

pacientes con pauta sc intensificada vs. mantenimiento, siendo mayor en los primeros [medianas 7.4 (RIQ 5.1-10.8) vs. 2.2 (RIQ 1.3-3.5); p<0.001].

Se realizó un subanálisis de los pacientes con dos determinaciones (46/125) y las variables en cada periodo (tabla 3). El nivel valle medio de UST fue de 7.17 (RIQ: 4.7-

Tabla 2	Periodo 1 (N=125)	
	Mediana (RIQ) de niveles de UST	p
Respuesta clínica sí/no	4.1 (2-6.2) / 2.1 (1.0-4.5)	0,0006
Remisión clínica sí/no	4.0 (2.3-5.7) / 2.5 (1.2-5.2)	0,039
Respuesta analítica sí/no	3.7 (1.9-6) / 3.0 (1.3-5.2)	0,127
Remisión analítica sí/no	3.0 (2.0-5.1) / 3.5 (1.5-5.6)	0,638

Se ha realizado prueba T para muestras independientes y U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Tabla 2

Tabla comparativa de los niveles de UST y las variables de respuesta y remisión.

Tabla 3	Pacientes con 2 determinaciones. N=46 (solo EC)	
	Periodo 1 N (%) / Mediana (RIQ)	Periodo 2 N (%) / Mediana (RIQ)
Tiempo (semanas desde la inducción de UST)	36.20 (25.75-73.25)	70.20 (47.5-141.5)
Pauta mantenimiento	- Mantenimiento SC: 32 (69.6%) - Intensificación SC: 10 (21.7%) - Intensificación IV: 4 (8.7%)	- Mantenimiento SC: 1 (2.2%) - Intensificación SC: 29 (63%) - Intensificación IV: 16 (34.8%)
Tratamiento Cs	19 (41.3%)	12 (26.1%)
HBI/pMayo	8 (4-9) / 4 (3-5)	4 (4-4.3) / 1 (1-3)
Respuesta / Remisión clínica	25 (54.3%) / 10 (21.7%)	40 (87%) / 33 (71.7%)
Respuesta / Remisión analítica	18 (39.1%) / 14 (30.4%)	27 (58.7%) / 22 (47.8%)
CPF (µg/g) / PCR (mg/L)	664 (150-2000) / 2.3 (1.7-9.8)	300 (104.9-1535.5) / 3 (2-12)
Niveles UST (µg/mL)	3.41 (1.91-6.35)	7.17 (4.72-11.65)

Tabla 3

Subgrupo de pacientes con dos determinaciones de UST.

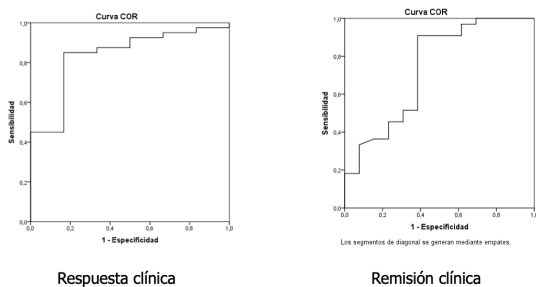


Tabla 4	Curvas ROC para los niveles de UST en segunda determinación	
	Respuesta clínica Valor (IC95%)	Remisión clínica Valor (IC95%)
Punto de corte	4.425	6.025
AUC	0.837 (0.675-1.000)	0.735 (0.559-0.912)
Sensibilidad	85.0% (70.9-92.9%)	75.8% (59-87.2%)
VPP	97.1% (85.5%-99.5%)	83.3% (66.4-92.7%)
Especificidad	83.3% (43.6-97%)	61.5% (35.5-82.3%)
VPN	45.5% (21.3-72%)	50% (28-72%)

Tabla 4

Curvas ROC en segunda determinación y tablas de sensibilidad/especificidad.

11.6). Los puntos de corte fueron 4.25µg/mL y 6.025 µg/mL para respuesta y remisión clínica respectivamente (figura 2; tabla 4).

## Conclusiones

Al igual que en los estudios publicados previamente con anti-TNF, niveles altos de UST se relacionan con mayor remisión y respuesta clínica. El punto de corte obtenido para remisión clínica fue de 6 µg/mL.

## SESIÓN II

### CO-06. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA RESECCION MUCOSA ENDOSCÓPICA DE POLIPOS COLORRECTALES NO PEDICULADOS GRANDES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Martín Mantis E, Ruiz Pages MT, Orozco Bernárdez-Zerpa N, Molino Ruiz L, Otero Lopez-Cubero L

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL.

## Introducción

La Resección Mucosa Endoscópica (RME) es una de las técnicas más utilizadas para la resección de pólipos colorrectales no pediculados grandes (PCNPG). Entre sus dificultades destacan los riesgos del procedimiento y la posibilidad de resección incompleta. Por ello, la resección quirúrgica es todavía la primera opción terapéutica en muchos centros de nuestro entorno. Como ventajas, el tratamiento endoscópico de estas lesiones puede ser altamente efectivo si lo efectúa un endoscopista experimentado, evitando la necesidad de cirugía y sus posibles complicaciones.

El objetivo principal de este estudio es analizar la eficacia y seguridad de la RME en los PCNPG.

## Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de PCNPG (>40 milímetros) y tratados mediante RME en nuestra unidad de endoscopia desde el 1 de enero de 2020 hasta el 31 de diciembre de 2022. Se recopilieron 22 pacientes, que actualmente están en seguimiento en nuestra Consulta de Alto Riesgo.

El criterio principal de valoración fue la tasa de resección completa, en una o más sesiones de polipectomía. Los criterios secundarios fueron la frecuencia y el tipo de complicaciones derivadas de la técnica endoscópica, la necesidad de cirugía y la tasa de recurrencia en la colonoscopia de control a los 4-6 meses de la endoscopia terapéutica.

## Resultados

La edad media fue de 64 años, siendo el 50% varones y el 50% mujeres. El tamaño medio de los pólipos fue de 54,8 milímetros. La localización más frecuente fue rectal y la histología más común fue tubulovelloso, sin ningún resultado de infiltración. La tasa de resección completa fue del 90,9%, lográndose el 85% durante la primera endoscopia terapéutica. La media de endoscopias necesarias para conseguir la resección completa fue de 1,2. Durante el procedimiento se produjeron 7 complicaciones hemorrágicas y 2 perforaciones que se controlaron endoscópicamente. Dos pacientes requirieron cirugía, uno por hemorragia diferida y otro por resección incompleta.

La tasa de recurrencia en la primera colonoscopia de seguimiento fue del 63%, consiguiendo, tras tratamiento endoscópico, una tasa de curación final del 100%. Ningún paciente presentó metástasis en el seguimiento.

## Conclusiones

La RME es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de los PCNPG dado que presenta una elevada tasa de resección completa y un reducido número de complicaciones, evitando procedimientos más invasivos como la cirugía. La tasa de recurrencia es significativa, sin embargo, se consigue la curación mediante endoscopia en la gran mayoría de los casos.

## CO-07. PERFIL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL PRODUCTOR DE HIDRÓGENO Y SOBRECRECIMIENTO METANOGÉNICO INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Saldaña García L<sup>1</sup>, Hernández Pérez AM<sup>1</sup>, Méndez Sánchez IM<sup>1</sup>, López Vega MDC<sup>1</sup>, Fernández Moreno N<sup>1</sup>, Rivas Ruiz F<sup>2</sup>, Pérez Aisa A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. <sup>2</sup>UNIDAD MATEMÁTICA APLICADA Y ESTADÍSTICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

## Introducción

Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con sobrecrecimiento bacteriano intestinal productor de hidrógeno (SIBO-H) y sobrecrecimiento intestinal metanogénico (IMO). Analizar las diferencias entre grupos en cuanto a las variables estudiadas.

## Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes atendidos en las consultas de Digestivo desde noviembre de 2022 a junio de 2023, en los que se había realizado test de aliento con sobrecarga oral de glucosa (TAG) (75 g de glucosa en 250 ml de agua)

mediando las concentraciones de hidrógeno y metano en aire espirado para evaluar SIBO-H e IMO. Se analizaron las características clínico-epidemiológicas de los pacientes y se realizó un análisis comparativo entre SIBO-H e IMO en cuanto a las variables estudiadas. Se utilizó el test de t de Student para variable cuantitativa y Ji-Cuadrado para cualitativas.

## Resultados

Se analizaron 116 pacientes con sintomatología sugestiva de sobrecrecimiento bacteriano en los que se había realizado TAG para evaluar SIBO-H e IMO, de los cuales fueron elegibles 26 con resultado positivo en hidrógeno o metano (22,41%). En el 50 % (13/26) se diagnosticó SIBO-H y en el 50 % (13/26) IMO, con una mediana de edad de 53 y 57 años respectivamente. Los factores de riesgo asociados fueron: hipotiroidismo 15,4% (2/13) en ambos grupos, la resección intestinal con anastomosis 23,1% (3/13) en ambos grupos y en el caso del SIBO-H, la Diabetes Mellitus 23,1% (3/13). Los pacientes mayores de 65 años fueron diagnosticados de IMO 23,1% (3/13). Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal, meteorismo y diarrea, sin diferencias entre grupos.

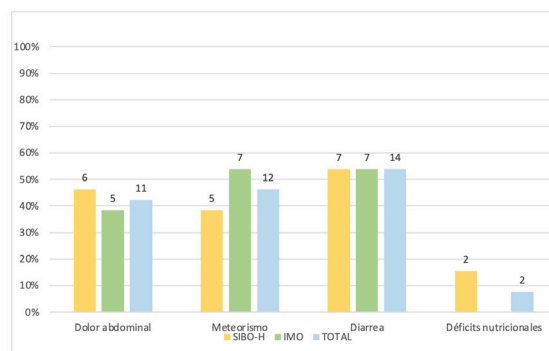


Figura 1

Sintomatología asociada a SIBO-H e IMO. SIBO-H: Sobrecrecimiento bacteriano intestinal productor de hidrógeno; IMO: sobrecrecimiento metanogénico.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a las variables estudiadas.

Se trataron 17 pacientes. El tratamiento más empleado para el SIBO-H fue la Rifaximina 88,9% (8/9). En el IMO se utilizó Rifaximina y Metronidazol 50% (4/8) y Rifaximina y Neomicina 37,5% (3/8). Se comprobó erradicación en un paciente con SIBO-H 11,1% (1/9) y en 3 con IMO 37,5% (3/8).

## Conclusiones

En nuestra serie de los pacientes estudiados un 22,41% presenta sobrecrecimiento bacteriano. De ellos el 50 % es SIBO-H y el 50% corresponde a IMO. No se encontraron diferencias significativas respecto a las variables estudiadas en probable relación con una muestra reducida. Es necesario continuar estudiando las características de ambos grupos con el fin de implementar estrategias de

	SIBO-H	IMO	Total
Resultado del test de aliento	Producción de hidrógeno	Producción de metano	
	13 (50%)	13 (50%)	26 (100%)
Síntomas durante el test			
	5 (38,5%)	1 (7,69%)	6 (23,1%)

Tabla 1

Resultados del test de aliento con sobrecarga oral de glucosa para evaluar SIBO-H e IMO. SIBO-H: Sobrecrecimiento bacteriano intestinal productor de hidrógeno; IMO: sobrecrecimiento metanogénico.

	SIBO-H	IMO	Total
Sexo			
Hombre	5 (38,5%)	3 (23,1%)	8 (30,8%)
Mujer	8 (61,5%)	10 (76,9%)	18 (69,2%)
Edad (años)			
Mediana IQR	53,1 (32,5)	57 (16,5)	53 (15,8)
Factores de riesgo			
Fumador	1 (7,7%)	0	1 (3,8%)
Trastornos anatómicos			
Resecciones quirúrgicas con anastomosis	3 (23,1%)	3 (23,1%)	6 (23,1%)
Divertículo en intestino delgado	0	0	0
Estenosis	0	0	0
Bypass gástrico	0	0	0
EII con fistula	0	0	0
Trastornos del complejo motor			
DM	3 (25%)	0	3 (11,5%)
SII	0	1 (7,7%)	1 (3,8%)
Enteritis por radiación	1 (7,7%)	0	1 (3,8%)
Hipotiroidismo	2(15,4%)	2 (15,4%)	4 (15,4 %)
Esclerodermia	0	0	0
Parkinson	0	0	0
Opiáceos	0	0	0
Enfermedad celíaca	0	0	0
Otros	0	0	0
Hipoclorhidria	1 (7,7%)	2 (15,4%)	3 (11,5%)
Mayores de 65 años	0	3 (23,1%)	3 (11,5%)
Obesidad	1 (7,7%)	0	1 (3,9%)
Test de carbohidratos sugería SIBO-H o IMO			
	3 (25%)	4 (30,76%)	7 (26,9%)

Tabla 2

Factores epidemiológicos asociados a SIBO-H e IMO. SIBO-H: Sobrecrecimiento bacteriano intestinal productor de hidrógeno; IMO: sobrecrecimiento metanogénico; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; DM: diabetes mellitus, SII: síndrome de intestino irritable.

diagnóstico y tratamiento efectivas de un problema de salud prevalente en las consultas de Aparato Digestivo.

	SIBO-H n=9	IMO n=8	Total n=17
Tratado Factor Predisponente			
	2 (15,38%)	3 (23,1%)	5 (19,2%)
Tratamiento médico empleado			
Neomicina y Rifaximina	0	3 (37,5%)	3 (17,6%)
Rifaximina y Metronidazol	1 (11,1%)	4 (50%)	5 (29,4%)
Rifaximina	8 (88,9%)	1 (12,5%)	9 (52,9%)
Control SIBO tras tratamiento			
Tiempo desde el final del tratamiento			
Media (días)	66	128	103
Comprobada erradicación			
	1(11,1%)	3 (37,5%)	4 (15,38%)
Erradicado			
	0	1(12,5%)	1 (3,84%)

Tabla 3

Tratamiento médico empleado en los pacientes con SIBO-H e IMO. SIBO-H: sobrecrecimiento bacteriano intestinal productor de hidrógeno; IMO: sobrecrecimiento metanogénico. Porcentajes calculados de acuerdo al número de paciente tratados por SIBO-H, IMO y en total.

## CO-08. UTILIDAD CLÍNICA DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA Y ESPLÉNICA EN EL MANEJO DE PACIENTES QUE VIVEN CON ENFERMEDAD HEPÁTICA

Lara Romero C<sup>1</sup>, Del Barrio Izazeta M<sup>2</sup>, Rico Gutiérrez MDC<sup>1</sup>, Romero-Gómez M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. <sup>2</sup>DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER.

### Introducción

La hipertensión portal es responsable de la progresión de las enfermedades hepáticas y el desarrollo de complicaciones. En pacientes con elastografía hepática < 10 kPa se descarta enfermedad hepática avanzada.

Objetivos a) Analizar la prevalencia de hipertensión portal y enfermedad vascular portosinusoidal en pacientes con enfermedad hepática; b) Identificar parámetros no invasivos de sospecha de EVPSH y/o HTP oculta; c) valorar el impacto clínico de la presencia de rigidez esplénica elevada en el desarrollo de complicaciones.

### Material y métodos

Cohorte prospectiva de 276 pacientes consecutivos atendidos en consulta de hepatología sometidos a estudio de elastografía hepática y esplénica (Fibroscan 630, Echosens, France). Los umbrales de enfermedad avanzada fueron LSM>10 kPa de HTP SSM>45kPa. Se valoró: función

hepática, renal, metabólica, tratamiento concomitante, ecografía, endoscopia, histología y hemodinámica. Análisis estadístico: t-student, ANOVA, Chi-cuadrado, coeficiente de Spearman, U-Mann-Whitney, Wilcoxon, Regresión logística y correlación lineal.

## Resultados

SSM>45kPa en 23 casos de 154 con LSM10kPa (45,9%);p45 kPa en pacientes con LSM45kPa y LSM45kPa (3/23), 15,4% en pacientes con LSM>10kPa y SSM10kPa y SSM> 45 kPa (24/54);p<0,0001.

Variable	Análisis univariado			Análisis multivariado	
	SSM<45kPa (n=129)	SSM>45kPa (n=23)	p	HR (IC95%)	p
Plaquetas	240±83	173±112	<0,001	0,982 (0,973-0,991)	=0,008
INR	0,99±0,18	1,13±0,29	<0,073		
MELD 3.0	6,93±0,98	8,75±2,93	<0,055	1,335 (1,002-1,778)	P=0,048
Child-Pugh	5,0±0,0	5,75±1,36	<0,082		

Tabla 1

Análisis univariante y multivariante de factores asociadas con una elastografía esplénica elevada.

## Conclusiones

El estudio de elastografía esplénica (SSM) permite detectar hasta un 15% de casos de hipertensión portal/enfermedad vascular portosinusoidal hepática oculta en pacientes LSM 45kPa. En pacientes con elastografía hepática <10kPa el descenso de la cifra de plaquetas o el incremento del MELD 3.0 deben hacer sospechar la posibilidad de hipertensión portal. La presencia de SSM alterada se asocia a mayor riesgo de eventos hepáticos. La implementación de la elastografía esplénica mejorará el manejo del paciente con enfermedad hepática.

## CO-09. RESULTADOS A 52 SEMANAS DE USTEKINUMAB INTRAVENOSO COMO TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON PÉRDIDA DE RESPUESTA A DOSIS SUBCUTÁNEAS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO.

Valdés Delgado T<sup>1</sup>, González Antuña J<sup>1</sup>, Gutiérrez Martínez F<sup>2</sup>, Romero González M<sup>3</sup>, Maldonado Pérez B<sup>1</sup>, Castro Laria L<sup>1</sup>, Rodríguez González FJ<sup>2</sup>, Alcain Martínez G<sup>2</sup>, Camargo Camero R<sup>2</sup>, MARTOS Van Dussen JV<sup>2</sup>, Fernández Castañer A<sup>2</sup>, Merino Bohórquez V<sup>3</sup>, Sánchez Yáñez E<sup>4</sup>, Argüelles Arias F<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. <sup>3</sup>UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>4</sup>UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

## Introducción

Ustekinumab (UST) es efectivo en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En los casos de pérdida de respuesta se ha propuesto acortar el intervalo de administración o una dosis de reinducción. Otra opción poco explorada es la administración intravenosa de mantenimiento.

## Objetivo

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con UST intravenoso en pacientes con EII que presentan respuesta parcial o pérdida de respuesta a UST subcutáneo.

## Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico en el que participaron 2 hospitales de Andalucía. Se incluyeron pacientes con EII en tratamiento de mantenimiento con UST intravenoso.

Todos los pacientes incluidos tenían actividad clínica de la enfermedad, es decir un índice de Harvey-Bradshaw (IHB) > 4 para enfermedad de Crohn (EC), y un índice parcial de mayo (pMayo) > 2 para colitis ulcerosa (CU).

Analizamos los resultados basales, en semana 12 y 52 de remisión clínica, calprotectina fecal (CF), proteína C reactiva (PCR) y niveles de UST. Así mismo, se analizó la persistencia del fármaco al final del seguimiento y se recogieron los efectos adversos.

## Resultados

Se incluyeron 59 pacientes, la mediana de edad fue 41 años [IQR 32-52]. 84.7% (50/59) presentaban EC. El 91.5% (53/59) había recibido previamente algún biológico o

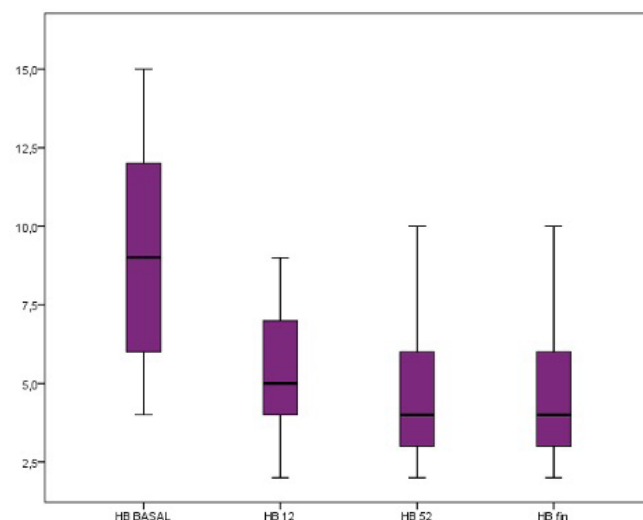


Figura 1A

Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) basal, semana 12, semana 52 y al final del seguimiento.

i-JAK. El 58.6% (34/59) estaba con UST subcutáneo cada 4 semanas previamente (Tabla 1).

En EC el valor de la mediana del IHB basal fue 9 (IQR 6-12), descendió a 5 (IQR 4-7) en semana 12 y a 4 (IQR 3-6) en semana 52 (p<0.001) (Figura 1A). En los pacientes con CU el valor de la mediana del pMayo basal fue 8.5 (IQR 6.5-9.0), descendió a 5.5 (IQR 4.3-6.0) en semana 12 y 3 (IQR 2.0-4.8) en semana 52 (p=0.017) (Figura 1B).

La mediana basal de CF fue de 800.2µg/g, descendiendo a 520µg/g en semana 12 y 220µg/g en semana 52 (p<0.001) (Figura 2A). En cuanto a la PCR, la mediana basal fue de 7.1mg/L, descendió a 4mg/L en semana 12 y 3mg/L en semana 52 (p<0.001) (Figura 2B).

Baseline characteristics	Patients (n=59)
Age (years), median [IQR]	41 [32-52]
Gender, n (%)	
Male	26 (44.1)
Female	33 (55.9)
Duration of disease (years), median [IQR]	13 [9-21]
IBD type	
Crohn's Disease, n (%)	50 (84.7)
Ulcerative colitis, n (%)	9 (15.3)
Smoking, n (%)	20 (33.9)
Perianal Disease, n (%)	23 (39.0)
Previous Surgical Interventions, n (%)	24 (40.7)
Steroids, n (%)	46 (78.0)
Concomitant immunosuppressors, n (%)	6 (10.2)
Previous treatments, n (%)	
• Infliximab	41 (69.5)
• Adalimumab	40 (67.8)
• Vedolizumab	15 (25.4)
• Tofacitinib	4 (6.8)
• Certolizumab	4 (6.8)
• Golimumab	1 (1.7)
Number of biologics or previous iJAK, n (%)	
• 0	5 (8.5)
• 1	19 (32.2)
• 2	24 (40.7)
• 3	7 (11.9)
• 4	3 (5.1)
• 5	1 (1.7)
Previous ustekinumab subcutaneous UST dosage frequency, n (%)	
• Every 4 weeks	34 (58.6)
• Every 6 weeks	8 (13.8)
• Every 8 weeks	16 (27.6)
Albumin, median [IQR]	3.8 [3.2-4.2]
Alacaline Fosfatase, median [IQR]	79.0 [69.8-90.0]
HBI, median [IQR]	8 [6-10]
pMS, median [IQR]	6 [3.0-8.5]
PCR basal (mg/L), median [IQR]	5.2 [4.0-11.2]
CF Basal (mg/Kg), median [IQR]	759 [350-1923]
Subcutaneous UST trough levels (mcg/mL), median [IQR]	4.4 [1.3-7.5]
Subcutaneous UST Treatment duration (months), median [IQR]	25 [15-37]
Alacaline Fosfatase, median [IQR]	79.0 [69.8-90.0]
HBI, median [IQR]	8 [6-10]
pMS, median [IQR]	6 [3.0-8.5]
PCR basal (mg/L), median [IQR]	5.2 [4.0-11.2]
CF Basal (mg/Kg), median [IQR]	759 [350-1923]
Subcutaneous UST trough levels (mcg/mL), median [IQR]	4.4 [1.3-7.5]
Subcutaneous UST Treatment duration (months), median [IQR]	25 [15-37]

Tabla 1

Características clínicas y demográficas basales.

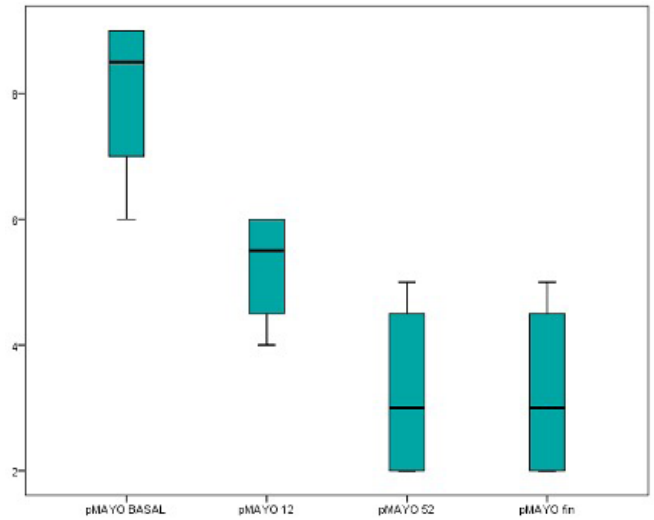


Figura 1B

Índice parcial mayo (pMayo) basal, semana 12, semana 52 y al final del seguimiento.

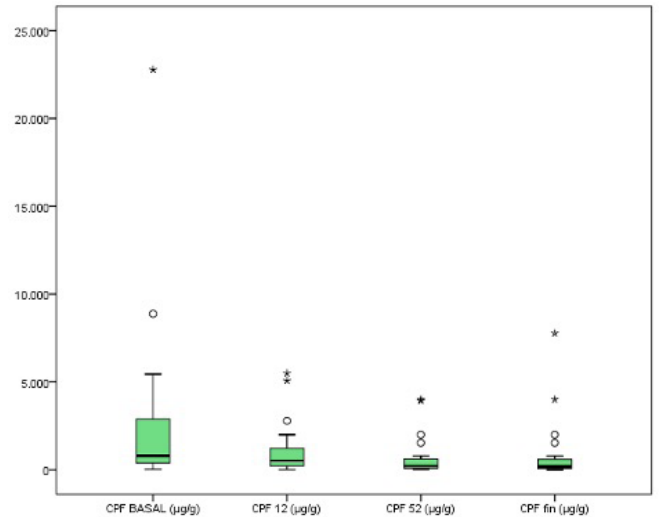


Figura 2A

Mediana de calprotectina fecal (CF) basal, semana 12, semana 52 y al final del seguimiento.

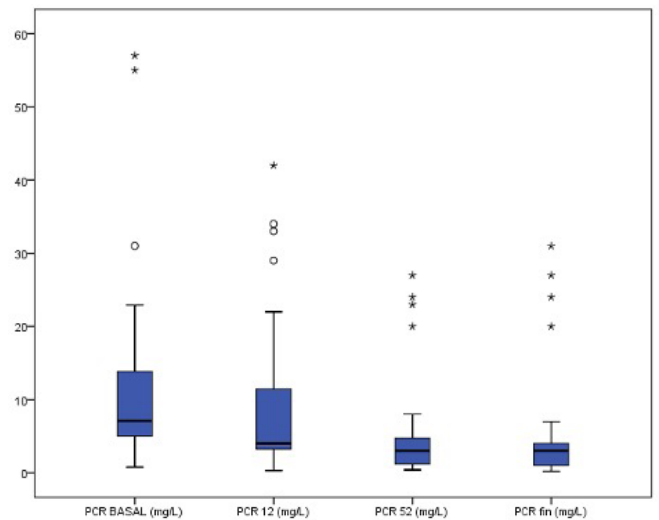


Figura 2B

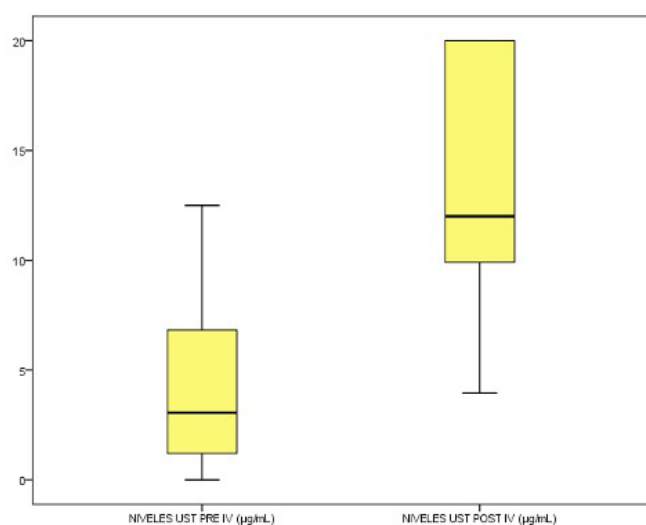
Mediana de proteína C reactiva (PCR) basal, semana 12, semana 52 y al final del seguimiento.

La mediana de niveles de UST en mantenimiento subcutáneo fue 3.1mcg/mL (IQR 1.1-7.4) vs 12mcg/mL (IQR 9-20) en tratamiento intravenoso ( $p<0.001$ ) (Figura 3).

El 96.6% de los pacientes mantuvieron UST iv al final del seguimiento (Figura 4). No se detectaron efectos adversos en ninguno de los pacientes.

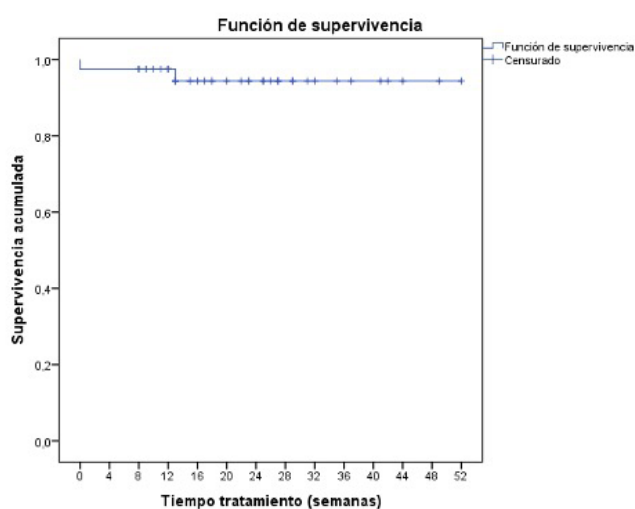
## Conclusiones

UST intravenoso de mantenimiento consigue rescatar hasta el 64% de los pacientes que han fracaso a las dosis subcutáneas. El 97% mantienen UST iv al año con un magnífico perfil de seguridad. Los niveles de UST se cuadruplican.



Niveles de ustekinumab pre- y post- tratamiento intravenoso.

Figura 3



Curva de supervivencia de la persistencia de ustekinumab intravenoso.

Figura 4

## CO-10. LA RELEVANCIA Y REALIDAD DE LA MONITORIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD MINERAL ÓSEA EN LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA

Sendra C<sup>1</sup>, Silva Ruiz MDP<sup>1</sup>, Cordero P<sup>2</sup>, Jimeno Maté C<sup>3</sup>, Quirós Rivero P<sup>4</sup>, Romero G<sup>4</sup>, Serrano Romero M<sup>3</sup>, Sousa JM<sup>5</sup>, Ruiz R<sup>5</sup>, Hoyas Pablos E<sup>3</sup>, Angulo Mcgraff I<sup>3</sup>, Rosales Zabal JM<sup>6</sup>, Perez Palacios D<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA. <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>3</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. <sup>4</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. <sup>5</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. <sup>6</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

## Introducción

La osteoporosis es una complicación frecuente (20-45%) de los pacientes con colangitis biliar primaria (CBP). Existen pocos datos sobre su monitorización y tratamiento.

- 1) Analizar la monitorización de la enfermedad mineral ósea (EMO) en pacientes con CBP.
- 2) Evaluar los factores relacionados con la presencia de EMO.
- 3) Evaluar los factores de riesgo de progresión en el seguimiento.

## Material y métodos

Análisis multicéntrico retrospectivo que incluyó a 393 pacientes con CBP de 6 centros andaluces (Huelva, Sevilla, Málaga) entre 1986-2023. Se analizaron variables demográficas, clínicas, analíticas, y terapéuticas.

## Resultados

La edad media fue de 61,2±13,8 años, con una mediana de seguimiento de 5,7 años. Las características de la cohorte se resumen en la tabla 1. El 56,7% (223/393) de los pacientes tenían realizada al menos una densitometría ósea(DMO) en el seguimiento. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de CBP a la DMO basal fueron 28,1 meses. Solo el 33% (74/393) se la realizó al diagnóstico de la enfermedad. El 75,5%(164/217) de los pacientes presentaban EMO en su primera DMO, con un 21,8% (47/216) de osteoporosis. Tabla 2. Este porcentaje no varió en aquellos que se la realizaron al diagnóstico de la CBP: 77,5%(55/74) de EMO; 27,1%(19/70) de osteoporosis. En el análisis univariante y multivariante la edad (55,5±23,4 vs. 50,0±18,1;  $p<0,05$ ) y la rigidez hepática(9,1±8,6 kPa vs. 6,6±3,6 kPa;  $p<0,012$ ) se relacionaron con más riesgo de

EMO en la DMO basal. **Tabla 3.** Niveles de fosfatasa alcalina por encima del límite superior de la normalidad (25,7% vs. 13,5%;  $p < 0,05$ ) y la ausencia de respuesta según criterios de Paris II (30,6% vs. 17,3% en aquellos con respuesta;  $p < 0,035$ ) se relacionaron con más riesgo de osteoporosis. En el análisis multivariante solo la edad se relacionó con más riesgo de osteoporosis (HR 1,054  $p < 0,011$ ). El 43%(96/223) se realizaron una segunda DMO evolutiva (patológica en el 80,6% de casos). La EMO progresó en el 20,7%(19/92). Los niveles elevados de GGT se relacionaron con más riesgo de progresión en el análisis univariante (32,4% vs. 14,8%;  $p < 0,05$ ) y multivariante (HR 1,006  $p < 0,047$ ). **Tabla 4.**

Características de la cohorte	n(%)
Sexo femenino	362/393 (92,1%)
Consumo de tabaco	101/393 (25,7%)
Enfermedad tiroidea	77/393 (19,6%)
Raynaud	16/393 (4,1%)
Sjogren	37/393 (9,4%)
Esclerodermia	11/393 (2,8%)
Celiaculia	8/393 (2%)
Artritis Reumatoide	14/393 (3,6%)
Pisoriasis	11/393 (2,8%)
Al menos una enfermedad autoinmune concomitante	177/393 (45%)
Tratamiento corticoideo	68/393 (17,3%)
Cirrosis	44/393 (11,2%)
Antecedentes de fracturas óseas	26/393 (6,6%)

Tabla 1

Características de la cohorte.

Hallazgos DMO basal	n(%)
DMO patológica	164/217 (75,5%)
Osteopenia lumbar	102/218 (46,8%)
Osteopenia femoral	114/219 (52,1%)
Osteoporosis lumbar	38/218 (17,4%)
Osteoporosis femoral	22/219 (10%)

Tabla 2

Resultados de la DMO basal.

Variable	Enfermedad mineral ósea (osteopenia/osteoporosis)	N	Media	Desviación estándar	Análisis univariante	Análisis multivariante
Edad (años)	No	54	50,0	18,1	$p < 0,05$	HR 1,032; $p < 0,004$
	Si	168	59,5	23,4		
Rigidez hepática (kPa)	No	40	6,9	3,6	$p < 0,012$	HR 1,123; $p < 0,025$
	Si	117	9,1	8,6		
Bilirrubina (mg/dl)	No	53	0,6	0,5	$p < 0,818$	
	Si	161	0,6	0,9		
Fosfatasa alcalina (U/L)	No	54	146,7	131,4	$p < 0,326$	
	Si	161	167,6	127,5		
GGT (U/L)	No	54	86,4	80,9	$p < 0,328$	
	Si	162	117,1	208,7		
Albumina (g/dl)	No	41	4,3	0,4	$p < 0,864$	
	Si	132	4,2	0,4		
INR	No	47	1,0	0,4	$p < 0,036$	
	Si	140	0,9	0,2		
Plaquetas ( $\times 10^9/L$ )	No	53	206378,2	138276,0	$p < 0,720$	
	Si	161	217395,1	269396,2		
Fumador (%)	Si	80,7%			$p < 0,285$	
No fumador (%)	Si	73,6%				
Enfermedad autoinmune (%)	Si	75,2%			$p < 0,948$	
No enfermedad autoinmune (%)	Si	75,6%				
Corticoides (%)	Si	74,4%			$p < 0,860$	
No corticoides (%)	Si	75,5%				
AUDC (%)	Si	71,4%			$p < 0,675$	
Tratamiento de 2ª línea (%)	Si	76,1%				
Respuesta a tratamiento (Paris II, %)	Si	74,7%			$p < 0,630$	
No respuesta a tratamiento (%)	Si	77,8%				
Fracturas (%)	Si	78,9%			$p < 0,788$	
No fracturas (%)	Si	74,5%				

Tabla 3

Variables relacionadas con la enfermedad mineral ósea en la DMO basal.

**Conclusiones**

La monitorización de la EMO en nuestras consultas de hepatología es subóptima a pesar de que está presente en el 75,5% de los pacientes evaluados. La edad y la rigidez

Variable	Progresión enfermedad mineral ósea	N	Media	Desviación estándar	Análisis univariante	Análisis multivariante
GGT (U/L)	No	60	65,8	64,5	$p < 0,117$	HR 1,006 ( $p < 0,047$ )
	Si	19	143,32	203,0		
GGT en rango (%)	Si	14,8%			$p < 0,05$	
GGT > LSN (%)	Si	32,4%				

Tabla 4

Relación de los niveles de GGT con la progresión de la enfermedad mineral ósea.

hepática se relacionaron con más riesgo de EMO en la DMO basal. Solo la edad se relacionó con más riesgo de osteoporosis. Los valores de GGT se relacionaron con más riesgo de progresión de la EMO en el seguimiento.

**SESIÓN III**

**CO-11. CONSUMO DE RECURSOS EN EL PROCESO DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTestino IRRITABLE (SII) EN ANDALUCÍA**

Serrano Falcón B1, García De Paso Mora J2, Caballero Mateos A3, Grilo Bensusan I4, Ledro Cano D5, Perona Vicenti M6, Jiménez Contreras S7, Alejandro Altamirano R8, Vida Pérez L8, Pérez Rodríguez E8, Méndez Sánchez I9, López Vega MDC9, Rivas Ruiz F10, Gómez Rodríguez B5, Pérez Aisa A9

1SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. 2SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRONSAJUD SAGRADO CORAZÓN, SEVILLA. 3SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. 4UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA, ÉCIJA. 5SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. 6SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA), MARBELLA. 7SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. 8SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. 9UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. 10UNIDAD INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

**Introducción**

Explorar la epidemiología de SII en nuestro medio en cuanto a consumo de recursos en el proceso diagnóstico del paciente.

**Material y métodos**

Estudio multicéntrico, transversal, observacional, realizado entre junio de 2021 y junio de 2023 en consultas de digestivo de Andalucía.

Se ha utilizado la base de datos REDCap (Research Electronic Data Capture) vinculada a la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva.