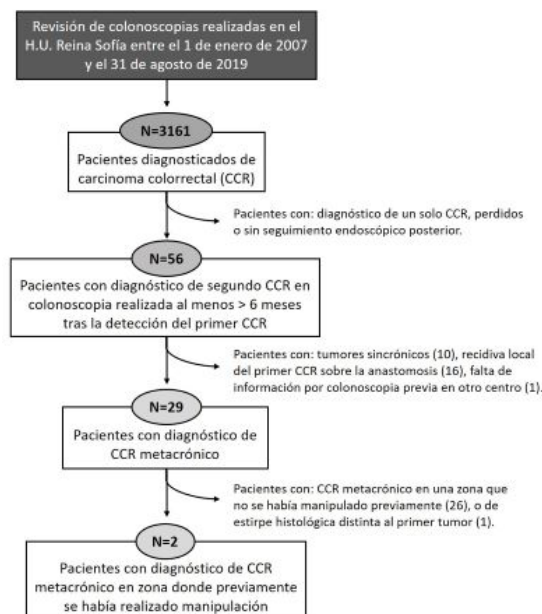


FIGURA 2

ALGORITMO DE ESTUDIO. DE LOS 56 PACIENTES CON UN SEGUNDO CCR (1,7% DEL TOTAL): 10 (0,3%) FUERON TUMORES SINCRÓNICOS NO DETECTADOS EN LA PRIMERA COLONOSCOPIA INCOMPLETA Y 16 (0,5%) FUERON RECURRENCIAS EN LA ANASTOMOSIS QUIRÚRGICA. DE MODO QUE SOLO 29 (0,9%) FUERON REALMENTE CCR METACRÓNICOS.

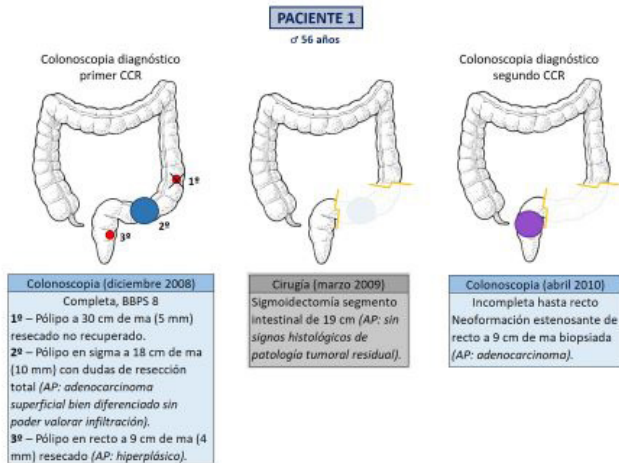


FIGURA 3

PACIENTE 1: VARÓN 56 AÑOS DIAGNOSTICADO DE UN PRIMER CCR SOBRE UN PÓLIPO RESECADO EN SIGMA, EXTIRPANDO POSTERIORMENTE UN PÓLIPO EN RECTO. ES INTERVENIDO, Y EN EL SEGUIMIENTO POSTERIOR DESARROLLA UN SEGUNDO CCR EN RECTO, EN LA LOCALIZACIÓN DONDE SE HABÍA RESECADO EL PÓLIPO EN LA PRIMERA COLONOSCOPIA.

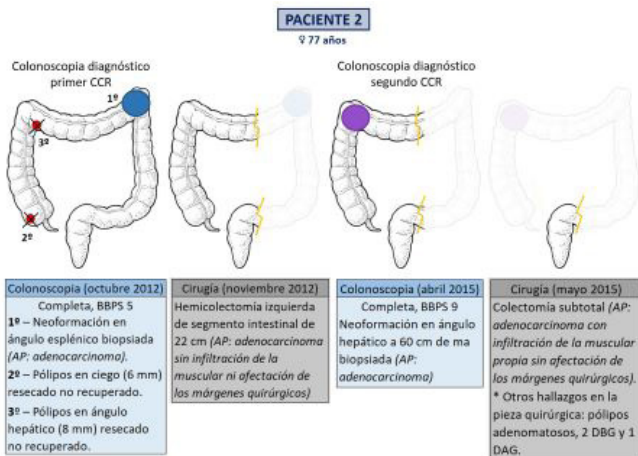


FIGURA 4

PACIENTE 2: MUJER 77 AÑOS DIAGNOSTICADA DE UN PRIMER CCR EN ÁNGULO ESPLÉNICO QUE SE BIOPSIA, RESECANDO POSTERIORMENTE UN PÓLIPO EN ÁNGULO HEPÁTICO. ES INTERVENIDA, Y EN LA EVOLUCIÓN POSTERIOR DESARROLLA UN SEGUNDO CCR EN ÁNGULO HEPÁTICO DONDE HABÍA SIDO EXTIRPADO EL PÓLIPO EN LA PRIMERA COLONOSCOPIA.

de calidad de las muestras no ha sido posible, estando por tanto pendiente aún el estudio genético molecular y/o NGS.

### Conclusiones

La posibilidad de implantación iatrogénica de células tumorales durante la colonoscopia parece baja, no obstante es importante tenerla en cuenta como causa potencialmente prevenible de CCR metacrónico. Con los únicos resultados obtenidos actualmente, procedentes del estudio inmunohistoquímico, se puede descartar en ambos pacientes un síndrome de Lynch como causa del CCR metacrónico. Queda pendiente el análisis genético molecular, fundamental para establecer la relación del segundo CCR metacrónico con el tumor originario en base a las mutaciones génicas.

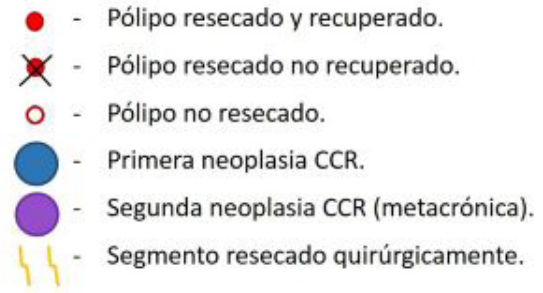


FIGURA 5

LEYENDA DE SÍMBOLOS. SIGLAS: AP (ANATOMÍA PATOLÓGICA), BBPS (BOSTON BOWEL PREPARATION SCALE), CCR (CÁNCER COLO-RECTAL), DAG (DISPLASIA DE ALTO GRADO), DBG (DISPLASIA DE BAJO GRADO), MA (MARGEN ANAL).

### CPO-007. ANÁLISIS DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER MEDIANTE DIVERTICULOTOMÍA ENDOSCÓPICA UTILIZANDO DISECTOR SB KNIFE™.

JURADO GARCÍA J, SERRANO RUIZ FJ, AMADO TORRES V, PLEGUEZUELO NAVARRO M, GONZÁLEZ GALILEA A, HERVÁS MOLINA AJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA

### Introducción

Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento del divertículo de Zenker (DZ) mediante diverticulotomía endoscópica (DE) utilizando el dispositivo Stag-Beetle (SB) Knife™.

### Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico, en el que se incluyeron 21 pacientes con DZ tratados mediante DE entre mayo de 2018 y septiembre de 2022. Las intervenciones se realizaron en Sala convencional de Endoscopia mediante sedación profunda con propofol dirigida por Anestesiista. En un caso fue preciso la anestesia con intubación orotraqueal (IOT). Para la realización de la técnica utilizamos un diverticuloscoPIO flexible ZDO-22-30 (Cook Medical), un videogastroscoPIO diagnóstico (diámetro externo 9-10 mm) y SB-Knife™ junior (Sumitomo, Bakelite CO., LTD). Los parámetros de la fuente de diatermia utilizados fueron corte 120 W, coagulación 30 W, efecto 2, modo "endocut". Tras la disección se colocan 2 clips hemostáticos en el fondo de la incisión.

### Resultados

Se incluyeron 21 pacientes, 11 de ellos (52,4%) mujeres, sobre los cuáles se realizaron un total de 25 procedimientos. Ninguno de ellos había recibido tratamiento previo del DZ. La edad media fue de 74,9 años (rango 48-93 años). El síntoma predominante en 19 de ellos (90,4%) fue la disfagia y el diagnóstico inicial se realizó mediante gastroscopia en 13 pacientes (61,9%) seguido del tránsito esofago-gastro-duodenal en 7 (33,3%). La mediana del tamaño

del DZ fue de 39,5 mm (RIC: 27-54,2 mm). Se consiguió llevar a cabo la septotomía en 24 casos (96%). El único caso fallido estuvo relacionado con problemas anestésicos, debiéndose reprogramar con IOT. Sólo hubo una complicación intraprocedimiento (4,2%) en forma de hemorragia que se controló con clips hemostáticos y una post-procedimiento (4,2%) que se manifestó como odinofagia. Todos los pacientes recibieron el alta 24 horas después de la intervención tras no haberse registrado ninguna incidencia clínica relevante. La mediana de seguimiento ha sido de 164 días (RIC: 63,7-299,7 días). En 4 pacientes persisten síntomas residuales leves (19%) y en otros 4 hemos encontrado recurrencia clínica significativa (19%), necesitando 3 de ellos un nuevo tratamiento endoscópico tras el cual, permanecen asintomáticos.

## Conclusiones

En base a nuestra experiencia, consideramos que la DE con el dispositivo SB Knife™ Junior, es una técnica muy segura y eficaz, con una alta tasa de éxito técnico (95,9%) y clínico en una sola sesión (81%) y con fácil abordaje en caso de recurrencia clínica significativa. Queda por determinar la eficacia con respecto a otras técnicas endoscópicas y en pacientes con periodos de seguimiento más largos.

## CPO-008. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA RECURRENTE, ¿QUÉ PUEDE HACER EL ENDOSCOPISTA?

GARCÍA ROBLES A, DÍAZ ALCÁZAR MM, ORTIZ SÁNCHEZ A, BERDUGO HURTADO F  
UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

## Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) recurrente es una complicación con elevada morbimortalidad. Por ello, el objetivo de este estudio es analizar los casos de HDA no varicosa recurrente en nuestro centro e identificar la relación con factores relacionados con la endoscopia (tiempo hasta la realización de la EDA inicial y experiencia del equipo de enfermería).

## Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de HDA en los que se realizó endoscopia alta (EDA) en nuestro centro durante 15 meses.

## Resultados

Se registraron 216 casos de HDA no varicosa, de los cuales 16 (7,4%) presentaron resangrado. El resangrado fue precoz (<7 días) en todos ellos.

El tiempo entre el inicio de la asistencia médica en el primer episodio de HDA y la EDA fue <6 horas en 9 pacientes (56,3%), 6-12h en 4 (25%) y 12-24h en 3 (18,8%). La asociación entre el tiempo hasta la primera EDA y la ocurrencia de resangrado fue estadísticamente significativa ( $p=0,019$ ).

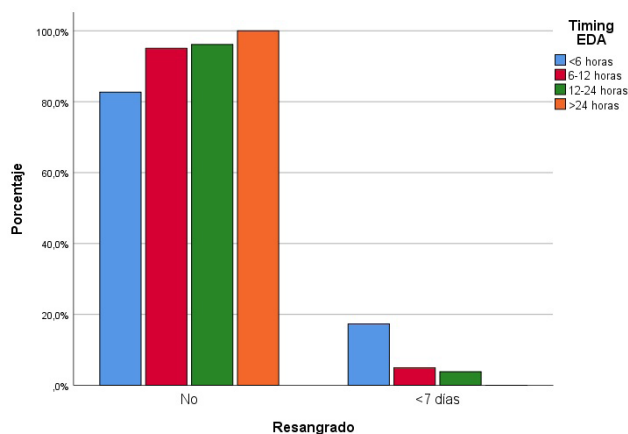


FIGURA 1

TIEMPO HASTA LA PRIMERA ENDOSCOPIA SEGÚN LA OCURRENCIA O NO DE RESANGRADO.

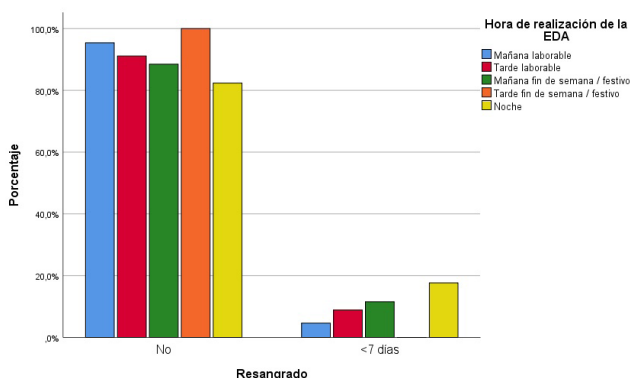


FIGURA 2

HORA DE REALIZACIÓN DE LA ENDOSCOPIA SEGÚN LA OCURRENCIA O NO DE RESANGRADO. SE DISPONE DE EQUIPO DE ENFERMERÍA NO ESPECIALIZADO POR LAS NOCHES Y LOS FINES DE SEMANA Y FESTIVOS, MIENTRAS QUE LAS MAÑANAS Y TARDES DE LOS DÍAS LABORABLES EL EQUIPO ESTÁ ESPECIALIZADO.

En 6 pacientes (37,5%) la EDA inicial se realizó con equipo de enfermería no especializado (noches/fines de semana/festivos) y en 10 (62,5%) con equipo especializado (mañanas/tardes laborables). La asociación entre el resangrado y la experiencia del equipo de enfermería no fue significativa ( $p=0,16$ ).

## Conclusiones

1. La tasa de HDA no varicosa recurrente en nuestro centro es 7,4%, algo inferior a series previas (10-24%).
2. En el 56,3% de los casos de resangrado la EDA terapéutica inicial se realizó en <6h, y la asociación entre el tiempo hasta la EDA y el resangrado fue significativa. Podría ser un factor determinante en el resangrado, impidiendo optimizar la resucitación hemodinámica y el manejo de comorbilidades, como indican las guías clínicas actuales.

3. No hay asociación significativa entre el resangrado y la experiencia del equipo de enfermería. La evidencia previa en este sentido es contradictoria, aunque se recomienda disponer de un equipo de guardia experimentado.

### CPO-009. RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA DE INTESTINO DELGADO: REVISIÓN DE SU SOLICITUD EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

EL FALLOUS EL MRAGHID M<sup>1</sup>, ALEJANDRE ALTAMIRANO RM<sup>1</sup>, PÉREZ LÓPEZ D<sup>2</sup>, BENÍTEZ CANTERO JM<sup>1</sup>, MARIN PEDROSA S<sup>1</sup>, IGLESIAS FLORES EM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. <sup>2</sup>SERVICIO RADIODIAGNÓSTICO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

#### Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) es una patología crónica que precisa de una gran cantidad de estudios radiológicos a lo largo del seguimiento. La Resonancia Magnética de intestino delgado (EnteroRM) tiene una precisión diagnóstica similar a la tomografía computarizada (TC), con el beneficio de evitar la radiación, por lo que tiene una alta demanda tanto para el diagnóstico como para el control de la actividad inflamatoria durante el curso de la enfermedad. El objetivo de este trabajo es determinar factores clínicos o analíticos asociados al diagnóstico de inflamación ileal por EnteroRM en ausencia de antecedente de enfermedad inflamatoria crónica intestinal (EICI).

#### Material y métodos

Se realiza un estudio unicéntrico, observacional y retrospectivo que incluye 568 pacientes a los cuales se realiza una enteroRM en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba durante el año 2021, diferenciando aquellos que tenían diagnóstico previo o no de EICI.

#### Resultados

321 (56,5%) pacientes no tenían diagnóstico previo de EICI. 90 (28,4%) presentaron hallazgos radiológicos sugestivos de EC en intestino delgado y 4 (1,3%) de neoplasias abdominales. En comparación a los pacientes con enteroRM normal, se asoció al diagnóstico radiológico de EC el antecedente de espondilitis anquilosante (3,3% vs 0,5%, p=0,04) y el valor de calprotectina fecal (CF) (441 vs 885,3, p=0,01) y de ácido fólico (7,5 vs 9,6 p=0,06). No se identifican síntomas asociados, pero sí signos como fiebre (12,1% vs 3,6%, p=0,004) y fecaluria (2,2% vs 0%, p=0,027). De estos pacientes, 155 (49,5%) contaban con una determinación de CF previa. La realización de una colonoscopia patológica (59,7% vs 22,5% p=0,001), así como de un TC abdominal normal (43,2% vs 26,4% p=0,003) o patológico (82,3% vs 38,3% p=0,001) se asocia a una enteroRM con alteraciones en intestino delgado. 247 (43,5%)

Características cohorte	EnteroRM normal	EnteroRM EC	Sig. Estadística (p)
<b>Datos de filiación</b>			
Media ± DE	Media ± DE	Media ± DE	
Edad (años)	44,4 ± 19,8	43,6 ± 16,4	0,98
<b>Datos analíticos</b>			
Leucocitos	7249 ± 2282	8300 ± 2683	0,102
Hemoglobina	13,86 ± 1,6	13,9 ± 2,4	0,92
Proteína C reactiva	5,4 ± 15,6	7 ± 13,1	0,63
Hierro	88,9 ± 42,9	75,84 ± 37,6	0,06
Ferritina	65,6 ± 70,8	45,4 ± 39,9	0,1
Vitamina B12	427,8 ± 373	381,8 ± 125,8	0,46
Ácido fólico	9,6 ± 4,7	7,5 ± 4,1	<b>0,03</b>
Calprotectina fecal	441 ± 505,3	855,3 ± 786,3	<b>0,01</b>
Colesterol total	179,2 ± 36,9	190 ± 44,7	0,21
Albumina	4,8 ± 0,4	4,7 ± 0,4	0,25
N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Antecedentes familiares y personales</b>			
AF primer grado EICI	15 (67,3%)	5 (5,6%)	0,7
AF segundo grado EICI	12 (5,4%)	2 (2,2%)	0,22
Enfermedad autoinmune	14 (6,3%)	9 (10%)	0,25
Espondilitis anquilosante	1 (0,5%)	3 (3,3%)	<b>0,04</b>
Artritis periférica	10 (4,5%)	1 (1,1%)	0,14
Vitiligo	1 (0,5%)	0 (0%)	0,53
Uveítis	2 (0,9%)	1 (1,1%)	0,86
Pioderma gangrenoso	2 (0,9%)	1 (1,1%)	0,86
Eritema nodoso	1 (0,5%)	0 (0%)	0,53
Enfermedad perianal	3 (1,3%)	3 (3,3%)	0,25
Psoriasis	6 (2,7%)	1 (1,1%)	0,39
Hidrosadenitis supurativa	2 (0,9%)	1 (90%)	0,87
Tabaquismo	54 (24,1%)	22 (24,4%)	0,87
<b>Síntomas y signos</b>			
Dolor abdominal	15 (67,3%)	65 (313%)	0,55
Diarrea	157 (50,12%)	61 (67,8%)	0,52
Pérdida de peso > 5 kg	64 (20,4%)	33 (36,7%)	0,21
Subocclusión intestinal	6 (1,8%)	6 (6,7%)	0,11
Fiebre	8 (2,6%)	11 (12,2%)	<b>0,004</b>
Fecaluria	0 (0%)	2 (2,2%)	<b>0,027</b>
Rectorragia	38 (12,1%)	20 (22,2%)	0,32
<b>Exploraciones complementarias previas</b>			
TC abdominal	59 (26,4%)	41 (43,2%)	<b>0,003</b>
TC abdominal patológica	23 (38,3%)	34 (82,3%)	<b>0,001</b>
Colonoscopia	174 (78%)	66 (69,5%)	0,11
Colonoscopia patológica	40 (22,5%)	40 (59,7%)	<b>0,001</b>
Ecografía abdominal	51 (22,3%)	24 (25,3%)	0,64
Ecografía abdominal patológica	4 (7,4%)	2 (7,6%)	0,96
Gastroscopia	74 (33,2%)	23 (24,2%)	0,11

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS BASEALES DE LA MUESTRA (N=313). SE REPRESENTAN LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS DOS GRUPOS EN COMPARACIÓN, AQUEL CON RESULTADO DE ENTERORM NORMAL (N=222) Y CON RESULTADO PATOLÓGICO SUGESTIVO DE EC CON PATRÓN INFLAMATORIO, ESTENOSANTE O FISTULIZANTE (N=91).

Características	N (%)
EnteroRM patológica	177 (71,7%)
Patrón inflamatorio	164 (92,7%)
Patrón estenosante	68 (38,4%)
Patrón fistulizante	29 (16,4%)
Fibrosis sin actividad inflamatoria	8 (4,6%)
Reurrencia posquirúrgica	40 (22,6%)
Colecciones abdominales	9 (5,1%)

TABLA 2

HALLAZGOS RADIOLÓGICOS EN LA ENTERORM REALIZADA A PACIENTES CON DIAGNÓSTICO PREVIO DE EICI (N=247). EICI: ENFERMEDAD INFLAMATORIA CRÓNICA INTESTINAL.

pacientes con diagnóstico previo de EICI se sometieron a una enteroRM, bien para descartar o para controlar la afectación en intestino delgado.

#### Conclusiones

Las peticiones de enteroRM suponen un alto consumo de recursos en centros de tercer nivel. Es prioritario optimizar su solicitud dentro del proceso diagnóstico de la patología digestiva, realizando inicialmente otras exploraciones con mayor disponibilidad como una determinación de CF o una colonoscopia y reservando la enteroRM para casos de alta sospecha de EICI. Seguir un algoritmo diagnóstico ordenado y bien estructurado es algo prioritario en las consultas generales de Aparato Digestivo para huir de una práctica médica defensiva y llevar a cabo un adecuado uso de los recursos hospitalarios.

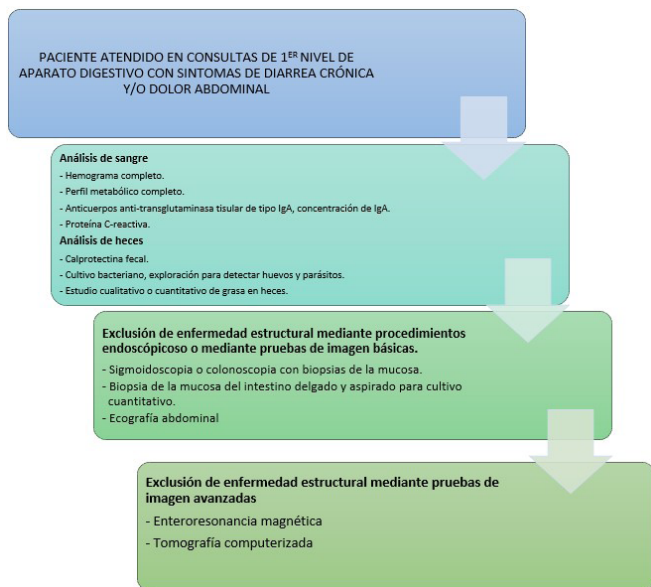


FIGURA 1

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PROPUESTO PARA PACIENTES ATENDIDOS POR PRIMERA VEZ EN CONSULTAS DE APARATO DIGESTIVO CON SINTOMATOLOGÍA DE DIARREA CRÓNICA Y/O DOLOR ABDOMINAL.

## CPO-010. MÚLTIPLES INTERCAMBIOS DE INFLIXIMAB BIOSIMILAR PARECEN SEGUROS Y EFECTIVOS EN UNA COHORTE EN VIDA REAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

GROS B, PLEVRIS N, CONSTANTINE-COOKE N, O'HARE C, ARNOTT I, NOBLE C, JONES GR, DERIKX LA, LEES CW, LEES CW

DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. WESTERN GENERAL HOSPITAL, EDIMBURGO.

### Introducción

Existen pocos datos sobre los múltiples intercambios de un biosimilar a otro. El Western General Hospital ha realizado hasta la fecha tres intercambios a biosimilares de infliximab: (1) Remicade a CT-P13 en 2016, (2) CT-P13 a SB2 en primer trimestre de 2020 y (3) SB2 a CT-P13 último trimestre 2021.

Nuestro objetivo fue confirmar la seguridad y efectividad tras los sucesivos cambios a biosimilares distintos.

### Material y métodos

Estudio prospectivo, observacional de cohortes. Todos los pacientes adultos con EI en tratamiento con IFX biosimilar cambiaron de SB2 a CT-P13 entre octubre 2021 y noviembre 2021.

Se recogieron valores de actividad clínica, proteína C reactiva (PCR), calprotectina fecal (FCAL), niveles de IFX y de anticuerpos contra IFX.

## Resultados

Características de los pacientes y exposición previa a IFX

Incluimos 297 pacientes (EC n=195 [65.7%], CU/IBDU n=102, [34.3%]) que cambiaron de SB2 a CT-P13.

Mediana de duración de su EI 6 años (IQR 2-11) con mediana de tratamiento con IFX 3 años (1-5) antes del intercambio.

Grupo 1: 67 / 297 pacientes (22.6%) tratados con Remicade, CT-P13 and SB2 antes del cambio de SB2 a CT-P13 (tercer switch).

Grupo 2: 138 / 297 (46.5%) segundo switch.

Grupo 3: 92/297 (31%) primer switch.

Intercambio SB2-CTP-13

Tras más de 6 meses de seguimiento 269/ 297 (90.6%) pacientes se mantuvieron con CTP-13. Interrupción del tratamiento: inmunogenicidad (n=15, 5.1%), pérdida de respuesta secundaria (n=7, 2.4%), eventos adversos (n=3, 1%), fallo primario (n=1, 0.3%) y elección del paciente (n=2, 0.7%).

Remisión clínica (HBI<5/ Mayo<2, p=0.77), remisión bioquímica (CRP≤5 mg/l, p=0.75) y fecal (FCAL<250µg/g, p=0.63) comparables al momento del switch y a las 12+/-4 y 24±4 semanas (Tabla 1).

El análisis multivariante mostró que los niveles de PCR > 5 mg/L previo al switch estaban independientemente asociados con la suspensión de IFX (HR 4.18; 1.50-11.70); un mayor número de switches (HR 0.45; 0.19-0.98) y la EC comparado con CU/IBDU (HR 0.26; 0.09-0.73). Hubo 5 eventos adversos, 3 graves con interrupción del fármaco: fallo cardíaco (n=1), infección COVID grave (n=1), adenocarcinoma de amígdala faríngea (n=1).

### Conclusiones

Múltiples cambios de infliximab biosimilar son seguros y efectivos. La remisión clínica y bioquímica fue comparable en el seguimiento. Mayor número de switches, PCR ≤5mg/L y EC se asociaron con mayor persistencia del fármaco.

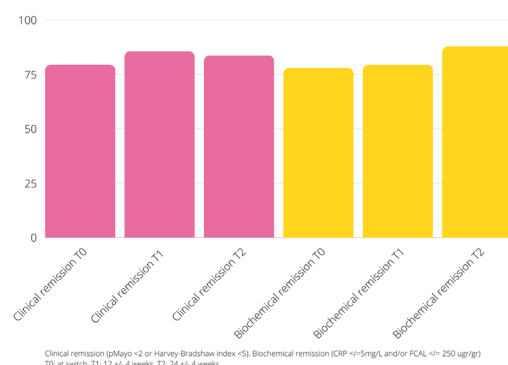


FIGURA 1

REMISIÓN CLÍNICA Y BIOQUÍMICA PARA LOS DISTINTOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.

Variables	T0 Switch	T1 12± 4 semanas NRI	T1 12± 4 semanas LOCF	T2 24± 4 semanas NRI	T2 24± 4 semanas LOCF	p valor 1° compara ción	p valor 2° compara ción
<b>Actividad clínica</b>							
Remisión clínica (HBI<5 o pMayo <2), n (%)	227/ 282 (79.4)	213 / 248 (85.5)	238/293 (81.2)	117 /140 (83.6)	238/294 (81)	0.36	0.81
Partial Mayo score, mediana (IQR)	1 (0-1)	0 (0-1)		0 (0-1)		0.15	0.67
Harvey-Bradshaw index, mediana (IQR)	1 (0-4)	1 (0-3)		1 (0-4)		0.56	0.86
<b>Actividad bioquímica</b>							
Proteína C-reactiva, mg/L, mediana (IQR)	2 (0-3)	1 (0-3)		1 (0-3)		0.31	0.21
Calprotectina fecal, µg/gr, mediana (IQR)	52 (20-139)	88 (46-264)		50 (30-122)		0.08	0.34
Proteína C-reactiva, ≤ 5 mg/L, n (%)	253/297 (85.2)	247 / 281 (87.9)	258/297 (86.9)	188/210 (89.5)	257/297 (86.5)	0.53	0.19
Calprotectina fecal ≤ 250 µg/gr, n (%)	175/204 (85.3)	89 /119 (74.8)	181/223 (81.2)	48/55 (87.3)	195/231 (84.4)	0.14	0.29
Proteína C-reactiva, ≤ 5 mg/L y/o calprotectina fecal ≤ 250 µg/gr, n (%)	231 /297 (77.8)	226 / 285 (79.3)	233/297 (78.5)	192 / 219 (87.7)	247/297 (83.2)	0.89	<b>0.003</b>
Niveles de infliximab, µg/gr, mediana (IQR)	7.7 (5.4-10.3)	7.3 (5.9-3)		8.6 (6-11.3)		<b>0.009</b>	0.111
Niveles de anticuerpos, UI/mL, mediana (IQR)	22 (14-45.6)	33 (18-81)		19 (12.5-49.5)		0.37	0.18

\* NRI: non responder imputation, LOCF: last observation carried forward.

TABLA 1

RESULTADOS DE ACTIVIDAD CLÍNICA Y BIOQUÍMICA EN LOS DISTINTOS TIEMPOS PREFIJADOS.

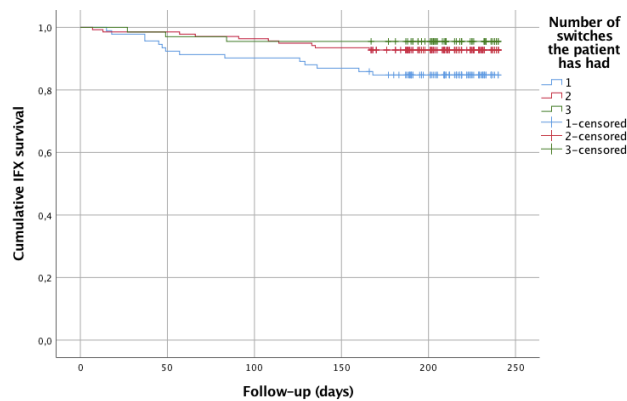


FIGURA 2

SUPERVIVENCIA DE IFX EN FUNCIÓN DEL NÚMERO DE SWITCHES.

### CPO-011. HLA-DQA1\*05: PROGRESANDO HACIA LA MEDICINA PERSONALIZADA EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

LÓPEZ GONZÁLEZ J<sup>1</sup>, VIEJO ALMANZOR A<sup>2</sup>, CAMPOS SERRANO N<sup>1</sup>, LÁZARO SÁEZ M<sup>1</sup>, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

## Introducción

Los fármacos antiTNF han adquirido en los últimos 20 años un papel muy importante en el tratamiento de la EI, aunque la ausencia de respuesta y la pérdida de la misma son frecuentes. Sazonovs et al (Gastroenterology, 2020) demostraron la asociación entre HLA-DQA1\*05 y el desarrollo de inmunogenicidad en pacientes tratados con antiTNF, siendo éste el primer factor genético asociado con este hecho. El objetivo primario de nuestro estudio es corroborar la asociación entre la expresión de dicho alelo y el fallo a antiTNF en pacientes adultos con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU). Otros objetivos son analizar si la presencia del alelo conlleva diferencias en características fenotípicas de la EI o un comportamiento más agresivo.

## Material y métodos

Estudio bicéntrico observacional, descriptivo y retrospectivo, que incluye pacientes mayores de 14 años que han recibido tratamiento con antiTNF durante al menos 3 meses desde enero 2015. Se analiza la presencia de HLA-DQA1\*05, además de variables epidemiológicas, clínicas, relacionadas con el antiTNF y con el fallo al tratamiento. Hemos realizado análisis univariante y análisis de supervivencia para comparar grupos HLA-DQA1\*05+ y HLA-DQA1\*05-.

## Resultados

Se incluyen 132 pacientes, cuyas características se describen en la tabla 1. Cuarenta y ocho presentaban HLA-DQA1\*05+ (36.4%). El 45% había recibido infliximab y el 55% adalimumab como primer antiTNF. El 58.3% no habían presentado fallo a antiTNF en el momento del análisis, el 10.6% había presentado fallo primario y el 31.1% fallo secundario. La edad media al diagnóstico fue más temprana en el grupo HLA-DQA1\*05+ que en el grupo HLA-DQA1\*05- (mediana 25 años, RIC 19.75 vs 35, RIC 19.5, p=0.025).

VARIABLE	RESULTADO (n=132)	HLA NEGATIVO (n=84)	HLA POSITIVO (n=48)	P
SEXO				0.9
Hombre	64 (48.5%)	41 (48.8)	23 (47.9)	
Mujer	68 (51.5%)	43 (51.2)	25 (52.1)	
EDAD	45.62±15.3	47.77±15	41.85±15.1	0.03
OTRAS IMID	26 (19.7)	18 (21.4)	7 (14.5)	0.31
TIPO EI				
Erf Crohn (n=90)				0.79
Inflamatorio	35 (38.9)	21 (38.2)	14 (40)	
Estenosante	31 (34.4)	18 (32.7)	13 (37.1)	
Fistulizante	24 (26.7)	16 (29.1)	8 (22.9)	
Colitis ulcerosa (n=42)				0.09
Proctitis	1 (2.4)	1 (3.5)	0 (0)	
Izquierda	22 (52.4)	18 (52)	4 (30.8)	
Extensa	19 (45.2)	10 (34.5)	9 (69.2)	
EDAD AL DEBUT	28 (RIC 20.75)	35 (RIC19.5)	25 (RIC 19.75)	0.02
EPA	33 (25)	18 (22.6)	15 (31.2)	0.29
CIRUGIA	44 (33.3)	28 (31)	16 (37.5)	0.47
AÑOS HASTA ANTITNF	7 (RIC 12)	7.5 (RIC 11)	5.5 (RIC 11)	0.35
TRATAMIENTO				
Infliximab	30 (22.7)	18 (21.5)	12 (25)	
Infliximab + IM	30 (22.7)	24 (28.5)	14 (29.2)	
Adalimumab	38 (28.8)	19 (22.6)	11 (22.9)	
Adalimumab + IM	34 (25.8)	23 (27.4)	11 (22.9)	0.93
FALLO				
No fallo	77 (58.3)	59 (70.2)	18 (37.5)	
Primario	14 (10.6)	8 (7.1)	4 (16.7)	
Secundario	41 (31.1)	19 (22.7)	22 (45.8)	0.01
MECANISMO FALLO 2año (n=41)				0.29
Farmacocinético	7 (5.3)	2 (2.7)	5 (10.4)	
Farmacodinámico	19 (15.2)	5 (5.9)	9 (18.7)	
Inmunológico	14 (10.6)	11 (13)	8 (16.7)	
Desconocido	1 (0.7)	1 (1.1)	0 (0)	
TIEMPO FALLO	30 (RIC 45)	36 (RIC 52)	27 (RIC 39.7)	0.3
TIEMPO SIN FALLO	44 (RIC 71.5)	38 (RIC 71)	58 (RIC 80.2)	0.9

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA. SE MUESTRAN LOS VALORES ABSOLUTOS Y ENTRE PARÉNTESIS SE MUESTRAN LOS PORCENTAJES.

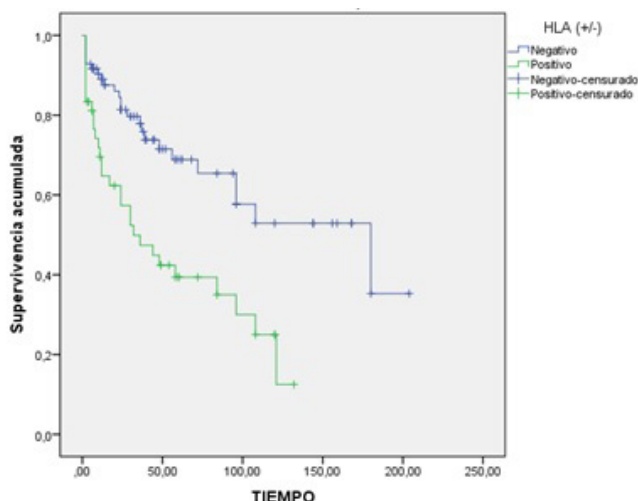


FIGURA 1

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES INCLUIDOS EN LA MUESTRA EN FUNCIÓN DE HLA-DQA1\*05.

En el grupo HLA-DQA1\*05+ se objetiva un mayor porcentaje del pacientes con CU extensa (69.2% vs 34.4%,  $p=0.036$ ). La proporción de fallo a antiTNF objetivada fue superior en los pacientes HLA-DQA1\*05+ (62.4% v 29.7%,  $p<0.01$ ), tanto primario (16.6% vs 7.1%,  $p<0.01$ ) como secundario (45.8% vs 22.6%,  $p<0.01$ ). Los pacientes HLA-DQA1\*05+ presentaban un tiempo hasta el fallo significativamente menor que el grupo HLA-DQA1\*05- (126.1±23.4 vs 56.38±15.6 meses,  $\log\text{Rank}<0.001$ , figura 1), tanto con infliximab (142.3±30.7 vs 65.9±21.7,  $\log\text{Rank}<0.01$ ) como con adalimumab (106.29±34.4 vs 47.75±22.1,  $\log\text{Rank}<0.01$ ).

## Conclusiones

HLA-DQA1\*05 se asocia con mayor tasa de fallo a antiTNF tanto primario como secundario, así como con menor tiempo hasta la pérdida de respuesta a antiTNF, tanto con IFX como con ADA. HLA-DQA1\*05 se asocia con mayor probabilidad de padecer CU extensa y con debut más temprano de la enfermedad.

## CPO-012. EFICIENCIA DE LA EXPLORACIÓN CON CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN UN CENTRO, ¿SE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE CALIDAD DE LA ESGE?

DÍAZ ALCÁZAR MM

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

## Introducción

Las sociedades European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) y United European Gastroenterology (UEG) han indicado como prioridad establecer puntos de referencia de calidad en los procedimientos endoscópicos. Con este fin, en 2019, la ESGE publicó una guía con iniciativas de mejora en la endoscopia de intestino delgado. Valorar si en una unidad de endoscopia se

cumplen las recomendaciones de la calidad de la ESGE en las exploraciones con cápsula endoscópica.

## Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de la base de datos de cápsula endoscópica. Revisión de las exploraciones de cápsula realizadas durante 2021 y comparación con los estándares de calidad mínimo y objetivo.

## Resultados

Se han realizado 81 exploraciones. El cumplimiento de los criterios de calidad y la comparación con los estándares se resumen en la tabla 1.

Estándar	Cumplimiento	Mínimo	Objetivo	Cumple / no cumple
Indicación según guía ESGE	76,82% En anemia 59,52%	≥95%	≥95%	No
Preparación adecuada	70,37%	≥95%	≥95%	No
Identificar riesgo de retención y evaluación previa con Patency®	No se dispone de cápsula Patency®	≥95%	≥95%	No valorable
Procedimiento completo	82,72%	≥80%	≥95%	Sí (mínimo)
Tasa de detección de lesiones	81,93%	≥50%	≥50%	Sí
<14 días hasta la cápsula en HDOO manifiesta	100%	≥90%	≥90%	Sí
Uso de terminología	100%	≥90%	≥90%	Sí
Velocidad de lectura	No registrado	≥90%	≥95%	No valorable
Derivación a enteroscopia si cápsula positiva	59,09%	≥75%	≥90%	No
Retención de cápsula endoscópica	2,47%	<2%	<2%	No

TABLA 1

CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD Y COMPARACIÓN CON ESTÁNDARES MÍNIMO Y OBJETIVO SEGÚN LA GUÍA DE LA ESGE.

## Conclusiones

1. Las indicaciones de videocápsula deben ser correctas para aumentar su rendimiento y evitar la sobrecarga, además de prevenir exploraciones innecesarias con riesgo de complicaciones. En nuestra serie no se cumple este criterio, probablemente porque se indiquen exploraciones no justificadas por anemia. Es importante una evaluación completa, incluyendo biopsias gástricas y duodenales, antes de indicar una cápsula endoscópica por anemia ferropénica.

2. Actualmente la valoración de la limpieza se basa en juicios subjetivos. Tampoco está claro el uso de purgantes. En nuestro centro empleamos simeticona y recomendamos mantener 2 horas de ayunas y 4 horas sin sólidos tras la ingesta de la cápsula. Se podrían valorar 7 horas sin sólidos para mejorar la limpieza.

3. La cápsula Patency® ha demostrado su utilidad para valorar el riesgo de retención, disponer de ella reduciría esta complicación.

4. La cápsula endoscópica es un procedimiento diagnóstico. En caso de encontrar lesiones se debe valorar la enteroscopia, y en el informe de cápsula deben figurar estas recomendaciones.

5. Es importante conocer los estándares y analizar su cumplimiento para realizar mejoras con el fin de ofrecer una asistencia de calidad.