

## CP-195. ABSCESO INTRAABDOMINAL CON FISTULIZACIÓN HEPÁTICA SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE CROHN

De La Cuesta Fernández I, Molina Villalba C, Fernández López A, Jarava Delgado M, García Tarifa A, Gallego Rojo FJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL.

### Introducción

La enfermedad de Crohn es una causa rara de absceso hepático constituyendo el 8% de los casos, siendo su incidencia y su mortalidad mayor que en la población general, en parte debido a un posible retraso en el diagnóstico, tratamiento y a factores predisponentes como una perforación, la presencia de abscesos intraabdominales, enfermedad fistulosa o el tratamiento con corticoides.

### Caso clínico

Varón de 25 años con enfermedad de Crohn ileocólica extensa y enfermedad perianal compleja, con mala adherencia al tratamiento y al seguimiento en consulta. Ingreso reciente en Digestivo por brote moderado, con patrón perforante y enfermedad perianal activa. Al alta antibioterapia, Azatioprina y corticoides en pauta descendente y pendiente de valoración por Cirugía previo a la introducción de biológico. No inmunizado VHB. Anemia ferropénica crónica en tratamiento con hierro parenteral.

Acude por dolor abdominal y fiebre, sin náuseas o vómitos. A la palpación dolor en fosa iliaca derecha. Analíticamente destaca una creatinina de 1.37, sodio 125, PCR 25, procalcitonina 88, TP 36%, INR 1.9. El TC abdominal evidenció un gran absceso intraabdominal de unos 20 cm derivado de región ileocecal y una fistulización de la colección a nivel del polo inferior hepático, dando lugar a un absceso intrahepático de unos 4,6 cm de diámetro, con presencia de gas en su interior.

Se realizó drenaje guiado por ecografía en quirófano, iniciándose además cobertura antibiótica con Piperacilina/Tazobactam. El paciente durante su ingreso evolucionó favorablemente con buena respuesta al drenaje percutáneo y al tratamiento antibiótico, a la espera de intervención quirúrgica para resección ileocólica.

### Discusión

-La enfermedad de Crohn se presenta con numerosas manifestaciones extraintestinales como por ejemplo la aparición de abscesos hepáticos. El absceso es una



Imagen ecográfica del absceso hepático.

Figura 1



TC abdominal (corte coronal) visualizándose el absceso intraabdominal en contacto con el hígado.

Figura 2

complicación poco frecuente que representa una importante morbimortalidad.

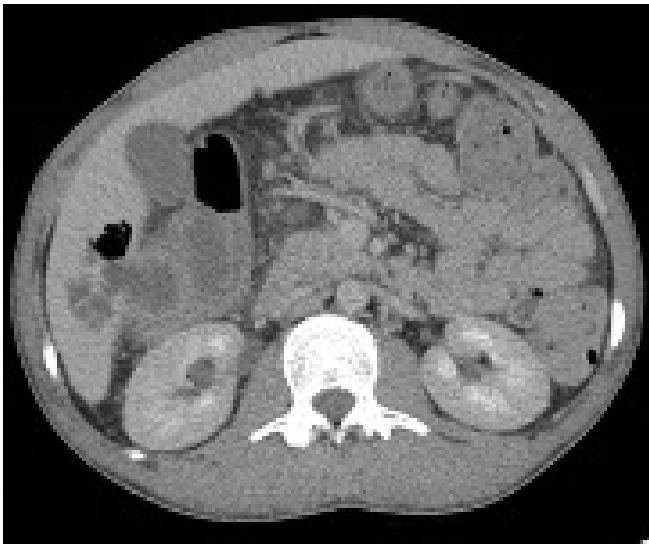


Figura 3  
TC abdominal (corte axial) visualizándose el absceso intraabdominal en contacto con el hígado.

-Los abscesos hepáticos en el contexto de la enfermedad de Crohn generalmente son secundarios a una fistulización, sin embargo, puede existir diseminación por vía vascular, por contigüidad local o bien por infección ascendente desde el árbol biliar.

-Clínicamente puede aparecer fiebre, náuseas, vómitos y dolor abdominal en el hemiabdomen superior. Además, puede asociarse hepatomegalia o ictericia.

-Los abscesos suelen ser polimicrobianos y su diagnóstico es por imagen, ya sea ecografía o TC abdominal.

-El tratamiento de los abscesos es antibiótico de amplio espectro. Habitualmente los abscesos hepáticos mayores de 2cm deben drenarse percutáneamente guiados por TC o ecografía.

### CP-196. ASOCIACIÓN ENTRE LA PATOGÉNESIS DE LA ENFERMEDAD DE CROHN Y *HELICOBACTER PYLORI*. SIMILITUDES EN LA PRESENTACIÓN ENDOSCÓPICA Y LA IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN.

Hernani Alvarez JA, Pavón-Guerrero I, Benavente Oyega A, Leon Sanjuan G

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

#### Introducción

La afectación del tracto digestivo superior en la enfermedad de Crohn (EC) presenta una prevalencia del 0,5% al 4% en pacientes adultos sintomáticos (1). Los hallazgos endoscópicos e histológicos no son específicos de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), siendo imprescindible excluir la presencia de *Helicobacter Pylori*

(HP), cuya asociación ha sido motivo de numerosos estudios, sobre todo acerca de la influencia del HP en la patogénesis de la EII y el efecto protector que presenta sobre la misma.

#### Caso clínico

Presentamos un varón de 24 años con antecedente de EC con afectación ileo-cólica y gastro-yeyunal en tratamiento con adalimumab. Se realiza revaloración endoscópica identificándose múltiples úlceras fibrinadas gástricas de pequeño tamaño (figura 2) con rodete de aspecto inflamatorio, úlceras duodenales fibrinadas que ocupan más de un 30% de la mucosa duodenal (figura 1), así como colitis segmentaria e ileitis leve, todo ellos compatible con EC con actividad predominante en tracto digestivo superior. Sin embargo, los hallazgos histológicos mostraron una colitis activa tipo EII y una gastritis crónica activa asociada a HP y duodenitis ulcerativa.



Figura 1  
Se identifican múltiples úlceras fibrinadas que ocupan más de un 30% de la mucosa duodenal con áreas parcheadas con aspecto normal.



Figura 2  
Hallamos varias úlceras fibrinadas con rodete inflamatorio además de una mucosa erosiva en curvatura menor e incisura gástrica.

Se erradicó HP con Pylera® y se revaluó evidenciando aftas fibrinadas milimétricas en cuerpo gástrico y mucosa duodenal normal, sin hallazgos sugestivos de EII, siendo compatible con una gastritis crónica leve.

## Discusión

La influencia de la infección por HP en la EII ha sido objeto de numerosos estudios. Se debate el factor protector del HP en la patogénesis de la EII, relacionado con la vía de inmunogenicidad del HP (linfocitos Th1) que provoca una liberación sistémica de citoquinas que a su vez suprime otras respuesta inmunes y influye en el desarrollo de inmunotolerancia, tal y como demostró un metaanálisis de 33 estudios que comparaba la prevalencia de HP en un grupo de casos con EII (N 4400) y otro grupo control sin EII (N 4367), hallando una prevalencia de 26,5% y 44,7% respectivamente (2), de aquí que algunos autores muestran su confrontativa en la erradicación de HP en pacientes con EII.

Los hallazgos endoscópicos de la EC con afectación de tracto digestivo superior son similares a los de otras enfermedades con carácter inflamatorio como el HP (1,3). Igualmente, los hallazgos histológicos son inespecíficos, siendo lo más frecuente inflamación aguda no específica sobre área de inflamación crónica, con gastritis/duodenitis focal. La presencia de granulomas, más específicos de la EC, se detecta en 7-87 % de las lesiones gástricas y 0-49% de las duodenales (1).

## CP-197. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS DE LOS PACIENTES CON EII DE NUESTRO CENTRO

Alía Verdejo T, Sotomayor Orellana M, Cárdenas Cárdenas JF, Calderón Ramírez MR, Abrales Bechiarelli A, Correro Aguilar FJ, Viejo Almanzor A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

## Introducción

Conocer las características clínicas y los diferentes fármacos utilizados de los pacientes con EII atendidos en el Hospital Universitario Puerta del Mar.

## Material y métodos

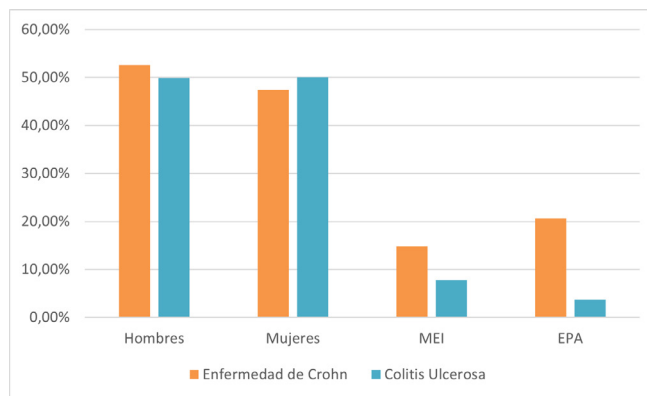
Análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de EII atendidos en nuestro centro entre 01/01/2022-31/12/2022. Determinamos la edad, sexo, el tipo de EII y patrón, hábito tabáquico, antecedentes quirúrgicos, tratamientos actuales y previos.

## Resultados

Se analizan un total de 924 pacientes, 51.3% hombres (474) y 48.7% mujeres (450), con edad media al diagnóstico

de 35.89 años (SD 15.7). El 14.2% eran fumadores activos (19.9% EC, 7.8% CU).

487 estaban diagnosticados de una enfermedad de Crohn (52.7%) y 437 de una Colitis Ulcerosa (47.3%). Presentaban enfermedad perianal un 12.7% (20.7% EC y 3.7% CU), y manifestaciones extraintestinales un 11.5% (14.8% EC y 7.8% CU), siendo las reumatológicas las más frecuentes (65.8%) seguidas de las dermatológicas (19.3%) (Figura 1).



Características de la población.

Figura 1

El 19.3% tenían antecedentes quirúrgicos relacionados con la EII (33.5% EC, 3.4% CU).

El 65.9% de los pacientes se encontraban bajo tratamiento con mesalazina (47.6% EC, 86.3% CU).

Respecto a los inmunomoduladores, un 25% utilizaba azatioprina (30.8% ECU, 18.5% CU) y un 2.2% metotrexato (2.9% EC, 1.4% CU)

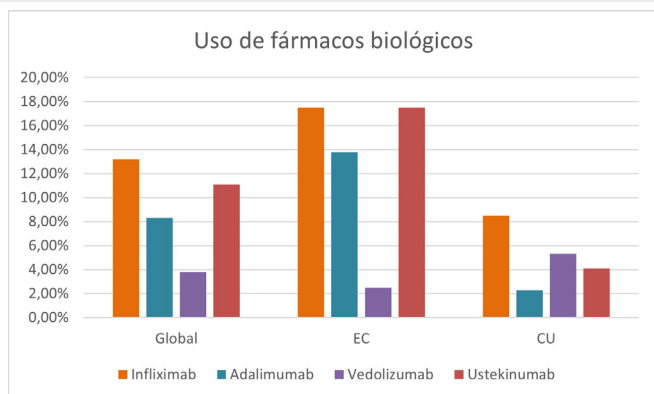
En cuanto los fármacos biológicos (Figura 2), el 32.7% se encontraba bajo tratamiento activo (45% EC y 19% CU): infliximab 13.2% (17.5% EC, 8.5% CU), adalimumab 8.3% (13.8% EC, 2.3% CU), golimumab 1%, vedolizumab 3.8% (2.5% EC, 5.3% CU), ustekinumab 11.1% (17.5% EC, 4.1% CU).

Respecto a los cambios de diana terapéutica, un 12.7% tratados con antiTNF tuvieron que cambiar a otro mecanismo de acción, un 2.5% de pacientes tratados con vedolizumab y 1.3% de pacientes tratados con ustekinumab.

## Conclusiones

La enfermedad inflamatoria intestinal constituye un área dentro de los Servicios de Aparato Digestivo con alta demanda de recursos, tanto humanos como económicos.

En nuestros pacientes vemos que la EII afecta prácticamente por igual a hombres y a mujeres, y por lo general lo hace a edad joven. Hasta un tercio de nuestros pacientes precisan tratamientos biológicos a lo largo de su enfermedad, cifra que se incrementa hasta casi la mitad de



Uso de fármacos biológicos.

Figura 2

los que presentan una Enfermedad de Crohn. La cirugía por su parte sigue siendo un tratamiento necesario en hasta 1/3 de los pacientes con enfermedad de Crohn.

### CP-198. CIRROSIS HEPÁTICA SECUNDARIA A AZATIOPRINA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rodríguez Gómez VM, Lancho Muñoz A, Tendo Peinado C, Redondo Cerezo E, Sánchez Capilla AD

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

#### Introducción

La Azatioprina y sus análogos son medicamentos ampliamente utilizados en patologías inmunomediadas tales como enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y hepatitis autoinmune. Sin embargo, entre el 15-30% de los pacientes, experimentan efectos secundarios que pueden requerir ajuste de dosis o suspensión del tratamiento. Los efectos adversos más frecuentes descritos son molestias gastrointestinales, rash cutáneo o pancreatitis. De manera eventual, pueden generar hepatotoxicidad, manifestándose de diversas formas como: lesión hepatocelular, hepatitis colestásica o mixta, lesión endotelial, hiperplasia nodular regenerativa y/o cirrosis hepática.

#### Caso clínico

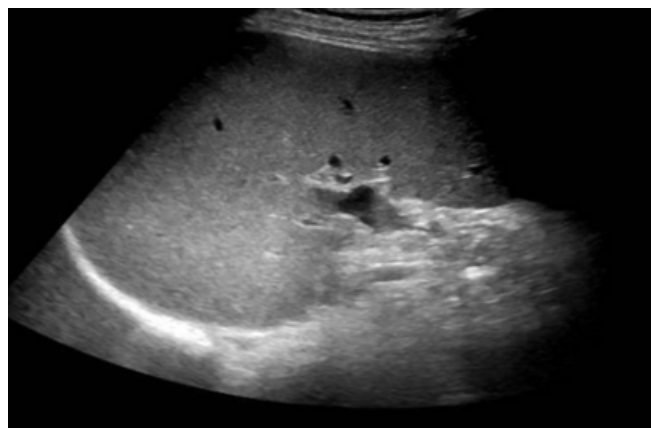
Paciente mujer de 55 años diagnosticada de Colitis Ulcerosa (CU) sin otros antecedentes de interés que inicia tratamiento con Mesalazina 3g y Azatioprina 75mg cada 12 horas. Tras buen control durante años de la EII, comienza con cuadro de astenia y pérdida de apetito. Se realiza analítica general apreciándose bilirrubina total de 1.24mg/dL y recuento plaquetario de 60.000/uL. Se solicita realización de ecografía abdominal donde se objetiva cirrosis hepática con signos de hipertensión portal (Figura 1 y Figura 2) por lo que se suspende inmediatamente el tratamiento inmunomodulador. Se realiza estudio de

hepatopatías sin objetivar etiología, por lo que se atribuye a efecto secundario de Azatioprina. Ante hallazgos de hipertensión portal, se realiza gastroscopia objetivándose varices esofágicas y gastropatía de la hipertensión portal (Figura 3) indicándose ligadura con bandas elásticas y tratamiento con betabloqueante. En el momento actual la paciente mantiene adecuada función hepática (Child-Pugh A5/ MELD-Na 6) sin complicaciones o descompensaciones secundarias al cuadro.



Parénquima hepático granular con bordes romos compatible con hepatopatía crónica.

Figura 1



Bazo aumentado de tamaño hasta 16 centímetros como probable signo de hipertensión portal.

Figura 2

#### Discusión

La Azatioprina y sus análogos, son fármacos inmunomoduladores frecuentemente utilizados en EII. Para disminuir efectos adversos se ajusta dosis según actividad de Tiopurina Metiltransferasa. Se recomienda control analítico estrecho en pacientes que inician azatioprina para descartar alteraciones hepáticas y/o hematológicas. El mecanismo de acción productor de daño hepático parece relacionarse con la necrosis hepatocelular secundaria al estrés oxidativo mediado por la xantina-oxidasa, seguida de disminución de glutatión y ATP mitocondrial. En cuanto

a las manifestaciones clínicas, suelen presentarse en forma de astenia y malestar general. El diagnóstico inicialmente se realiza mediante estudio de laboratorio donde puede apreciarse hipertransaminasemia o patrón colestásico. El diagnóstico de hepatotoxicidad atribuible a Azatioprina, requiere descartar etiología infecciosa, autoinmune, tóxica y metabólica entre otras, siendo este finalmente un diagnóstico por exclusión. Su relación con el daño hepático obliga a la retirada inmediata del fármaco y seguimiento evolutivo estrecho. En la mayoría de casos, la evolución tras interrupción del tratamiento es favorable, siendo anecdóticos los pacientes que evolucionan hacia cirrosis hepática.

### CP-199. DEBUT DE ENFERMEDAD DE CROHN SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON SECUKINUMAB. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rodríguez Gómez VM, Fernández García R, Lecuona Muñoz M, Redondo Cerezo E, Cabello Tapia MJ

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

#### Introducción

El Secukinumab es un anticuerpo monoclonal de administración subcutánea ampliamente utilizado en patología inmunomediada principalmente dermatológica y reumatológica. Entre sus indicaciones más frecuentes destacan la artritis psoriásica, artritis idiopática juvenil y espondilitis anquilosante. Los eventos adversos más frecuentes son las infecciones, astenia, molestias gastrointestinales y cefalea. Cabe destacar como posible efecto secundario, la posibilidad de debut o brote de enfermedad inflamatoria intestinal secundario al uso de este fármaco, como en el caso del paciente que se describe a continuación.

#### Caso clínico

Paciente varón de 57 años con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante B27+ inicialmente tratado con Infliximab con mala respuesta terapéutica que inicia tratamiento con Secukinumab. Tras 6 meses de tratamiento el paciente presenta mejoría sintomática desde el punto de vista articular, aunque comienza a presentar cuadro de deposiciones diarreicas (hasta 5-6 diarias) sin productos patológicos, asociado a pérdida ponderal y molestias en hemiabdomen derecho. Se realiza analítica general y estudio de heces, destacando elevación de proteína C reactiva hasta 10.4 mg/L y de Calprotectina 489 microgramos/g. Se solicita realización de endoscopia digestiva baja objetivando ileitis terminal sugerente de Enfermedad de Crohn (Figura 1). Se toman biopsias resultando en el estudio anatomopatológico: mucosa intestinal con ulceración y moderada inflamación crónica compatible en primer lugar con enfermedad de Crohn.

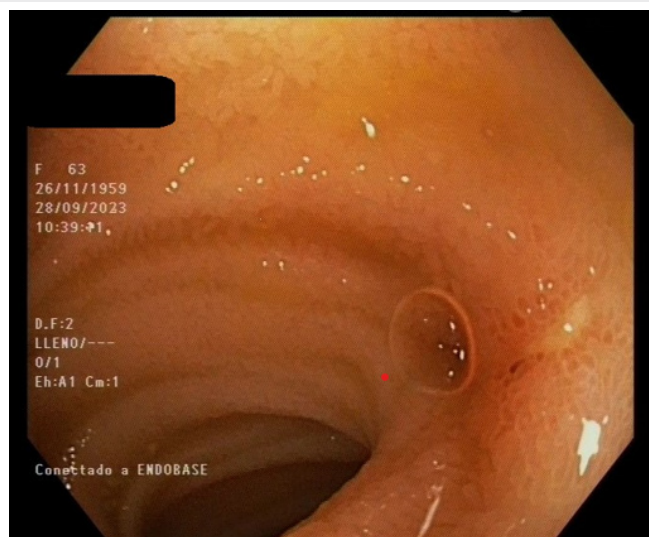


Figura 1

Ileitis terminal y aftas, sugerente de Enfermedad de Crohn como primera posibilidad.

Se suspende Secukinumab dada la posible asociación con el cuadro y se comienza tratamiento con Upadacitinib con mejoría importante desde el punto de vista digestivo, presentando el paciente en el momento actual 2-3 deposiciones diarias de consistencia normal sin productos patológicos junto con recuperación de su peso habitual.

#### Discusión

El Secukinumab es un anticuerpo monoclonal íntegramente humano cuyo principal mecanismo de acción se basa en la inhibición de la IL-17A inhibiendo la liberación de citoquinas proinflamatorias, de quimioquinas y de otros mediadores de daño tisular. Aunque su relación con la Enfermedad Inflamatoria Intestinal es controvertida, se han descrito casos en los que se relaciona el uso de Secukinumab con debut o exacerbación de Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn. Se sugiere que la IL-17A puede tener un efecto protector a nivel intestinal, de forma que su inhibición puede provocar dicho cuadro. Se recomienda la suspensión inmediata del fármaco produciendo una mejoría de la sintomatología digestiva de forma considerable en la mayoría de los pacientes.

### CP-200. DEBUT INUSUAL DE UNA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Fernández Mascañano M, Gálvez Criado JM, Mouhtar El Halabi S, Caunedo Álvarez A

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

## Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) constituye una entidad crónica en la que pueden aparecer múltiples complicaciones. La perforación intestinal es una entidad rara como debut de esta patología y se requiere un diagnóstico precoz para mejorar la supervivencia.

## Caso clínico

Mujer de 46 años sin antecedentes de interés que consultó por síndrome diarreico con productos patológicos de una semana de evolución. A su ingreso la analítica demostró elevación de reactantes de fase aguda y alteraciones hidroelectrolíticas que mejoraron tras sueroterapia.

A la exploración física llamó la atención una marcada distensión y timpanismo abdominal con defensa. La radiografía de abdomen objetivó gran dilatación de asas intestinales con gas extraluminal (Figura 1 y 2). Se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen con hallazgos compatibles con perforación intestinal probablemente a nivel de la unión recto-sigmoidea (Figura 3).



Figura 1  
Radiografía de abdomen en bipedestación donde se observan asas dilatadas con gas libre infradiaphragmático.

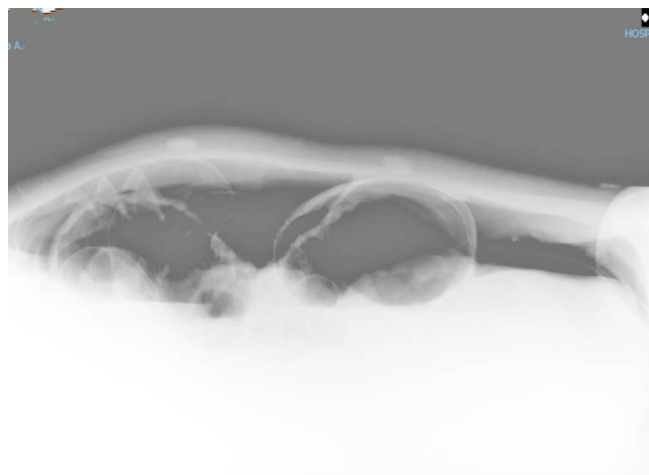


Figura 2  
Radiografía de abdomen en decúbito lateral, evidenciándose asas distendidas con gas extraluminal.



Figura 3  
TC de abdomen que demuestra amplio neumoperitoneo con asas intestinales dilatadas.

Se realizó laparotomía exploradora urgente, encontrándose moderada cantidad de líquido libre de aspecto purulento. El colon derecho se encontraba dilatado, pero con aspecto normal, mientras que el resto del colon presentaba un aspecto inflamatorio-isquémico con paredes muy adelgazadas y friables con perforación a nivel del colon descendente. Se llevó a cabo hemicolectomía izquierda con colostomía terminal (Figura 4).

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue compatible con una enfermedad inflamatoria intestinal tipo EC.

## Discusión

La perforación intestinal como debut de una EC es una entidad rara reportada en menos del 3% de los casos, siendo el TC la prueba más sensible para su diagnóstico. El tratamiento inmediato es la cirugía urgente, además de la



Pieza de hemicolectomía izquierda.

Figura 1

optimización del tratamiento médico con antibioterapia de amplio espectro.

Es importante resaltar que la EC puede debutar en numerosas formas clínicas y se debe tener alto índice de sospecha cuando la presentación es atípica, como ha sido nuestro caso.

### CP-201. EFECTIVIDAD Y EFICACIA DE FILGOTINIB EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA (CU) REFRACTARIA A BIOLÓGICOS.

Ruz Zafra P, Suárez Toribio A, Caetano Barrera I, Núñez Ortiz A, Trigo Salado C

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

#### Introducción

Los objetivos del tratamiento para pacientes con CU incluyen lograr una remisión clínica precoz, así como su mantenimiento a medio y largo plazo. El inicio de acción rápido es uno de los aspectos más valorados. Filgotinib, inhibidor de la Janus cinasa 1, se está evaluando como otra opción terapéutica en los pacientes con CU moderada a grave.

#### Material y métodos

Realizamos un estudio observacional descriptivo de una serie de 10 casos diagnosticados de CU a los que se inició Filgotinib por refractariedad a tratamiento estándar. Se registraron características epidemiológicas, evaluación clínica y bioquímica, según la puntuación del Partial Mayo Score (PMS) y niveles de calprotectina fecal (CF), al inicio y en la semana 10. El objetivo fue evaluar la respuesta clínica y bioquímica y la rapidez en lograr la remisión.

#### Resultados

La mediana de edad fue de 37 años (IQR 27-46). Ningún paciente fumaba en el momento del inicio del fármaco. El 60% presentaba colitis extensa y el 70 % afectación moderada. Tres pacientes precisaron ingreso hospitalario.

Un paciente era naïve a biológicos, el resto había fallado a Infliximab. En un tercio se administró tres anti-TNF previamente, sin respuesta total y el 50 % había recibido Vedolizumab sin lograr remisión clínica. 2 pacientes habían fallado a anti-TNF, Vedolizumab y Ustekinumab. El 80 % estaba recibiendo de forma concomitante corticoides.

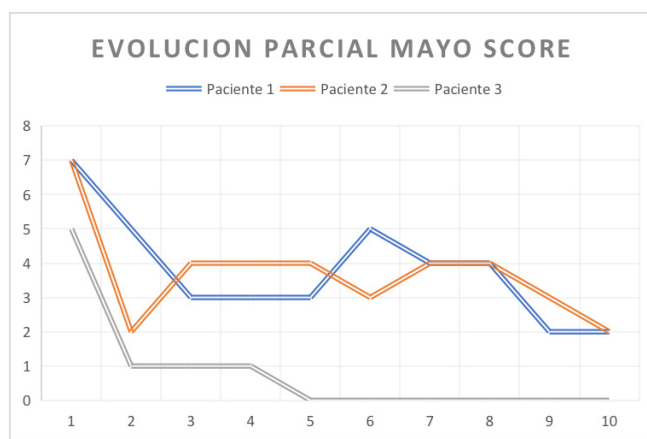
En cuanto a la actividad de la enfermedad inicial, la media de PMS fue de 7(IQR 5-7) y la mediana de CF fue de 2000 (2000-2000) µg/g.

Los pacientes con actividad grave presentaron respuesta clínica desde las 48 h iniciales, tras falta de respuesta a infliximab y ustekinumab respectivamente. En los 10 primeros días presentaron un descenso de al menos 5 puntos en PMS (Figura 1).

La remisión clínica a medio plazo, en semana 10, fue del 90% con una mediana de puntuación PMS de 0 (0-1.5) y mediana de CF de 744 (351-1430) µg/g.

Todos los pacientes evaluados en semana 40 mantenían remisión clínica, presentando PMS de 0-1, y bioquímica con normalidad de cifras de CF.

Como efectos adversos se registraron dos episodios de herpes labial leve.



Evolución de PMS en los primeros 10 días tras inicio de Filgotinib.

Figura 1

#### Conclusiones

Según nuestra experiencia, el tratamiento con Filgotinib es altamente efectivo y rápido en pacientes con CU refractaria a biológicos y es una alternativa segura en pacientes seleccionados (joven, no fumador, sin FRCV). Dado el inicio

reciente del tratamiento en nuestra serie, será necesario mantener seguimiento para recopilar información acerca del mantenimiento de la eficacia a largo plazo.

**CP-202. ENFERMEDAD DE CROHN Y USTEKINUMAB. ANÁLISIS DE RESPUESTA EN PACIENTES NAÏVE Y CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO PREVIO.**

Rosa Sánchez C<sup>1</sup>, López Vico M<sup>2</sup>, Lecuona Muñoz M<sup>2</sup>, Redondo Cerezo E<sup>2</sup>, Sánchez Capilla AD<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. <sup>2</sup>UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

**Introducción**

En la actualidad existen diversas líneas terapéuticas disponibles para el tratamiento de la Enfermedad de Crohn (EC), siendo Ustekinumab uno de los tratamientos más empleados en la práctica clínica habitual. En los estudios pivotaes, este fármaco demostró ser eficaz y seguro, tanto en pacientes que habían recibido biológicos previos como en aquellos que no había recibido dicho tratamiento (naïve). Sin embargo, la mayor parte de la evidencia disponible proviene de enfermos que han recibido con anterioridad otros biológicos, existiendo menos cohortes de pacientes naïve. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar las diferencias en aquellos pacientes con tratamiento biológico previo frente a aquellos naïve a Ustekinumab.

**Material y métodos**

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron todos los pacientes en seguimiento en la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario Virgen de las Nieves con diagnóstico establecido de EC que habían recibido tratamiento con Ustekinumab. El tamaño muestral fue de 130 pacientes, de los cuales 118 habían recibido tratamiento previo con biológicos y 12 eran naïve. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y de pruebas de imagen. Las características basales y la indicación de Ustekinumab se encuentran resumidas en la **tabla 1**.

**Resultados**

Nuestro estudio unicéntrico y de práctica clínica real, muestra cómo Ustekinumab iniciado en primera línea en pacientes naïve presenta una supervivencia acumulada mayor en comparación con Ustekinumab indicado en pacientes con tratamiento biológico previo, aunque sin alcanzarse la significación estadística, tal y como se muestra en la figura del estimador de Kaplan-Meier (**figura 1**).

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos tampoco en otras variables analizadas como remisión clínica a los 3, 6, 12, 36 y 54 meses de

seguimiento, variaciones en niveles de hemoglobina, albúmina, proteína C reactiva (PCR) o calprotectina, necesidad de cirugía, intensificación o suspensión del Ustekinumab.

	Otros biológicos (N=118)	Naïve (N=12)
Edad media (DE)	47,9 (15,2)	54,2 (21,1)
Sexo masculino (%)	60 (50,8)	7 (58,3)
Fumador activo (%)	24 (21,6)	2 (18,2)
Cirugía previa (%)	54 (45,8)	4 (36,4)
Colitis ulcerosa (%)	13 (11%)	1 (8,3%)
Enfermedad de Crohn (%)	104 (88,1)	11 (91,7)
E. Crohn estenosante (%)	31 (29,5)	1 (9,1)
E. Crohn fistulizante (%)	36 (34,3)	2 (18,2)
E. Crohn perianal (%)	35 (29,7)	0 (0)
Manifestaciones extraintestinales (%)	49 (41,5)	3 (25)
Afect. articular (%)	28 (23,7)	2 (16,7)
Afect. dermatológica (%)	28 (23,7)	1 (8,3)
Afect. oftalmológica (%)	2 (1,7)	0(0)
Meses de evolución de EI hasta inicio de UST (DE)	167,1 (119)	142,2 (124)
Indicación de UST (%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fallo primario: 21 (17,8)</li> <li>Fallo secundario: 61 (51,7)</li> <li>Efecto adverso a otros biológicos: 27 (22,9)</li> <li>Contraindicación a anti-TNF: 12 (100)</li> <li>Contraindicación a anti-TNF: 3 (2,5)</li> </ul>	

Características basales de los pacientes.

Tabla 1

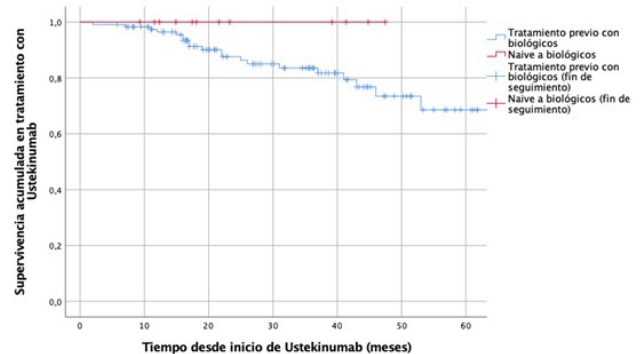


Figura del estimador de Kaplan-Meier.

Figura 1

Estos resultados están condicionados probablemente por el reducido tamaño de la cohorte.

**Conclusiones**

El Ustekinumab es seguro y eficaz en el tratamiento de la EC, mostrando una tendencia a mayor supervivencia en pacientes naïve. No obstante, son necesarios más estudios con tamaño muestral superior para confirmar estos hallazgos.

## CP-203. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Calvo Bernal MDM, Fernández Carrasco M, Hernández Martínez A, Lázaro Sáez M, Vega Sáenz JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

### Introducción

La colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC) son enfermedades crónicas que suponen un importante impacto en la calidad de vida (CV) de los pacientes a nivel físico, psicológico y social, siendo ésta uno de los objetivos estratégicos en el tratamiento de estas enfermedades.

El objetivo de este estudio es evaluar la repercusión que tiene la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) mediante el cuestionario reducido "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ-9).

### Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal, llevado a cabo en el Hospital Torrecárdenas (Almería) entre marzo y mayo de 2023. Se han incluido pacientes mayores de 14 años diagnosticados de EC o CU.

Para la evaluación de la CV, se utilizó el cuestionario de 9 ítems IBDQ-9, en el que la puntuación más baja se relaciona con peor percepción de salud. Se analizaron variables sociodemográficas y clínicas.

### Resultados

Se incluyeron 106 pacientes con una edad media de 44 años, con un predominio femenino. El 45% de los pacientes padecían CU frente al 55% con EC. El 69.8% de los pacientes estaban en remisión clínica. Las características basales se muestran en la **tabla 1**.

La mediana de puntuación del cuestionario fue de 60.8 puntos expresada sobre 100. Se observaron puntuaciones más bajas en los ítems de la esfera psicosocial.

El 49% de los pacientes estaban en tratamiento con fármacos biológicos, mostrando en el cuestionario puntuaciones más bajas respecto al resto. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, con peor CV para el sexo femenino (**Figura 1**). No se apreciaron diferencias entre los pacientes con CU y con EC. Los pacientes que estaban en remisión clínica presentaron diferencias significativas en todos los ítems del cuestionario (**Figura 2**). También se detectaron diferencias entre los pacientes intervenidos quirúrgicamente y los que no, mostrando peor puntuación el primer grupo.

VARIABLES	Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn	Total
Número de pacientes	48 (45.28%)	58 (54.72%)	106 (100%)
Edad	47 [38.8;54.2]	40.5 [32.5;4]	43.5 [35.0;54.0]
Sexo (V/M)	25/23	24/34	49/67
Edad al diagnóstico	31 [25;41]	29 [22.2; 43.2]	29.5 [23.2; 43.2]
Años de evolución	9 [4;19.2]	8 [4;12.8]	8 [4;15]
Localización (EC)/ Extensión (CU)	Colitis extensa (19, 39.6%), Colitis izquierda (18, 37.5%), Proctitis (11, 22.9%)	Ileal: 30 (51.7%), Ileocólica: 16 (27.0%), Cólica: 8 (13.8%)	
Patrón (EC)		Inflamatorio 43.1%, Fistulizante 29.3%, Estenosante 27.6%, Perianal en 1.9%	
Brotos previos	2.0 [1.0;4.0]	2.5 [1.4;2]	2.0 [1.0;4.0]
Cirugía previa	1	19	20
Manifestaciones extraintestinales (EC)	0	14 (24.14%)	14 (24.14%)
Remisión clínica	34 (70.83%)	40 (68.97%)	74 (69.81%)
Remisión bioquímica	21 (48.84%)	12 (26.67%)	33 (37.5%)
Remisión endoscópica	8 (38.10%)	8 (42.11%)	16 (40%)
Puntuación total (100)	60.8 [56.4;67.5]	60.5 [54.6;66.8]	60.8 [55.4;67]

Tabla 1

Características basales de los pacientes incluidos en el estudio. Datos expresados en mediana [IQR] o valores absolutos (%).

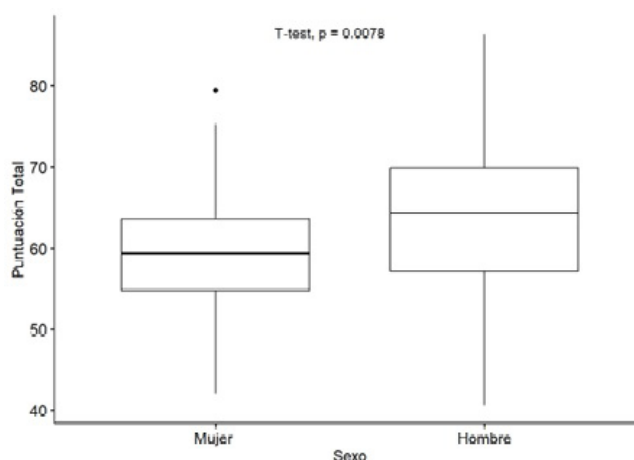


Figura 1

Mediana puntuación del cuestionario IBDQ-9 en función del sexo.

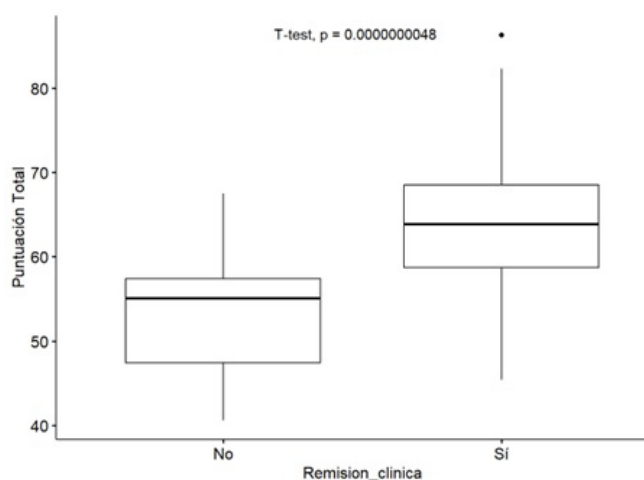


Figura 2

Mediana de puntuación del cuestionario IBDQ-9 según la remisión clínica.

Se observó una asociación negativa entre el número de brotes y la puntuación del cuestionario (Figura 3) y se realizó un análisis multivariante con los factores remisión clínica y tipo de enfermedad sin observarse interacción significativa entre ambas variables.

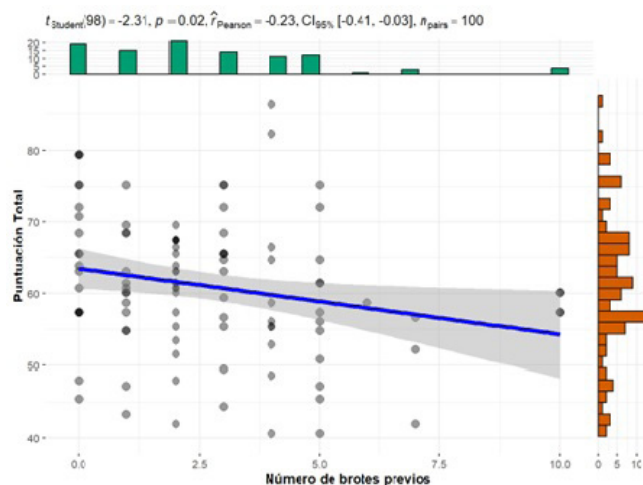


Figura 3

Gráfico de correlación entre puntuación del cuestionario IBDQ-9 y número de brotes previos.

## Conclusiones

En la población de nuestro estudio, existe una aceptable CVRS, sin observarse diferencias entre la EC y la CU.

El sexo femenino, la ausencia de remisión clínica, el número de brotes previos y la necesidad de cirugía se relacionan negativamente con la CVRS, permitiendo identificar a aquellos pacientes que puedan beneficiarse de una intervención biopsicosocial.

## CP-204. EVALUACIÓN DE LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL

Mata Perdigón FJ<sup>1</sup>, Osorio Marruecos M<sup>2</sup>, Viejo Almanzor A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

## Introducción

Evaluar la efectividad de la intensificación del tratamiento con Ustekinumab en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) que han presentado una respuesta insuficiente o una pérdida de la misma a la pauta de administración habitual.

## Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal y unicéntrico donde se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años con EC en tratamiento intensificado cada 4 o 6 semanas durante al menos 4 meses. Los pacientes incluidos habían recibido la pauta de inducción y la primera dosis de mantenimiento en régimen posológico habitual.

## Resultados

Se incluyeron un total de 19 pacientes con EC en tratamiento intensificado con Ustekinumab. En la tabla 1 se recogen las características basales de los pacientes.

	Enfermedad de Crohn	
Total de pacientes, n	19	
Sexo, n (%)		
• Hombre	5 (26,3%)	
• Mujer	14 (73,7%)	
Edad [años], media (desviación estándar)	45,52 (± 15,5)	
Tiempo de evolución de la enfermedad [meses], mediana (IQR)	112 (79 -195)	
Fumador, n (%)		
• Si	3 (15,8%)	
• No	16 (84,2%)	
Afectación, n (%)	Ileal	8 (42,1%)
	Cólica	2 (10,5%)
	Ileocólica	9 (47,4%)
Patrón, n (%)	Inflamatorio	8 (42,1%)
	Estenosante	8 (42,1%)
	Fistulizante	3 (15,8%)
Afectación perianal, n (%)	Si	4 (21,1%)
	No	15 (78,9%)
Cirugía previa, n (%)	Si	8 (42,1%)
	No	11 (57,9%)

Tabla 1

Características basales de los pacientes con EC en tratamiento intensificado con Ustekinumab.

El tiempo medio hasta la intensificación de Ustekinumab fue de 12,68 (± 11,53) meses. El 84,2% de los pacientes fueron intensificados a tratamiento cada 4 semanas y el 15,8% restante cada 6 semanas. La duración media con Ustekinumab intensificado fue de 12,05 (± 8,87) meses.

Respecto a la línea de administración del fármaco, Ustekinumab se usó en primera línea en el 5,3% de los pacientes, en segunda línea en el 15,8%, en tercera línea en el 42,1% y en cuarta línea en el 36,8%. De todos los pacientes, un 89,5% habían recibido previamente tratamiento con Infiximab, un 73,7% tratamiento con Adalimumab y un 57,9% tratamiento con Vedolizumab.

El 42,1% de los pacientes precisaron de corticoides al inicio o durante la intensificación del tratamiento. El 50%

de los pacientes tratados con Ustekinumab intensificado estuvieron al menos 8 meses (Figura 1).

El índice de Harvey-Bradshaw se redujo tanto a las 8 como a las 16 semanas tras la intensificación (Figura 2) pero los valores de calprotectina solo presentaron una reducción marcada a las 16 semanas (Figura 3).

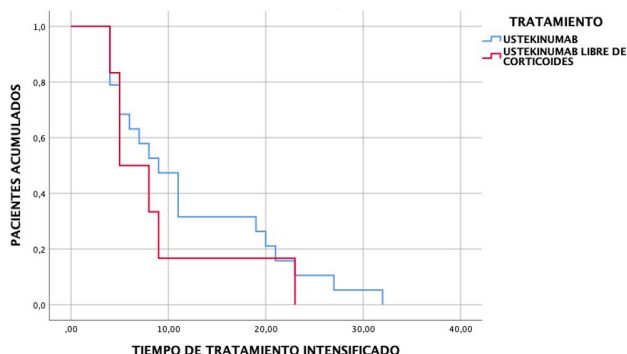


Figura 1  
Tiempo (meses) con tratamiento intensificado con Ustekinumab en enfermedad de Crohn.

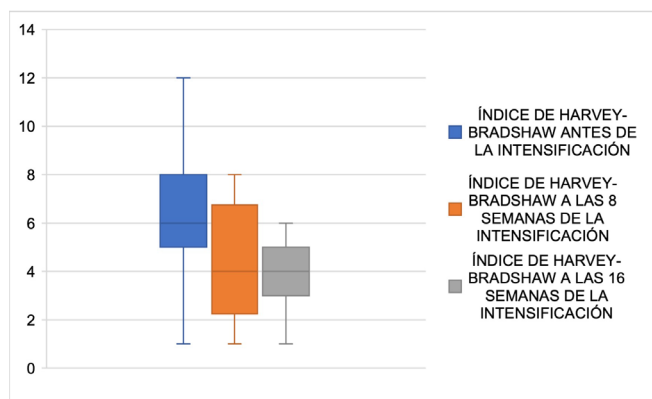


Figura 2  
Índice de Harvey-Bradshaw para enfermedad de Crohn en tratamiento intensificado con Ustekinumab.

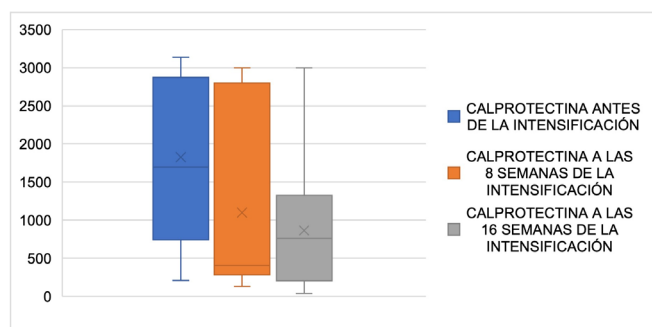


Figura 3  
Niveles de calprotectina (µg/g) en enfermedad de Crohn en tratamiento intensificado con Ustekinumab.

## Conclusiones

La intensificación del tratamiento con Ustekinumab parece eficaz en la recuperación de la respuesta clínica en los pacientes con EC. En nuestra serie hasta un 42,1% de pacientes precisaron corticoides al inicio o durante la intensificación, lo que podría justificarse por el uso tardío del fármaco (3ª-4ª línea) en casos muy refractarios sin otras alternativas terapéuticas.

## CP-205. EVALUACIÓN DE LA INTENSIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO CON VEDOLIZUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTO REAL

Mata Perdigón FJ<sup>1</sup>, Osorio Marruecos M<sup>2</sup>, Viejo Almanzor A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

## Introducción

Evaluar la efectividad de la intensificación del tratamiento con Vedolizumab en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) que han presentado una respuesta insuficiente o una pérdida de la misma a la pauta de administración habitual.

## Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal y unicéntrico. Se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años con EC y CU en tratamiento intensificado cada 4 o 6 semanas durante al menos 4 meses. Los pacientes incluidos habían recibido la pauta de inducción y la primera dosis de mantenimiento en régimen habitual.

## Resultados

Se incluyeron 29 pacientes con Vedolizumab intensificado, 16 con EC y 13 con CU. En la **tabla 1** se recogen las características basales de los pacientes.

El tiempo medio hasta la intensificación de Vedolizumab fue de 29,1 (± 20) meses en EC y de 16,77 (± 16) meses para CU. El 75% en EC y el 46,2% en CU fueron intensificados a 4 semanas mientras que el porcentaje restante fue intensificado a 6 semanas. La duración media con tratamiento intensificado fue de 12,12 (± 10,12) meses para EC y de 17,23 (± 13,18) meses para CU.

En EC, el 18,75%, el 6,25% y el 75% de los pacientes recibieron el tratamiento en primera, segunda o tercera línea respectivamente. En CU, el 15,4%, recibió el tratamiento en primera línea, el 61,5% en segunda línea y

el 23,1% en tercera línea. Todos los tratamientos previos a Vedolizumab fueron fármacos anti-TNF.

En EC un 50% presentaban niveles del fármaco antes de la intensificación teniendo un 43,75% un fallo farmacocinético no inmunomediado y un 6,25% un fallo farmacodinámico. En CU, un 46,2% contaban con niveles, teniendo un 38,5% un fallo farmacocinético no inmunomediado y un 7,7% un fallo farmacodinámico. La intensificación en los que no contaban con niveles del fármaco fue por un aumento de la actividad clínica, bioquímica o endoscópica.

El 87,5% de los pacientes con EC y el 84,6% con CU estuvieron libres de corticoides. En ambos grupos, un 30% estuvieron intensificados al menos durante un año (Figura 1).

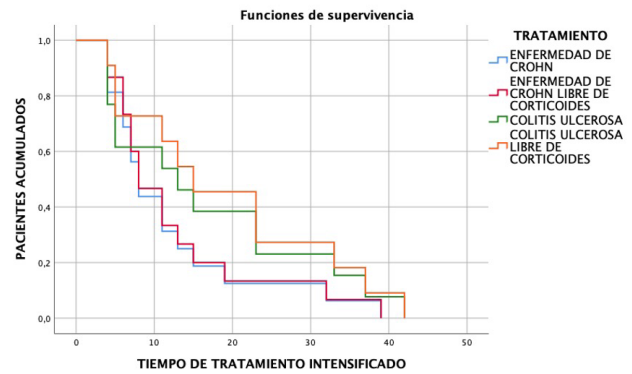


Figura 1  
Tiempo (meses) con tratamiento intensificado con Vedolizumab en enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.

	Enfermedad de Crohn	Colitis ulcerosa
Total de pacientes, n	16	13
Sexo, n (%)		
• Hombre	6 (37,5%)	6 (46,2%)
• Mujer	10 (62,5%)	7 (53,8%)
Edad [años], media (desviación estándar)	51,3 (± 15,5)	45,7 (± 13,15)
Tiempo de evolución de la enfermedad [meses], mediana (IQR)	138 (71,5 – 219,8)	71 (45,5 – 184,5)
Fumador, n (%)		
• Si	3 (18,75%)	0 (0%)
• No	13 (81,25%)	13 (100%)
Afectación, n (%)	Ileal 2 (12,5%) Cólica 2 (12,5%) Ileocólica 12 (75%)	Proctitis 0 (0%) Colitis izquierda 7 (53,8%) Colitis extensa 6 (46,2%)
Patrón, n (%)	Inflamatorio 7 (43,8%) Estenosante 6 (37,5%) Fistulizante 3 (18,8%)	
Afectación perianal, n (%)	Si 5 (31,25%) No 11 (68,75%)	
Cirugía previa, n (%)	Si 4 (25%) No 12 (75%)	

Tabla 1  
Características basales de los pacientes con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en tratamiento intensificado con Vedolizumab.

El índice de Harvey-Bradshaw y el índice de mayo parcial se redujeron tanto a las 8 como a las 16 semanas tras la intensificación (Figura 2). Los valores de calprotectina solo presentaron una reducción marcada a las 16 semanas en EC (Figura 3).

### Conclusiones

Tanto en EC como en CU la intensificación del tratamiento con Vedolizumab parece eficaz en la recuperación de la respuesta clínica.

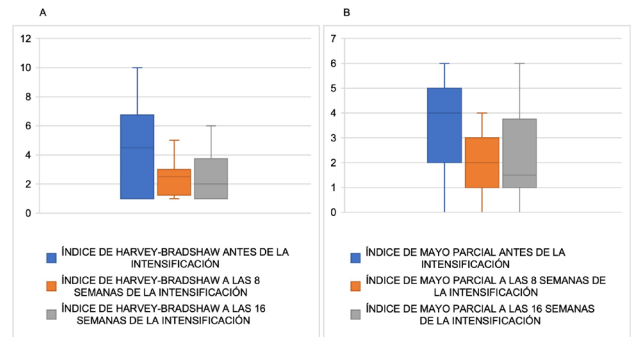


Figura 2  
Índice de Harvey-Bradshaw para enfermedad de Crohn (A) e índice de Mayo parcial para colitis ulcerosa (B) en tratamiento intensificado con Vedolizumab.

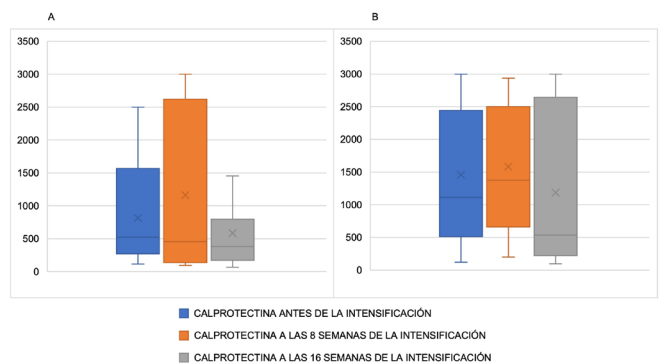


Figura 3  
Niveles de calprotectina (µg/g) en enfermedad de Crohn (A) y colitis ulcerosa (B) en tratamiento intensificado con Vedolizumab.

## CP-206. FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Muiño Domínguez D, Carballo Folgoso M, Flórez Díez P, De Francisco R, Pérez Martínez I, Castaño García A, García Calonge M, González Sánchez MH, González Parra AC, Riestra S

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO.

### Introducción

Las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMIDs) aumentan el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (ECV). Sin embargo, la asociación entre enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y ECV no está bien establecida. Nuestros objetivos son evaluar la frecuencia de ECV [cardiopatía isquémica (CI), accidente cerebrovascular (ACV)] tras el diagnóstico de EII e identificar los factores de riesgo (FR) asociados con su desarrollo.

### Material y métodos

Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico que incluyó todos los pacientes atendidos en la unidad de EII del HUCA entre mayo de 2010 y abril de 2022. Los FR cardiovascular y el desarrollo de ECV fueron evaluados prospectivamente en todas las visitas a la Unidad; además, se hizo una búsqueda selectiva de esta información antes del diagnóstico de EII. Como FR clásicos analizamos la hipertensión arterial (HTA), dislipemia y diabetes mellitus (DM). Como FR relacionados con EII analizamos la presencia de EII compleja que, en enfermedad de Crohn (EC) definimos por presencia de patrón estenosante (B2) o penetrante (B3), o necesidad de cirugía de resección intestinal; y en la colitis ulcerosa (CU) como extensión E3 o necesidad de colectomía. Finalmente analizamos como FR la coexistencia de otra IMID.

### Resultados

Fueron incluidos 2153 pacientes (52% EC, 45% CU, 3% colitis sin clasificar). 49% mujeres, y edad media al diagnóstico de EII de 39 años. El 24% de los pacientes tenían HTA, 14% dislipemia y 8.6% DM; 59% eran o habían sido fumadores; 37% tenían una IMID asociada (12% cutánea, 7.9% articular). Previo al diagnóstico de EII 62 pacientes habían presentado ECV (41 CI, 21 ACV). Tras el diagnóstico de EII, 95 pacientes presentaron al menos una ECV (49 CI, 46 ACV); tras 31,516 pacientes-año de seguimiento la incidencia de un primer ECV fue de 0.31 por 100 pacientes-año (0.16 CI, 0.15 ACV). La incidencia de ECV fue estable a lo largo del tiempo tras el diagnóstico de EII. En el análisis multivariante (Tabla 1), se asociaron con mayor riesgo de ECV la edad al diagnóstico de EII > 50 años ( $p < 0.001$ ), HTA ( $p = 0.006$ ), dislipemia ( $p = 0.032$ ), sexo masculino ( $p = 0.004$ ) y antecedente de ECV previo al diagnóstico de EII ( $p = 0.011$ ). Con estas variables se realizó un análisis de supervivencia con regresión de Cox

(Figuras 1,2). Ni el tipo de EII, la existencia de EII compleja ni la coexistencia de otra IMID se asoció con más riesgo de ECV.

Análisis multivariante	Hazard ratio (intervalo de confianza del 95%)	p-valor
Edad $\geq 50$ años	4.21 (2.49 a 7.11)	<b>&lt;0.001</b>
Sexo (hombre)	2.05 (1.26 a 3.34)	<b>0.004</b>
Hipertensión	1.95 (1.21 a 3.15)	<b>0.006</b>
Dislipemia	1.71 (1.05 a 2.79)	<b>0.032</b>
Diabetes	1.32 (0.77 a 2.29)	0.311
Tabaco	1.47 (0.90 a 2.38)	0.122
ECV previo	2.85 (1.28 a 6.35)	<b>0.010</b>
Crohn no compleja	Referencia	
Enfermedad de Crohn compleja	0.80 (0.43 a 1.50)	0.489
Colitis ulcerosa compleja	0.82 (0.42 a 1.60)	0.569
Colitis no compleja	1.10 (0.61 a 1.97)	0.748
Colitis no clasificada	0.20 (0.03 a 1.47)	0.113
IMID articular	0.64 (0.17 a 2.39)	0.512
IMID cutánea	0.69 (0.22 a 2.12)	0.516
Cualquier IMID	0.95 (0.57 a 1.56)	0.831

Tabla 1

Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal: análisis multivariante.

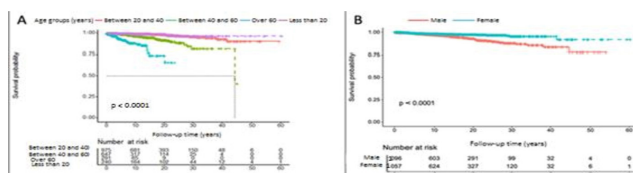


Figura 1

(A): Curva de supervivencia para edad al diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal. (B) Curva de supervivencia para sexo.

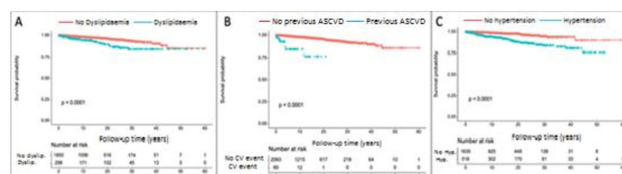


Figura 2

(A) Curva de supervivencia para dislipemia (B) Curva de supervivencia para historia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (C) Curva de supervivencia para hipertensión.

### Conclusiones

El desarrollo de ECV en pacientes con EII se asocia a FR clásicos (HTA y dislipemia), mayor edad al diagnóstico y el

sexo masculino. La coexistencia de otras IMIDs no aumenta el riesgo de ECV.

## CP-207. ÍNDICES ENDOSCÓPICOS DE ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN: VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR

Lorenzo González L<sup>1</sup>, Jiménez García VA<sup>1</sup>, Romero García MT<sup>2</sup>, Ferreiro Iglesias R<sup>3</sup>, Vera Mendoza MI<sup>4</sup>, Gómez Rodríguez BJ<sup>1</sup>, Rodríguez Téllez M<sup>1</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. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE, BORMUJOS. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, SANTIAGO DE COMPOSTELA. <sup>4</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, MAJADAHONDA.

### Introducción

La valoración de la actividad endoscópica en pacientes con enfermedad de Crohn es de gran relevancia clínica ya que influye de forma directa en el manejo del paciente. Los objetivos principales fueron evaluar la variabilidad interobservador de las diferentes escalas endoscópicas de actividad en la Enfermedad de Crohn de forma global y entre los endoscopistas expertos y no expertos en enfermedad inflamatoria.

### Material y métodos

Se trata de un estudio observacional, prospectivo donde se recogieron pacientes pertenecientes a la unidad de enfermedad inflamatoria de un hospital de tercer nivel con enfermedad de Crohn a los que se le realizaba una colonoscopia bajo práctica clínica habitual. Las exploraciones fueron grabadas ocultando datos clínicos de los pacientes, realizándose de ileon a recto, excluyendo los pacientes con una preparación deficiente (Boston <6). Las grabaciones se estadificaron según los índices CDEIS, SES-CD y Rutgeerts por 7 endoscopistas expertos de 4 centros nacionales, 4 de los cuales eran expertos en enfermedad inflamatoria intestinal (grupo 1). Los datos clínicos fueron recogidos de la historia clínica de cada paciente. Posteriormente se analizó la variabilidad interobservador en el resultado de dichas escalas endoscópicas.

### Resultados

Se han recogido 22 vídeos analizados por 7 endoscopistas consiguiendo 154 evaluaciones. 59% varones con una edad media de 41,5 años. El índice de Harvey-Bradshaw (IHB) mediano fue 5 puntos, la mediana de PCR fue 8,15 mg/L y de calprotectina fecal 653,15 ug/g. El índice con mejor correlación interobservador fue el CDEIS con un ICC global de 0,83 (0.733-0.915), seguido del SES-CD con ICC 0,77 (0.644-0.879). El índice de Rutgeerts, que fue descrito por los evaluadores como el más fácil de realizar, sin embargo,

fue el que presentó una peor correlación global con una de kappa 0.68. Respecto a los grupos, el grupo con mejor concordancia fue el grupo no expertos en EII, en el índice CDEIS y en el SES-CD con ICC 0.91 y 0.88 respectivamente, mientras que en el índice de Rutgeerts la mejor correlación fue en el grupo de expertos en EII.

Número de pacientes	22
Edad; mediana, RIC	41,5 (28,2-51,7)
Género (H/M); n, %	13 (59%) / 9 (41%)
Hábito tabáquico; n, %	
Ex fumador	3 (13,6%)
Fumador	10 (45,5%)
No fumador	9 (40,9%)
Edad al diagnóstico; n, %	
< 17 años (A1)	2 (9,1%)
17-40 años (A2)	13 (59,1%)
> 40 años (A3)	7 (31,8%)
Localización; n, %	
Ileal (L1)	12 (54,5%)
Colónica (L2)	2 (9,1%)
Ileocólica (L3)	8 (36,4%)
TDS (L4)	0 (0%)
Fenotipo; n, %	
Inflamatorio (B1)	10 (45,5%)
Estenosante (B2)	11 (50%)
Penetrante (B3)	1 (4,5%)
Perianal (p)	2 (9,1%)
Manifestaciones extraintestinales; n, %	9 (40,9%)
Articulares	5 (55,5%)
Cirugía; n, %	5 (22,7%)
Tratamiento actual n %	
Mesalazina	6 (27,3%)
Corticoides	2 (9,1%)
Tiopurinas	6 (27,3%)
Biológicos	8 (36,4%)
Índice Harvey-Bradshaw; mediana, RIC	5 (3-8)
PCR (mg/L); mediana, RIC*	8,15 (2,9-18,75)
Calprotectina fecal (mg/Kg); mediana, RIC**	653,15 (177-1242)

Características de los pacientes del estudio.

Tabla 1

	Correlación Intraclase			
	Grupo 1	IC 95%	Grupo 2	IC 95%
CDEIS	0.795	0.655-0.897	0.915	0.837-0.961
SES-CD	0.795	0.656-0.897	0.881	0.777-0.945

Variabilidad interobservador de los índices CDEIS y SES-CD por grupos de endoscopistas expertos en EII (grupo 1) y no expertos en EII (grupo 2).

Tabla 2

### Conclusiones

La menor variabilidad interobservador entre los índices endoscópicos valorados de la enfermedad de Crohn la presentó el CDEIS, seguido del SES-CD y el índice de Rutgeerts. La variabilidad fue mayor entre expertos en EII respecto a los no expertos en el CDEIS y SES-CD, y a la inversa en el Rutgeerts.

Índice de Kappa		
	Grupo 1	Grupo 2
	Media	Media
<b>Rutgeerts</b>	0.79	0.69

Tabla 3

Variabilidad interobservador del índice de Rutgeerts por grupos de endoscopistas expertos en EII (grupo 1) y no expertos en EII (grupo 2).

## CP-208. INFLUENCIA DEL ALELO HLA-DQA1\*05 SOBRE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE USTEKINUMAB Y VEDOLIZUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ESTUDIO UNICÉNTRICO.

Aparicio Serrano A, Tejero Jurado R, Benitez Cantero JM, Soto Escribano P, Marín Pedrosa S, Rodríguez Moncada R, Iglesias Flores EM

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

### Introducción

Estudios previos relacionan el alelo HLA-DQA1\*05 como marcador de riesgo innato de inmunogenicidad relacionado con la pérdida de respuesta a antiTNF; sin embargo, la evidencia es escasa en relación a su implicación con otros biológicos como ustekinumab (UST) y vedolizumab (VDZ). El objetivo principal fue analizar si existen diferencias en las tasas de remisión y respuesta clínica en función de la presencia del alelo con biológicos no-antiTNF (UST y VDZ).

### Material y métodos

Estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico que incluyó, de forma consecutiva, pacientes con enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU) en tratamiento con UST o VDZ y que fueron seguidos al menos durante 6 meses. Se hicieron dos grupos en función de la positividad del alelo HLA-DQA1\*05 y se comparó entre ellos la remisión y respuesta clínicas en semanas 24 y 48. Se definió remisión clínica como una disminución del índice de Harvey  $\leq 4$  puntos (EC) o del índice de mayo parcial  $\leq 2$  puntos (CU). También se analizaron otras variables relacionadas con la efectividad en función del estado de portador del alelo y se registraron los efectos adversos ocurridos.

### Resultados

Incluidos 63 pacientes con EC y CU en tratamiento con UST o VDZ. El 33,33% (n=21) eran portadores del alelo.

Comparados ambos grupos (no portadores vs portadores), No existieron diferencias en las características basales en ambos grupos salvo en el sexo (64,3% [n=27] de varones vs 23,8% [n=5], p=0,002) (Tablas 1 y 2). Tampoco se encontraron diferencias con respecto a la necesidad de cirugía previa, el uso previo de anti-TNF o la prevalencia de tratamientos concomitantes (Tabla 3).

El ser portador no se relacionó con diferencias estadísticamente significativas en la remisión clínica a las 24 semanas (61,9% en no portadores vs 66,7%, p=0,71) ni a

	No portador HLA-DQA1*05 n=42	Portador HLA-DQA1*05 n=21	p
Edad (años)	51,74 (DS 16,99)	54,48 (DS 14,6)	0,53
Sexo, varón	64,3% (n=27)	23,8% (n=5)	*0,002
Tabaquismo			
Fumador	23,8% (n=10)	14,3% (n=3)	0,08
Exfumador	21,4% (n=9)	52,4% (n=11)	
Obesidad	26,2% (n=11)	19% (n=4)	0,53
Tipo de EII	EC 78,6% (n=33) CU 21,4% (n=9)	EC 85,7% (n=18) CU 14,3% (n=3)	0,74

Tabla 1

Características demográficas de la muestra del estudio según el estado de portador de HLA-DQA1\*05.

	No portador HLA-DQA1*05 n=42	Portador HLA-DQA1*05 n=21	p
Edad al diagnóstico de la EII			
Menor o igual a 16 años	9,5% (n=4)	4,8% (n=1)	0,43
De 17 a 40 años	50% (n=21)	38,1% (n=8)	
Mayor de 40 años	40,5% (n=17)	57,1% (n=12)	
Duración de enfermedad (años)	13,4 (9,77)	13,86 (9,6)	0,86
Localización (EC)	Ileal 51,5% (n=17) Ileocólica 27,3% (n=9) Cólica 15,2% (n=5) Tracto superior 3% (n=1) Ileocólica + tracto superior 3% (n=1)	Ileal 50% (n=9) Ileocólica 22,2% (n=4) Cólica 16,7% (n=3) Tracto superior 5,6% (n=1) Ileal + tracto superior 5,6% (n=1)	0,75
Patrón (EC)			
Inflamatorio	54,5% (n=18)	44,4% (n=8)	0,3
Estenosante	24,2% (n=8)	44,4% (n=8)	
Fistulizante/perforante	21,2% (n=7)	11,1% (n=2)	
Actividad radiológica por índice MaRIA (EC)	2,5 (2-3)	2 (1,5-3)	0,72
Harvey basal (EC)	8 (5-10)	8 (6,75-9,25)	0,88
Localización (CU)			
Proctitis/proctosigmoiditis	11,1% (n=1)	33,3% (n=1)	0,37
Colitis izquierda	11,1% (n=1)	33,3% (n=1)	
Colitis extensa/pancolitis	77,8% (n=7)	33,3% (n=1)	
Gravedad (CU)			
Colitis leve	11,1% (n=1)	66,7% (n=2)	0,09
Colitis moderada	66,7% (n=6)	0,0% (n=0)	
Colitis grave	22,2% (n=2)	33,3% (n=1)	
Mayo parcial basal (CU)	6 (5,5-8)	5 (5-5)	1
Enfermedad perianal	26,8% (n=11)	28,6% (n=6)	0,88
Manifestaciones extraintestinales	23,8% (n=10)	28,6% (n=8)	0,24

Tabla 2

Características de la EII de los pacientes de nuestra muestra según el estado de portador de HLA-DQA1\*05.

	No portador HLA-DQA1*05 n=42	Portador HLA-DQA1*05 n=21	p
Cirugía previa	40,5% (n=17)	38,1% (n=8)	0,86
Anti-TNF previo	83,3% (n=35)	85,7% (n=18)	1
Número de Anti-TNFs previo	1: 48,8% (n=20) 2: 36,6% (n=13)	1: 65% (n=13) 2: 25% (n=5)	0,49
Tratamiento biológico	Ustekinumab 69% (n=29) Vedolizumab 31% (n=13)	Ustekinumab 90,5% (n=19) Vedolizumab 9,5% (n=2)	0,06
Necesidad de introducir CTC (tópico o sistémico)	30% (n=12)	19% (n=4)	0,36
Uso de AZA concomitante	7,1% (n=3)	14,3% (n=3)	0,39
Uso concomitante de aféresis	2,4% (n=1)	4,8% (n=1)	1
Uso de MTX concomitante	0% (n=0)	1,6% (n=1)	0,33

Tabla 3

Características de los tratamientos previos y actuales en nuestra muestra según el estado de portador de HLA-DQA1\*05. CTC: Corticoides. AZA: Azatioprina. MTX: Metotrexate.

las 48 (61,8% en no portadores vs 82,4%, p=0,14). Tampoco se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la respuesta clínica a las 24 semanas (73,8% en no portadores vs 76,2%, p=0,84) ni a las 48 semanas (79,4% en no portadores vs 88,2%, p=0,7) (Figuras 1 y 2). Hubo una tendencia a mayor persistencia del fármaco biológico (ustekinumab o vedolizumab) entre portadores del alelo HLA-DQA1\*05, aunque sin significación estadística (p log rank 0,06) (Figura 3).

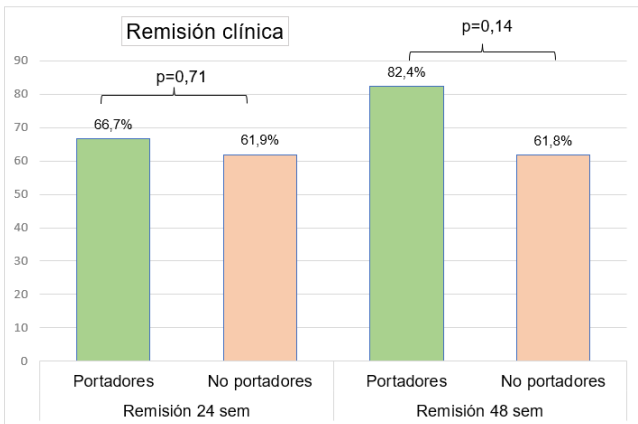


Figura 1

Proporción de pacientes portadores y no portadores del alelo HLA-DQA1\*05 que presentaron remisión clínica en semanas 24 y 48.

### Conclusiones

La efectividad y seguridad de UST y VDZ no parecen estar influenciadas por la presencia del alelo HLA-DQA1\*05, si bien parece existir una tendencia a mayor persistencia farmacológica entre los portadores.

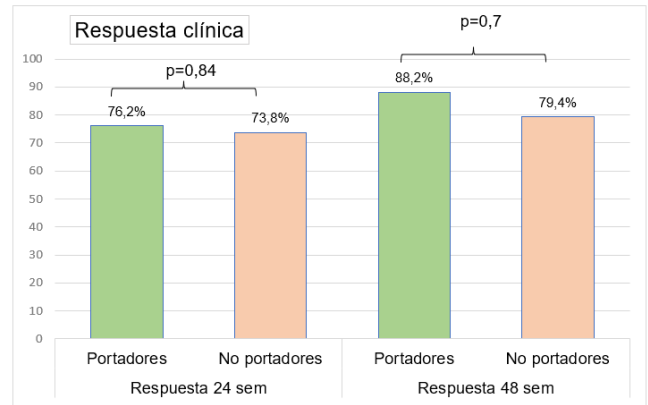


Figura 2

Proporción de pacientes portadores y no portadores del alelo HLA-DQA1\*05 que presentaron respuesta clínica en semanas 24 y 48.

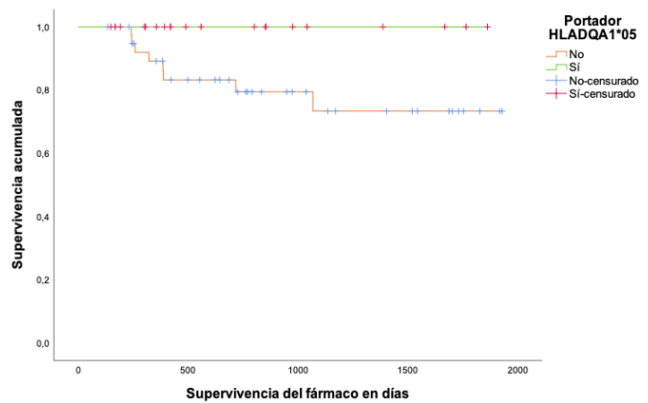


Figura 3

Persistencia del fármaco biológico según el estado de portador del HLA-DQA1\*05.

### CP-209. INTENSIFICACIÓN DE USTEKINUMAB INTRAVENOSO TRAS LA PRIMERA INDUCCIÓN EN EII. NUESTRA EXPERIENCIA.

Gutiérrez Martínez F<sup>1</sup>, Rodríguez González FJ<sup>1</sup>, López Ocaña A<sup>1</sup>, Camargo Camero R<sup>1</sup>, Sánchez Yáñez E<sup>2</sup>, Martínez Casanova N<sup>2</sup>, Fernández Castañer A<sup>1</sup>, Martos Van Dussen JV<sup>1</sup>, Andrade Bellido RJ<sup>1</sup>, Alcain Martínez G<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. <sup>2</sup>SERVICIO FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

### Introducción

Ustekinumab (UST) es un anticuerpo anti IL 12/23 indicado para la Enfermedad de Crohn (EC) y la Colitis Ulcerosa (CU). Dos opciones de intensificar este fármaco son una nueva reinducción intravenosa (iv) seguida de un mantenimiento

subcutáneo (sc) o establecer un mantenimiento iv indefinido. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de estas dos opciones de intensificación del UST.

## Material y métodos

Estudio observacional, unicéntrico, retrospectivo y descriptivo donde se evaluó la respuesta clínica mediante índice de Harvey-Bradshaw (HB) para la EC y el partial Mayo Score (pMS) para la CU.

Se definió respuesta clínica como un descenso  $\geq 3$  puntos en el HB o en pMS. Se consideró remisión clínica una puntuación  $\leq 4$  en HB y  $\leq 2$  en pMS.

## Resultados

Se realizó reinducción iv aislada a 18 pacientes, 16 EC y 2 CU, y mantenimiento exclusivo IV a 14 pacientes, 13 EC y 1 CU (Tabla 1).

Características iniciales	Reinducción IV Pacientes (n = 18)	Mantenimiento IV Pacientes (n= 14)
Edad (años), mediana (IQR)	47 (35-56)	58 (41-46)
Género, Nº (%)		
Hombres	6 (33.33)	4 (28.57)
Mujeres	12 (66.66)	10 (71.42)
Duración de la enfermedad (años), mediana (IQR)	11 (7-17)	17.5 (9.5-19)
Tipo de EII		
Enfermedad de Crohn, n (%)	16 (88.88)	13 (92.85)
Colitis Ulcerosa, n (%)	2 (22.22)	1 (7.14)
Fumadores, n (%)	3 (16.66)	4 (28.57)
Enfermedad perianal, n (%)	10 (55.55)	4 (28.57)
Cirugías previas n (%)	11 (61.11)	5 (35.71)
Uso de corticoides previo n (%)	16 (88.88)	14 (100)
Inmunosupresores concomitantes, n (%)	5 (27.7)	3 (21.42)
Tratamientos previos, n (%)		
Infliximab	16 (88.8)	10 (71.42)
Adalimumab	13 (72.2)	13 (92.85)
Vedolizumab	2 (11.11)	2 (14.28)
Tofacitinib	1 (5.55)	0 (0)
Número de biológicos previos, n (%)		
0	0 (0)	0 (0)
1	7 (38.88)	4 (28.57)
2	9 (50)	9 (64.28)
3	1 (5.55)	1 (7.14)
4	1 (5.55)	0 (0)
Frecuencia de dosis UST sc previa, n (%)		
Cada 4 semanas	0 (0)	8 (57.14)
Cada 6 semanas	0 (0)	1 (7.14)
Cada 8 semanas	17 (94.4)	5 (35.71)
Cada 12 semanas	1 (5.55)	0 (0)
HBI basal, mediana (IQR)	7 (6-9)	6 (6-8)
pMS basal, mediana (IQR)	7,5 (3-27)	4
PCR basal (mg/l), mediana (IQR)	6,5 (3-27)	4 (4-18)
CPF basal (mg/kg), mediana (IQR)	178 (89-812)	481 (126-1170)
Duración de tratamiento con UST sc previa (meses), mediana (IQR)	9 (5-31) (*)	9,5 (7-25)

CPF: Calprotectina fecal; EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; HBI: Índice de Harvey-Bradshaw; IQR: Rango intercuartilico; PCR: proteína C reactiva; pMS: partial Mayo Score; UST; Ustekinumab. (\*) Datos de los 3 pacientes que recibieron reinducción por respuesta parcial al tratamiento

Tabla 1

Características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

Reinducción iv: El motivo fueron 15 interrupciones temporales del mantenimiento sc (9 pacientes por cirugía, 2 embarazos, 2 pérdida de adherencia, 2 otros motivos) y 3 respuestas parciales con UST sc (2 CU y 1 EC). Un único paciente que recibió una segunda reinducción iv, presentó una reacción cutánea local y se suspendió definitivamente.

El periodo de seguimiento medio fue de 24,5 meses en los que se retiró UST sc en 5 (27,7%) pacientes (2 CU, 3EC) por falta de respuesta.

Los resultados en pacientes con EC fueron:

. A las 12s: remisión 37,5% (6/16), respuesta 50% (8/16), no respuesta 50% (8/16).

. A las 52s: remisión 53,8% (7/13), respuesta 61,5% (8/13), no respuesta 38% (5/13).

. Al fin del seguimiento: remisión 69,2% (9/13), respuesta 84,6% (11/13), no respuesta 15,3% (2/13).

Mantenimiento iv: El motivo fue la pérdida de respuesta al mantenimiento sc. El seguimiento medio fue de 10,21 meses. Al final de seguimiento solo un EC suspendió UST iv por falta de respuesta.

Los resultados fueron:

. A 12s: remisión 38,5% (5/13), respuesta 46.1% (6/13), no respuesta 53,8% (7/13).

. A fin de seguimiento: remisión 46.1% (6/13), respuesta 76.9% (10/13), no respuesta 23.1% (3/13)

## Conclusiones

El uso de reinducción intravenoso seguido de mantenimiento subcutáneo es una opción segura y eficaz tras una interrupción del fármaco.

El uso de UST intravenoso de mantenimiento es eficaz y seguro en pacientes complejos que perdieron respuesta a mantenimiento subcutáneo.

## CP-210. IXEKIZUMAB Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Navarro Moreno E, Sánchez Tripiana M, Lázaro Sáez M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

## Introducción

Tanto la psoriasis como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) son enfermedades inmunomediadas. Algunas de sus herramientas terapéuticas son los anticuerpos monoclonales. El ixekizumab es un inhibidor de la interleukina-17 (IL-17) aprobado para el tratamiento

de la psoriasis. Se han descrito casos de debut de EII en pacientes tratados con este fármaco. Se presenta el caso de un paciente de 35 años con debut de EII tipo colitis ulcerosa (CU) tras inicio de tratamiento con ixekizumab.

### Caso clínico

Paciente de 54 años con antecedentes personales de Psoriasis en tratamiento de mantenimiento con Ixekizumab 90mg mensuales. Es derivado a consulta de digestivo por aumento del número de deposiciones, rectorragia y tenesmo rectal de un mes de evolución. Analíticamente destaca PCR 10 mg/dL sin anemia ni leucocitosis y calprotectina fecal (CPF) 8756 microg/g. Se realiza colonoscopia con afectación de unos 30cm desde margen anal de mucosa eritematosa con pérdida del patrón vascular y úlceras superficiales. La anatomía patológica confirma diagnóstico de EII tipo CU activa moderada. Comienza tratamiento con mesalazina hasta que acude a revisión a las dos semanas refiriendo proctalgia intensa y persistencia de la diarrea, objetivando en la exploración física absceso perianal sin observar orificio fistuloso. Se inicia tratamiento con prednisona a dosis 60mg/día y antibioterapia, suspendiéndose ixekizumab. En una entero-RM se confirma fístula interesfinteriana grado II con microabsceso. Al finalizar tratamiento con corticoides se produce recaída con aumento del número de deposiciones con sangre y elevación de CPF, iniciándose un anti-TNF, infliximab (IFX), junto con azatioprina. Tras tres meses de iniciar IFX se encuentra asintomático desde el punto de vista digestivo y también con buen control de la psoriasis.



Figura 1

Imagen de colonoscopia con presencia de mucosa de recto eritematosa, edematosa con presencia de úlceras superficiales.

### Discusión

Existe una asociación entre algunas enfermedades inmunomediadas, siendo algo mayor la prevalencia de EII en pacientes con psoriasis que la población general. Aunque los inhibidores de la IL-17 son seguros y altamente efectivos en psoriasis y artritis psoriásica, se han descrito efectos adversos raros como el debut o la exacerbación de EII, aunque no esté claramente demostrada la causalidad. Creemos que es importante conocer y tener en cuenta este posible efecto adverso cuando estamos considerando un tratamiento con este tipo de fármacos y una vez iniciado estar alerta para diagnosticar precozmente posibles complicaciones.

## CP-211. NIVELES DE TIOPURIL-METILTRANSFERASA EN LA POBLACION CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y EN CONCRETO EN LOS PACIENTES CON MIELODEPRESION POR TIOPURINAS.

Keco Huerga A, Palomar Ávila C, Moreno Pimentel C, Castro Fernández M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

### Introducción

Conocer los niveles de tiopuril-metiltransferasa (TPMT) en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de nuestra área sanitaria. Comparar estos niveles con los comunicados en la población española. Describir el perfil clínico de los pacientes con EII que desarrollan mielodepresión durante tratamiento con tiopurinas, así como valorar si las dosis de tiopurinas estaban ajustadas a los niveles de TPMT.

### Material y métodos

Se realiza un estudio trasversal durante 6 meses, octubre 2022-marzo 2023, incluyéndose 153 pacientes adultos con EII y determinación de TPMT.

Las determinaciones se realizaron en un laboratorio externo (Reference Laboratory-L'Hospitalet de Llobregat-Barcelona).

Recogimos los datos clínicos de los pacientes que desarrollaron mielodepresión durante tratamiento con tiopurinas, comprobando si las dosis estaban ajustadas según los niveles de TPMT.

### Resultados

Los valores de TPMT oscilaron entre 7.7 U/ml y 42.0 U/ml (media de 24.85 U/ml). No se detectó ningún caso con valor inferior a 5 U/ml, que contraindicaría el tratamiento con tiopurinas.

El 76.5 % de los pacientes tenían valores de TPMT superiores a 13.8 U/ml (actividad normal) con dosis de azatioprina recomendables, entre 2-3 mg/kg/d (Gisbert et al. Gastroenterol Hepatol 2006). En la población española estos valores se detectan en el 88.4% de los pacientes (Gisbert et al. Med Clin 2005). El 23.5% tenían valores entre 5.1-13.7 U/ml (actividad intermedia) con dosis de azatioprina recomendables entre 1-1.5 mg/kg/d.

Detectamos 15 casos (9.8%) con mielodepresión, 10 varones (67%) y 5 mujeres (33%), con edad media de 41 (18-65) años. El tratamiento realizado fue con azatioprina (13 casos) y con 6-MP (2 casos). El tiempo medio de exposición a las tiopurinas resultó de 65.4 (1-192) meses.

Detectamos un caso grave en un paciente con enfermedad de Crohn, cursó con pancitopenia, tratamiento simultáneo con alopurinol, e infección por virus Varicela-Zoster que requirió hospitalización.

En 14 (93%) pacientes las dosis de tiopurinas, en el momento del diagnóstico de mielodepresión, estaban ajustadas a los niveles de TPMT.

Cifras de TPMT (U/ml)	EC (n° 101)	CU (n° 52)	Dosis recomendada (mg/kg/d)
Actividad baja <5	0	0	Contraindicación
Actividad intermedia 5.1 - 13.7	22 (21.7 %)	15 (28.8%)	1 - 1.5
Actividad normal > 13.8	79 (78.2 %)	37 (71.1 %)	2 - 3

Valores de TPMT estratificados en niveles y dosis recomendables en pacientes con EII.

Tabla 1

## Conclusiones

Los niveles de tiopuril-metiltransferasa en nuestra área sanitaria son similares a los comunicados en la población española.

La mayoría de los pacientes tienen una actividad enzimática normal/alta, pudiendo ser tratados inicialmente con dosis óptimas de azatioprina (2.5 mg/kg/d).

Los pacientes con mielodepresión por tiopurinas no tienen un patrón clínico muy definido, pudiendo presentarse tras una exposición a estos fármacos muy variable.

La determinación de tiopurilmetil-transferasa para el ajuste de dosis de tiopurinas, aunque recomendable, no impide totalmente el desarrollo de mielodepresión.

## CP-212. PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA ATÍPICA COMO COMPLICACIÓN DE LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA POST-QUIRÚRGICA (RPQ) CON METRONIDAZOL EN LA ENFERMEDAD DE CROHN.

Valdivia Krag C, Ortiz Chimbo DS, Frutos Pajuelo C, Benitez Cantero JM

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

## Introducción

El metronidazol es un fármaco antibiótico de la familia de los nitroimidazoles cuyas propiedades se han visto beneficiosas en la prevención de la recurrencia postquirúrgica (RPQ) en la enfermedad de Crohn (EC) y

está incluido en el algoritmo de manejo de estos pacientes sometidos a cirugía (Domènech E. et al. Gastroenterol Hepatol. 2017 Aug-Sep;40(7):472-483). A pesar de que los efectos adversos más comunes son del tipo gastrointestinal, neurológico o reacciones de hipersensibilidad; trastornos psiquiátricos también han sido descritos, aunque de muy baja frecuencia (0.0001%). Por su amplio uso en la prevención de la RPQ, exponemos el siguiente caso.

## Caso clínico

Varón de 46 años con antecedente familiar de madre con EC y hermano con colitis ulcerosa (CU), así como antecedente personal de cardiopatía isquémica revascularizada con stents en tres ocasiones. Es diagnosticado hace un año de EC con afectación ileal y patrón estenosante tras consultar por diarrea y síndrome constitucional; asociando además una fistula perianal interesfinteriana que requirió de intervención urgente (clasificación de Montreal A2L1B2p+), iniciándose tratamiento biológico con infliximab 5mg/kg intravenoso en monoterapia.

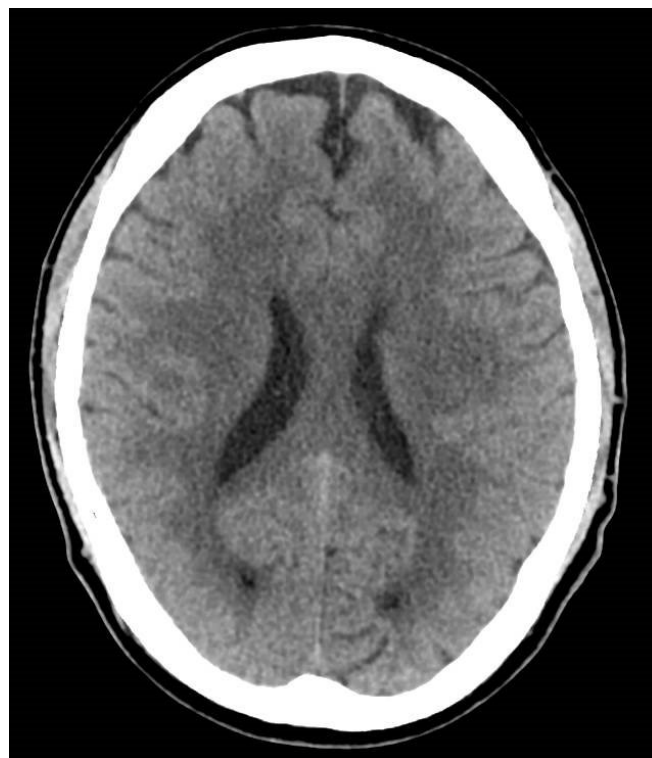


Figura 1

TC cráneo urgente con parénquima cerebral sin lesiones ocupantes de espacio, ni focos de sangrado intra ni extraaxial, con buena diferenciación corticomedular.

Tras el diagnóstico presenta una evolución tórpida con varios episodios de suboclusión intestinal manejados de forma conservadora, precisando finalmente de una intervención quirúrgica urgente con resección ileocecal a raíz de un cuadro de obstrucción intestinal secundario a

una estenosis ileal, con buena evolución post-quirúrgica inmediata, e iniciándose tratamiento con metronidazol 500 mg cada 12 horas durante tres meses como prevención de la RPQ. Tras tres semanas de tratamiento con dicho fármaco en monoterapia, consulta en Urgencias por cuadro de inestabilidad, cefalea holocraneal asociado a pensamientos recurrentes de agresividad, impulsividad y falta de control coincidente desde el inicio del tratamiento antibiótico, negando otro tipo de alteraciones senso-perceptivas ni consumo de tóxicos. Tras descartar patología orgánica con análisis sanguíneo y TC de cráneo urgente es valorado por Salud Mental que recomienda suspender la medicación, desapareciendo completamente la sintomatología y sin otros eventos clínicos posteriores.



Figura 2

TC abdomen con contraste (corte coronal): segmento centroabdominal de íleon estenosante con asas de delgado retrógradamente dilatadas con niveles hidroaéreos en relación a obstrucción intestinal.

## Discusión

Aunque infrecuente, la clínica psiquiátrica de alucinaciones, alteración del comportamiento, ataxia, mareo y cefalea está descrita en casos aislados como efecto adverso de la toma de metronidazol. Es preciso descartar otro tipo de etiología mediante estudios analíticos y pruebas de imagen craneal, junto con una valoración psiquiátrica. La suspensión del medicamento es la estrategia de elección recomendada, dado que presenta muy buena respuesta con desaparición de la clínica y sin secuelas posteriores. Se debe evitar en el futuro el empleo fármacos del mismo grupo farmacológico.

## CP-213. PSORIASIS PUSTULOSA PARADÓJICA SECUNDARIA A INFLIXIMAB, ¿UNA RAZÓN PARA CAMBIAR DE DIANA?

Soler Góngora M, López Peña C, Gijón Villanova R, Caballero Mateos AM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

### Introducción

Presentamos el caso de una paciente con enfermedad de Crohn que presentó una reacción paradójica a Infiximab (psoriasis pustulosa).

### Caso clínico

Mujer de 51 años con diarrea sanguinolenta de hasta 11 deposiciones diarias y pérdida ponderal de 30 kg en tres años, artralgias generalizadas y dolor abdominal. Se realizó íleo-colonoscopia que evidenció afectación ileal confirmándose la sospecha de enfermedad de Crohn.

Inicialmente se pautó budesonida 9 mg, sin lograr remisión, requiriéndose dos tandas de prednisona. Dada la escasa mejoría se inicia azatioprina, con intolerancia gástrica, que obliga a suspenderla e iniciar 6-mercaptopurina. La paciente vuelve a urgencias por persistencia de la clínica, pautándosele otras dos tandas de corticoides sin éxito, y catalogándose la enfermedad como corticorresistente.

Se propuso a la paciente inicio de tratamiento biológico con infliximab, con dosis de inducción estándar.

En los tres meses siguientes, la paciente comenta la aparición lentamente progresiva de pústulas violáceas sobre elevadas, no pruriginosas ni dolorosas en ambas manos (Figura 1), que paulatinamente afectaron a miembros, cara e inglés. En el cuarto mes presenta un nuevo brote moderado y progresión de las lesiones cutáneas, sobre todo en manos, con nuevas lesiones en cuero cabelludo, torso y miembros. Se catalogan como psoriasis pustulosa secundaria a Infiximab por parte de Dermatología.

Se propuso a la paciente inicio de ustekinumab como alternativa. Finalmente, la evolución fue favorable, con mejoría de la sintomatología digestiva y desaparición de las lesiones a las seis semanas (Figura 2),

### Discusión

Este efecto se considera paradójico, ya que actualmente infliximab está aprobado para la psoriasis moderada-grave. Está descrita en la totalidad de las patologías donde se ha aplicado, con una frecuencia de entre el 0,6 al 5,3%. La biopsia cutánea puede distinguirla de otras patologías cutáneas. Es más frecuente la variedad palmo-plantar, además de presentarse mayormente en enfermedad de Crohn.



Psoriasis palmar paradójica tras inicio de infliximab.

Figura 1



Resolución de la psoriasis tras cambio de diana.

Figura 2

Generalmente tiende a la resolución tras su suspensión, estando descrito ampliamente el riesgo de reaparición de las lesiones tras el cambio a otro anti-TNF. En el caso de que las lesiones sean menores y no resulten invalidantes se puede plantear mantener el fármaco biológico y añadir tratamientos tópicos como corticosteroides/inmunomoduladores o incluso fototerapia.

Si hay ausencia de respuesta se puede mantener el tratamiento antiTNF añadiendo tratamiento adicional con metotrexato u otros biológicos como ustekinumab. Ustekinumab, debido a su inhibición de la IL12/23 resulta una alternativa en el tratamiento de la psoriasis y la enfermedad de Crohn, al incidir específicamente sobre el mecanismo etiopatogénico de ambas.

### CP-214. RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA SOBRE ILEOSTOMIA EN PACIENTE ONCOLÓGICA CON ENFERMEDAD DE CROHN MULTIRREFRACTARIA

Morales Bermúdez A<sup>1</sup>, Angulo McGrath I<sup>2</sup>, Bracho González M<sup>3</sup>, Palomino Luque P<sup>4</sup>, Olmedo Martín R<sup>5</sup>

<sup>1</sup>GRUPO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA. <sup>4</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA. <sup>5</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

### Introducción

Los pacientes con enfermedad de Crohn presentan alta probabilidad de precisar una intervención quirúrgica a lo largo de su evolución. La recurrencia postquirúrgica en la anastomosis ileocolónica es un hecho muy frecuente. Sin embargo, la frecuencia y comportamiento de la recurrencia tras la creación de una ileostomía temporal o definitiva está menos definida.

### Caso clínico

Mujer de 35 años. Fumadora. EC ileocólica con patrón penetrante y afectación perianal diagnosticada en 2007. Al debut se inicia tratamiento con corticoides y azatioprina, siendo necesaria la retirada de azatioprina por efecto adverso (pancreatitis aguda). En 2009 se diagnostica de carcinoma de mama, precisando cirugía y hormonoterapia. Durante su evolución presenta actividad moderada clínica, radiológica y endoscópica, con corticodependencia asociada, pero las opciones terapéuticas se ven limitadas por el antecedente oncológico. Tras 5 años libre de enfermedad oncológica se decide tratamiento con adalimumab, con respuesta parcial. Ante la refractariedad al tratamiento médico y la aparición de complicaciones fistulizantes (absceso intraabdominal) se indica cirugía resectiva en 2016 (resección de íleon terminal y hemicolectomía derecha ampliada). Dados los

antecedentes oncológicos de la paciente y la reticencia a tratamiento, no se instaura tratamiento preventivo de la recurrencia y se recomienda el abandono del hábito tabáquico.

En 2018 se objetiva recurrencia postquirúrgica grave, cumpliendo criterios de corticodependencia. Se inicia tratamiento con infliximab. Durante el seguimiento se detecta un nuevo tumor de mama contralateral, realizándose cuadrantectomía. Por ello, se plantea un cambio de diana terapéutica, iniciando vedolizumab en pauta intensificada cada 4 semanas. La respuesta no es satisfactoria, precisando segunda cirugía con resección en bloque de anastomosis e ileostomía de protección temporal. En control endoscópico a los 6 meses de la cirugía se evidencia recurrencia precoz. Una videocápsula endoscópica posterior revela que la afectación se extiende hasta ileon proximal, provocando clínica de ostomía de alto débito con episodios de deshidratación y pérdida de iones que requieren hospitalización. Se decide iniciar ustekinumab en 2022, obteniéndose una respuesta parcial tras la inducción intravenosa, y optándose por intensificación de tratamiento mediante administración cada 6 semanas, estando en respuesta clínica y biológica en la actualidad.

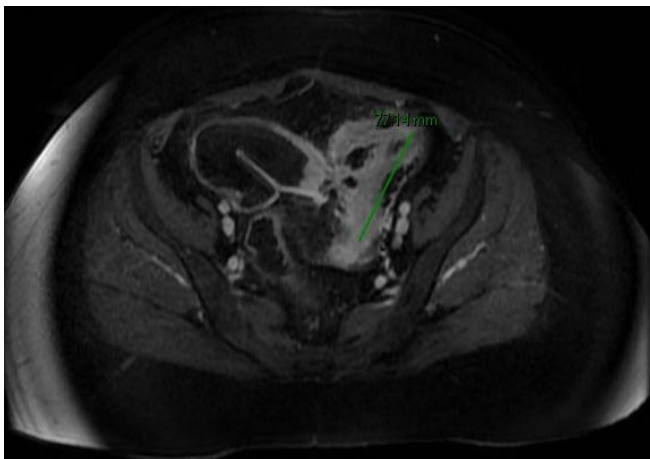
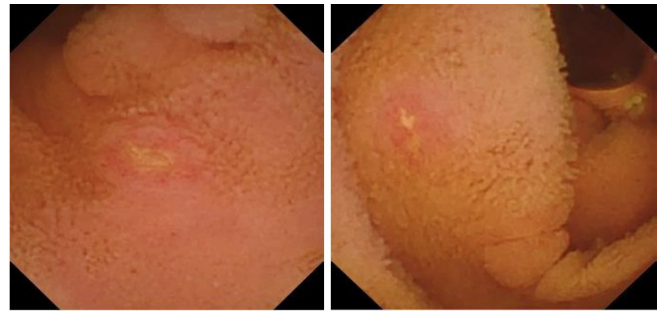


Imagen axial de TC: Fistula y absceso a nivel de anastomosis ileosigmoidea.

Figura 1

## Discusión

La presencia de antecedentes oncológicos es un hecho cada vez más frecuente en la práctica clínica y condiciona el manejo de los pacientes con EII. El caso clínico presenta como singularidad la complejidad de la enfermedad, la recurrencia sobre una ileostomía y la concurrencia de un proceso oncológico. En este contexto, ustekinumab puede constituir una opción eficaz y segura en el tratamiento de este perfil de pacientes.



Imágenes de videocápsula endoscópica con afectación inflamatoria de ileon proximal.

Figura 1

## CP-215. RELACIÓN DE LAS ESCALAS ENDOSCÓPICAS DE ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD DE CROHN CON ÍNDICES CLÍNICOS Y BIOMARCADORES INFLAMATORIOS

Lorenzo Gonzalez L<sup>1</sup>, Jiménez García VA<sup>1</sup>, Romero García MT<sup>2</sup>, Ferreiro Iglesias R<sup>3</sup>, Vera Mendoza MI<sup>4</sup>, Gómez Rodríguez BJ<sup>1</sup>, Rodríguez Téllez M<sup>1</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. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE, BORMUJOS. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, SANTIAGO DE COMPOSTELA. <sup>4</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, MAJADAHONDA.

## Introducción

La valoración de la actividad endoscópica en pacientes con enfermedad de Crohn es el estándar oro en la toma de decisiones del paciente, no obstante, dado su carácter invasivo, habitualmente utilizamos índices clínicos y biomarcadores como aproximación. Por ello, el objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre las escalas endoscópicas de actividad con índices clínicos y biomarcadores.

## Material y métodos

Se realizó un estudio observacional y prospectivo, se recogieron pacientes pertenecientes a la unidad de enfermedad inflamatoria de un hospital de tercer nivel con enfermedad de Crohn a los que se le realizaba una colonoscopia bajo práctica clínica habitual. Las exploraciones fueron grabadas ocultando datos clínicos de los pacientes, realizándose de íleon a recto, excluyendo los pacientes con una preparación deficiente (Boston <6). Las grabaciones se estadificaron según los índices CDEIS y SES-CD por 7 endoscopistas expertos de 4 centros nacionales. Los datos clínicos fueron recogidos de la historia clínica de cada paciente. Posteriormente se analizó la correlación entre puntuación de las escalas endoscópicas con los parámetros clínicos y biomarcadores.

## Resultados

Se han recogido 22 pacientes. 59% varones con una edad media de 41,5 años. El índice de Harvey-Bradshaw mediano fue 5 puntos, la mediana de PCR fue 8,15 mg/L y de calprotectina fecal 653,15 ug/g. El CDEIS presentó ICC global de 0,83 (0.733-0.915), el SES-CD ICC 0,77 (0.644-0.879). La correlación entre CDEIS y la calprotectina fecal fue aceptable y casi alcanzando la significación estadística  $r = 0.445$  ( $p = 0.065$ ) y mientras que la del SES-CD y la calprotectina fue mejor con  $r = 0.582$  siendo estadísticamente significativo ( $p = 0.011$ ). Sin embargo, la relación entre ambos índices y la PCR o el índice de Harvey Bradshaw fue mala.

Número de pacientes	22
Edad; mediana, RIC	41,5 (28,2-51,7)
Género (H/M); n, %	13 (59%) / 9 (41%)
Hábito tabáquico; n, %	
Ex fumador	3 (13,6%)
Fumador	10 (45,5%)
No fumador	9 (40,9%)
Edad al diagnóstico; n, %	
< 17 años (A1)	2 (9,1%)
17-40 años (A2)	13 (59,1%)
> 40 años (A3)	7 (31,8%)
Localización; n, %	
Ileal (L1)	12 (54,5%)
Colónica (L2)	2 (9,1%)
Ileocólica (L3)	8 (36,4%)
TDS (L4)	0 (0%)
Fenotipo; n, %	
Inflamatorio (B1)	10 (45,5%)
Estenosante (B2)	11 (50%)
Penetrante (B3)	1 (4,5%)
Perianal (p)	2 (9,1%)
Manifestaciones extraintestinales; n, %	
Articulares	5 (55,5%)
Cirugía; n, %	5 (22,7%)
Tratamiento actual n %	
Mesalazina	6 (27,3%)
Corticoides	2 (9,1%)
Tiopurinas	6 (27,3%)
Biológicos	8 (36,4%)
Índice Harvey-Bradshaw; mediana, RIC	5 (3-8)
PCR (mg/L); mediana, RIC*	8,15 (2,9-18,75)
Calprotectina fecal (mg/Kg); mediana, RIC**	653,15 (177-1242)

Características de los pacientes.

Tabla 1

Correlaciones	Harvey-Bradshaw	Calprotectina	PCR
CDEIS (mediana)	0.093 (p 0.681)	0.445 (p 0.064)	0.234 (p 0.351)
SESCD (mediana)	0.105 (p 0.642)	0.582 (p 0.011)	0.0191 (p 0.448)

Correlación entre los índices endoscópicos CDEIS y SES-CD con el índice clínico de Harvey Bradshaw y biomarcadores inflamatorios (Calprotectina fecal y PCR).

Tabla 2

## Conclusiones

La calprotectina fecal es un biomarcador útil como medida indirecta de la actividad endoscópica en la enfermedad de Crohn, no siéndolo el índice de Harvey-Bradshaw o la PCR. El índice SES-CD parece correlacionarse mejor con los niveles de calprotectina fecal que el CDEIS.

### CP-216. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) ASOCIADO A USTEKINUMAB EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN (EC)

Ortiz Chimbo DS, Marín Pedrosa S, Valdivia Krag C

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

## Introducción

La terapia biológica se ha implementado como un elemento fundamental dentro del arsenal terapéutico en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal, presentado generalmente buen perfil de seguridad es de gran importancia conocer sus potenciales efectos adversos para individualizar su indicación en cada paciente. Es por ello que presentamos una complicación neurológica como el PRES, de muy poca frecuencia, aunque relevante por su gravedad.

## Caso clínico

Varón de 55 años con enfermedad de Crohn con patrón inflamatorio y estenosante, con afectación yeyuno ileal, diagnosticado en 2010 a raíz de estudio por anemia ferropénica. Desde el diagnóstico su enfermedad se trató sucesivamente con azatioprina, adalimumab e infliximab, suspendiéndose en 2021 por fallo inmunogénico generándose anticuerpos específicos contra el fármaco. Posteriormente el paciente presenta una evolución tórpida, con necesidad de múltiples hospitalizaciones por cuadros suboclusivos secundarios a estenosis ileales en varios segmentos resueltos de forma conservadora, consensuándose finalmente de forma multidisciplinar en el equipo médico-quirúrgico, cambio de tratamiento biológico a Ustekinumab.

Tras un año y medio de tratamiento, presenta de forma súbita y paroxística, confusión, disartria, disglósia, alteración de la visión con presencia de fotogramas y periodos de cefalea holocraneal, por lo que se realizó de forma urgente despistaje infeccioso, resultando este negativo y resonancia magnética (RM) cerebral que muestra áreas de edema parietal bilateral sugestivo de PRES, suspendiéndose el tratamiento tras dicha sospecha. Dos semanas después, el estado neurológico regresa a la normalidad, sin presentar déficits residuales y realizándose RM cerebral de control con resolución de los hallazgos antes descritos.

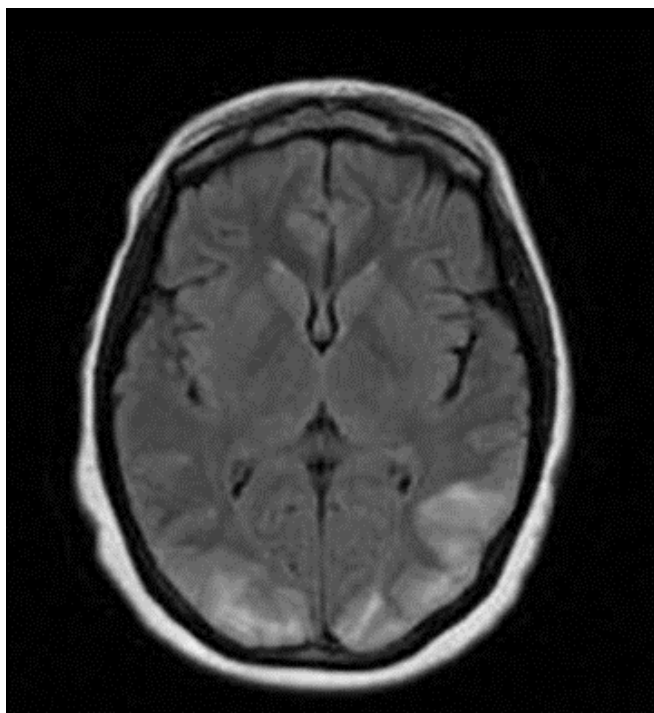


Figura 1

RM Cerebral. Secuencia T2: Lesiones de alta señal en la corteza y la región subcortical de los lóbulos parietal y occipital. Afectación bilateral del lóbulo temporal posterior izquierdo y de la corteza de las circunvoluciones pre y post centrales. Sin lesiones subyacentes.

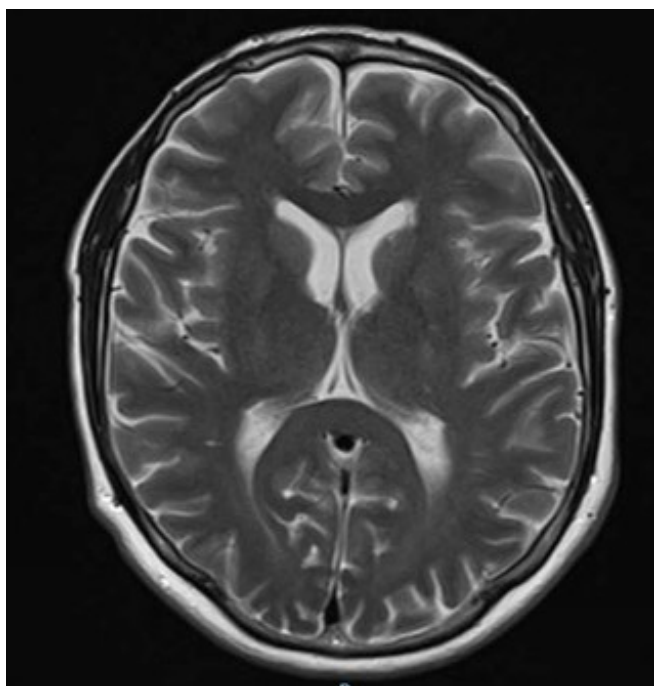


Figura 2

RM Cerebral. Secuencia T2: No se identifican las lesiones antes descritas.

## Discusión

PRES es un trastorno neurológico poco común y típicamente reversible que puede presentarse con cefalea, convulsiones, alteración de la conciencia, cambios visuales y déficits neurológicos focales, pudiendo en algunos casos provocar la muerte, siendo sus causas más comunes toxinas o fármacos y cuyo tratamiento es la eliminación del agente causal, destacando la importancia del despistaje de etiología infecciosa. Se han descrito casos en ensayos clínicos en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica en tratamiento con ustekinumab, tras el periodo de inducción.

Por lo tanto, el PRES debe incluirse dentro del diagnóstico diferencial en cualquier paciente con enfermedad de Crohn tratado con ustekinumab que presente síntomas neurológicos focales o cambios mentales. La obtención de imágenes cerebrales apropiadas y oportunas es fundamental para el diagnóstico, así como la exclusión de otras etiologías como hemorragia, trombosis, trastorno metabólico e infección. Afortunadamente, las secuelas neurológicas son característicamente reversibles con la interrupción del factor etiológico.

## CP-217. SITUACION ACTUAL DEL CONSUMO DE TIOPURINAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Keco Huerga A, Moreno Pimentel C, Palomar Ávila C, Castro Fernández M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

## Introducción

Conocer la prevalencia del tratamiento con tiopurinas en la población de nuestra área sanitaria con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sus principales indicaciones clínicas y los efectos adversos responsables de la retirada del tratamiento.

## Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y unicéntrico, realizado en la población con EII de nuestra área sanitaria. Se incluyen 284 pacientes con EII (octubre 2022-marzo 2023), 50 % mujeres, edad media de 45 años, 183 con enfermedad de Crohn (EC) y 101 con colitis ulcerosa (CU) en seguimiento en una consulta monográfica semanal. Se valora consumo actual y previo de tiopurinas, indicaciones del tratamiento, así como los efectos adversos que motivaron la retirada de estos fármacos.

## Resultados

197 de los 284 pacientes (69.3 %) con EII estaban (44 %) o habían estado (25.3 %) en tratamiento con tiopurinas. La prevalencia era más superior en la EC con 148 casos (80.8 %), que en la CU con 49 casos (48.5 %).

AZA/MP total	ACTIVO	PREVIO	NUNCA
197 (69.3%)	125 (44%)	72 (25.3%)	87 (30.6%)

Tabla 1

Prevalencia de consumo de tiopurinas en la población con EII.

EC (183 PACIENTES)		
ACTIVO	PREVIO	NUNCA
97 (53.0%)	51 (27.8%)	35 (19.1%)

Tabla 1.1

Consumo de tiopurinas en pacientes con EC.

CU (101 PACIENTES)		
ACTIVO	PREVIO	NUNCA
28 (27.72%)	21 (20.8%)	52 (51.5%)

Tabla 2

Consumo de tiopurinas en pacientes con CU.

Todos los pacientes con CU en tratamiento actual con azatioprina recibían además mesalazina. La indicación principal era mantener la remisión clínica. En los pacientes con EC un 59% estaban en monoterapia con azatioprina mientras que un 29% realizaban tratamiento combinado con fármacos biológicos. El 12% restante realizaba tratamiento con ciclos de corticoides orales o mesalazina. La indicación principal era mantener la remisión clínica (77%) y en segundo lugar (21%) la prevención de recurrencia de la EC.

Los efectos adversos motivaron la retirada del tratamiento en 43 pacientes (21%), siendo los más frecuentes: intolerancia digestiva en 16 casos (37.2%), mielod depresión en 9 casos (21.0%) e infecciones en 5 casos (11.6%). En los 13 casos restantes (30.2%) se produjo por pancreatitis aguda, hepatotoxicidad, dermatopatías y neoplasias.

## Conclusiones

Las tiopurinas siguen siendo un tratamiento muy utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal, a pesar del creciente impacto de los fármacos biológicos. El 44%

de los pacientes, el 53% con enfermedad de Crohn y el 28% con colitis ulcerosa, estaban en tratamiento activo con tiopurinas. Sólo el 30% de los pacientes, el 19% con enfermedad de Crohn y el 51% con colitis ulcerosa, no habían utilizado nunca estos fármacos en la evolución de su enfermedad.

La indicación principal de su uso sigue siendo mantener la remisión clínica en pacientes corticodependientes.

En aproximadamente el 20% de los pacientes se tiene que suspender el tratamiento por efectos adversos.

## CP-218. TROMBOSIS CEREBRAL COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN EN FASE DE ACTIVIDAD.

Fernández Carrasco M, Navarro Moreno E, Delgado Maroto A, Hernández Martínez A, Pérez Campos E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

### Introducción

Se presenta el caso de un paciente con Enfermedad de Crohn colónica en fase de actividad por abandono de seguimiento tras primer brote bien controlado, que cursa con complicación tromboembólica secundaria a trombosis de senos venosos cerebrales.

### Caso clínico

Paciente de 37 años, fumador, con antecedente personal de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), tipo Enfermedad de Crohn con afectación colónica estadio A2L2B1, con pérdida de seguimiento.

Acude a urgencias por presentar crisis tónico clónica en domicilio, con pérdida de conocimiento y periodo postcrítico asociando un vómito y pérdida del control de esfínteres.

A la exploración presenta mal estado general, caquexia llamativa, palidez mucocutánea. Somnoliento, con disartria, con funciones superiores cognitivas conservadas. Además, presenta parálisis de nervio facial izquierdo de origen central, hemiplejía y extinción sensitiva.

Se realiza TAC y angioTAC craneal urgente con presencia de hematoma intraparenquimatoso y trombosis aguda de seno sagital superior, sin visualizar malformaciones arteriovenosas.

Se completa estudio con arteriografía observándose en región fronto-parietal derecha hallazgos compatibles con zona de hemorragia parenquimatosa con trombosis aguda de seno sagital superior.

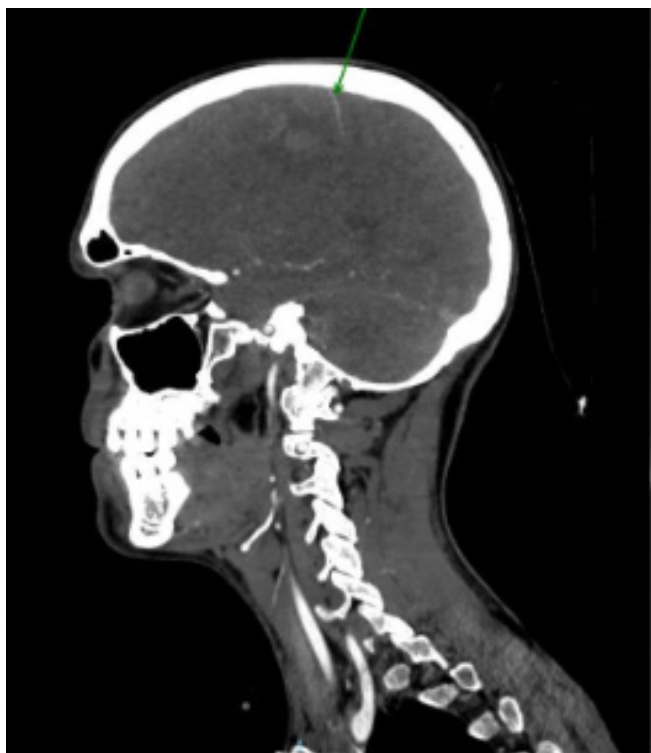


Figura 1

AngioTAC cerebral: defecto de repleción en tercio anterior y medio de seno sagital superior compatible con trombosis de seno venoso.

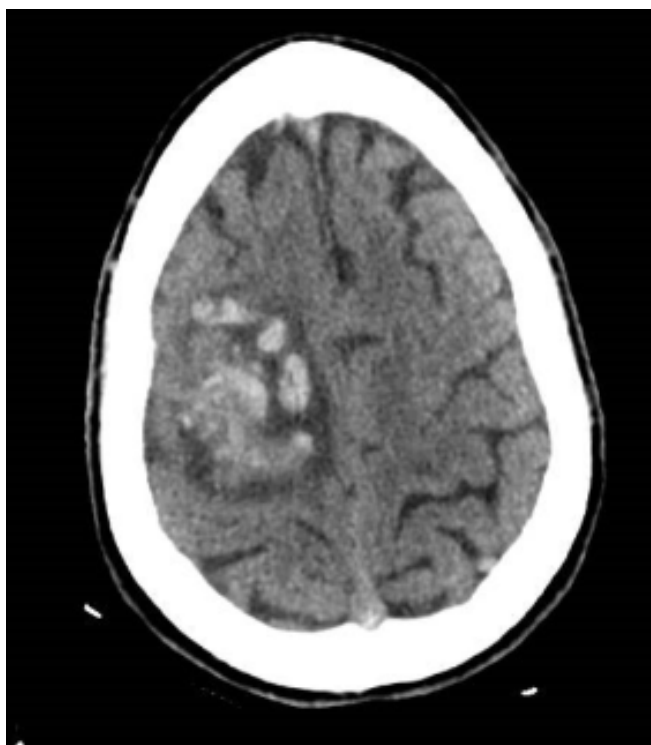


Figura 1

TAC CRANEAL con colección hiperdensa en lóbulo parietal derecho con edema perilesional en relación con hematoma intraparenquimatoso.

Se realiza colonoscopia para retomar seguimiento de su enfermedad con hallazgos de brote moderado de enfermedad de Crohn según índice CDAI, con patrón estenosante y fistulizante hacia vejiga.

Se inicia tratamiento con anticoagulación a dosis terapéuticas por la trombosis y desde el punto intestinal se inicia corticoterapia a dosis plenas y se inicia inducción con infliximab con buena evolución clínica intestinal.

## Discusión

La EII constituye un factor de riesgo conocido para el desarrollo de complicaciones trombóticas y suelen cursar de forma paralela a las fases de actividad de la EII, y al grado de extensión intestinal.

La forma más frecuente de presentación de las complicaciones tromboembólicas es en forma de trombosis venosa profunda (TVP) en miembros inferiores, seguido de tromboembolia pulmonar. Cabe destacar que pueden ocurrir en otras regiones como en territorio esplénico, portal, cerebral o mesentérico.

El tratamiento consiste en terapia anticoagulante y en ocasiones el tratamiento endovascular puede ser una opción.

La trombosis de los senos venosos cerebrales es una patología poco frecuente del sistema nervioso central y supone una manifestación extraintestinal anecdótica, que puede alcanzar una alta morbimortalidad. Por tanto, su sospecha y tratamiento precoz resultan fundamentales, ya que cerca de un 80% de los pacientes tienen buen pronóstico neurológico, incluso permaneciendo sin secuelas a largo plazo.

## CP-219. VALORACIÓN DE LA RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB

Osorio Marruecos M<sup>1</sup>, Mata Perdígón FJ<sup>2</sup>, Viejo Almanzor A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

## Introducción

Describir las características de los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) intervenidos quirúrgicamente que han precisado tratamiento con Ustekinumab para prevenir o tratar la recurrencia postquirúrgica en base a los factores predictivos de recurrencia postquirúrgica (RPQ).

Describir los tratamientos previamente recibidos al uso de ustekinumab y la tasa de RPQ endoscópica y biológica.

## Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal y unicéntrico de una cohorte de pacientes mayores de 18 años con EC intervenidos quirúrgicamente mediante resección ileocecal +/- hemicolectomía derecha, que se encontraban en seguimiento en consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de Puerto Real y habían recibido Ustekinumab tras la intervención quirúrgica por un periodo de más de tres meses.

Se valoró la endoscopia realizada tras la intervención quirúrgica y las determinaciones de calprotectina fecal y proteína C reactiva (PCR) a los 3 y 12 meses de tratamiento.

## Resultados

El total de pacientes del estudio fue de 19. El 68,4% eran mujeres y el 89,5 % no fumadores. Destacó la localización ileal de la enfermedad (L1) (63,2%) y la no presencia de enfermedad perianal (73,7%). El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de  $10,16 \pm 7,51$  años. El tipo de anastomosis realizada fue la latero-lateral en su mayoría (94,7%) (Tabla 1).

CARACTERÍSTICAS BASALES	
Sexo	H (31,6%) / M (68,4%)
Historia familiar de EII	SI (10,5%) / NO (89,5%)
Tabaco	SI (31,6%) / NO (47,4%) / EX (21%)
Edad de diagnóstico	32 años (IQR 13-39)
Edad de la cirugía	$44,32 \pm 15,94$ años
Tiempo de evolución enfermedad	$10,16 \pm 7,51$ años
Localización	L1 (63,2%) / L3 (36,8%)
Enfermedad perianal	SI (26,32%) / NO (73,68%)
Patrón	Fistulizante(31,6%) / Estenosante (68,4%)
Resecciones previas	SI (15,8%) / NO (84,2%)
Granulomas en la pieza quirúrgica	SI (31,6%) / NO (68,4%)
Tipo de anastomosis	L-L (94,7%) / L-T (5,3%)
Tipo de cirugía	Resección IC + Hemicolectomía derecha (89,5%)

Características basales de los pacientes.

Tabla 1

Ocho de los 19 pacientes recibieron ustekinumab (UST) en primera línea para prevención de la RPQ (cuatro de ellos previo a la cirugía) y 11 de los 16 pacientes habían recibido previamente otros tratamientos (Figura 1). El 26,32% (5 pacientes) recibieron una pauta intensificada con una dosis cada cuatro semanas y con un tiempo medio hasta la intensificación de  $8,40 \pm 5,9$  meses.

De los 10 pacientes que disponían de endoscopia tras inicio de ustekinumab, el 60% presentaron un Rutgeerts  $\geq$  i2b tras el tratamiento (Figura 2). Previo a tratamiento presentaban Rutgeerts i2b el 41,7% y Rutgeerts i4 el 33,3%. De los pacientes que tenían realizado índice endoscópico previo al uso de ustekinumab y tras iniciar el tratamiento, de los cuatro pacientes que presentaban pretratamiento un índice de Rutgeerts  $\geq$  i2b, el 50% presentaron mejoría.

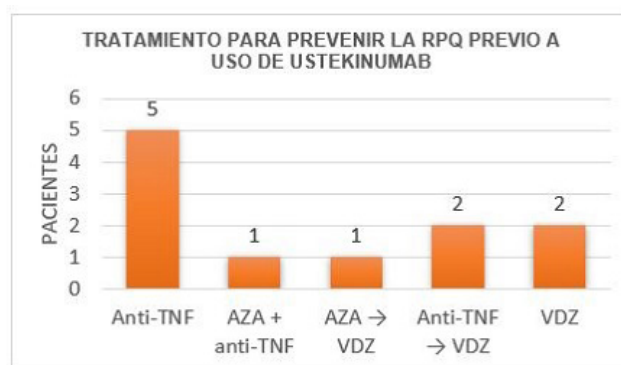


Figura 1

Tratamiento para prevenir la recurrencia postquirúrgica, previo al uso de ustekinumab.

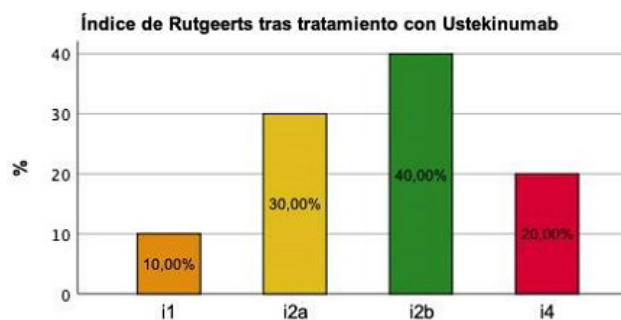
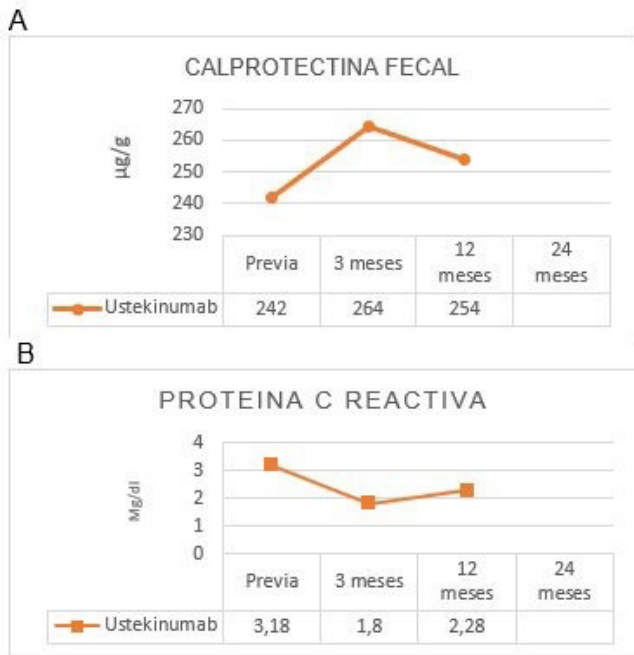


Figura 2

Índice de Rutgeerts en el seguimiento tras tratamiento.

La mediana de calprotectina fecal a los 12 meses de la cirugía fue de  $254 \mu\text{g/g}$  (IQR 35-932) y la media de PCR a los 3 meses fue de  $1,86 \text{ mg/dL} \pm 2,539$  (Figura 3).



Niveles de Calprotectina fecal y de Proteína C reactiva.

Figura 3

### Conclusiones

En nuestra cohorte de pacientes ustekinumab parece mejorar los índices de recurrencia endoscópica y biológica a corto plazo.

### CP-220. VALORACIÓN DE LA RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN TRATAMIENTO CON VEDOLIZUMAB

Osorio Marruecos M<sup>1</sup>, Mata Perdigón FJ<sup>2</sup>, Viejo Almazor A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

### Introducción

Describir las características de los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) intervenidos quirúrgicamente que han precisado tratamiento con Vedolizumab (VDZ) para prevenir o tratar la recurrencia postquirúrgica en base a los factores predictivos de recurrencia postquirúrgica (RPQ).

Describir los tratamientos previamente recibidos al uso de Vedolizumab y la tasa de recurrencia postquirúrgica endoscópica y biológica.

### Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal y unicéntrico de una cohorte de pacientes mayores de 18 años con Enfermedad de Crohn intervenidos quirúrgicamente mediante resección ileocecal +/- hemicolectomía derecha, que se encontraban en seguimiento en consulta de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Universitario de Puerto Real y habían recibido Vedolizumab tras la intervención quirúrgica por un periodo de más de tres meses.

Se valoró la endoscopia realizada tras la intervención quirúrgica y las determinaciones de calprotectina fecal y proteína C reactiva (PCR) a los 3, 12 y 24 meses de tratamiento.

### Resultados

El total de pacientes del estudio fue de 16. Predominó el sexo femenino (56,3%) y el no hábito tabáquico (75%). Destacó la localización ileal de la enfermedad (L1) (56,3%) y la no presencia de enfermedad perianal (62,5%). El tiempo medio desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de 9 ± 7,63 años. El tipo de anastomosis realizada fue la latero-lateral en su mayoría (87,5%) (Tabla 1).

CARACTERÍSTICAS BÁSALES	
Sexo	H(43,8%) / M (56,3%)
Historia familiar de EII	NO (100%)
Tabaco	SI (12,5%) / NO (75 %) EX (12,5%)
Edad de diagnóstico	35,31 años (SD 18,481)
Edad de la cirugía	44,31 ± 16,08 años
Tiempo de evolución enfermedad	9 ± 7,63 años
Localización	L1(56,3%) /L3 (43,8%)
Enfermedad perianal	SI (37,5%) / NO (62,5%)
Patrón	Fistulizante/ Estenosante (=)
Resecciones previas	SI (12,5%) /NO (87,5%)
Granulomas en la pieza quirúrgica	SI (25%) / NO (75%)
Tipo de anastomosis	L-L (87,5%) /L-T (12,5%)
Tipo de cirugía	Resección IC + Hemicolectomía derecha (93,8%)

Características basales de los pacientes.

Tabla 1

Siete de los 16 pacientes recibieron Vedolizumab en primera línea para prevención de la RPQ (5 de ellos previo a la cirugía) y 9 de los 16 pacientes habían recibido previamente otros tratamientos (Figura 1). El 62,50% (10 pacientes) recibieron una pauta intensificada con una dosis cada cuatro semanas y con un tiempo medio hasta la intensificación de  $30,11 \pm 22,127$  meses.

De los 13 pacientes que disponían de endoscopia tras inicio de vedolizumab, el 69,3% presentaron un Rutgeerts  $\geq i2$  tras el tratamiento (Figura 2). Pevio a tratamiento presentaban Rutgeerts  $i4$  el 55,6%. De los pacientes que tenían realizado índice endoscópico previo al uso de VDZ y tras iniciar el tratamiento, de los cinco pacientes que presentaban pretratamiento un índice de Rutgeerts  $\geq i2b$ , el 75 % presentaron mejoría.

La mediana de calprotectina fecal (CF) a los 12 meses de la cirugía fue de 268,5  $\mu\text{g/g}$  (IQR 62-747,75) y la mediana PCR fue de 0,35 mg/dL (IQR 0,20 - 4,40) (Figura 3).

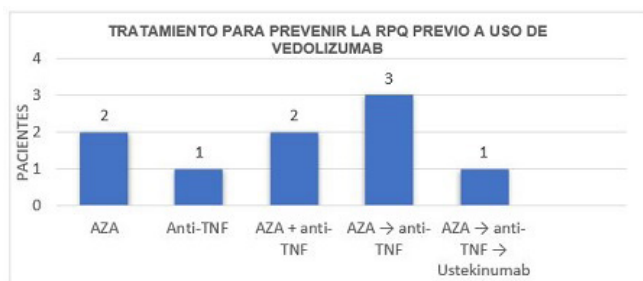


Figura 1  
Tratamiento para prevenir la recurrencia postquirúrgica previo al uso de Vedolizumab.

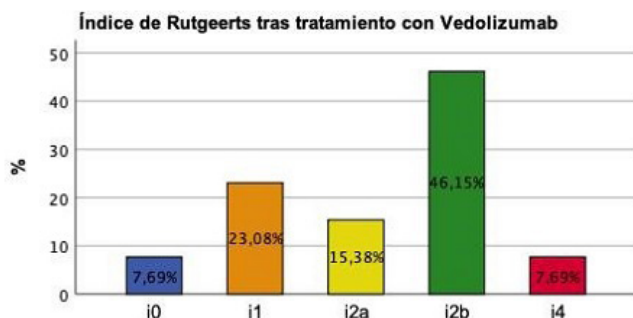


Figura 2  
Índice de Rutgeerts en el seguimiento tras tratamiento.

## Conclusiones

En nuestra cohorte de pacientes Vedolizumab mejora los índices de recurrencia endoscópica y biológica a corto plazo.

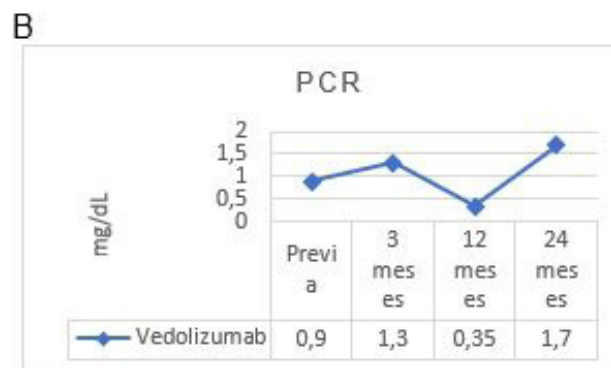
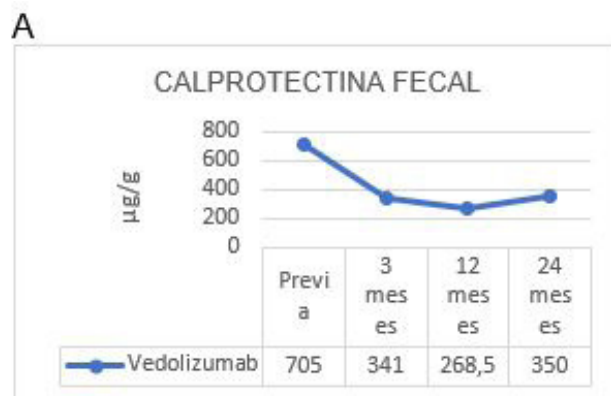


Figura 3  
Niveles de Calprotectina fecal y de Proteína C reactiva.

## CP-221. ¿ESTÁ CAMBIANDO EL PATRÓN EPIDEMIOLÓGICO DE LA EII EN NUESTRO MEDIO?

Cárdenas Cárdenas JF, Sotomayor Orellana M, Alía Verdejo T, Calderón Ramírez MR, Abrales Bechiarelli A, Corro Aguilar FJ, Viejo Almanzor A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

### Introducción

Conocer las características epidemiológicas de los pacientes con EII atendidos en el Hospital Universitario Puerta del Mar y su evolución en el tiempo.

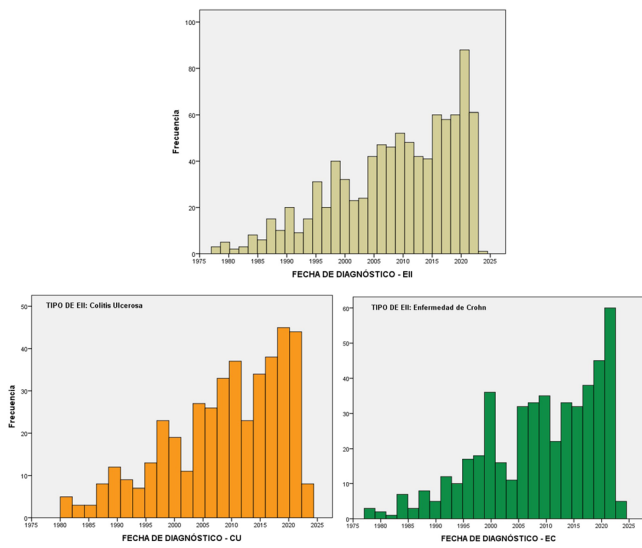
### Material y métodos

Análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de EII atendidos en nuestro centro entre 01/01/2022-31/12/2022. Determinamos la edad, el sexo, fecha de diagnóstico de la EII y el tipo de EII.

### Resultados

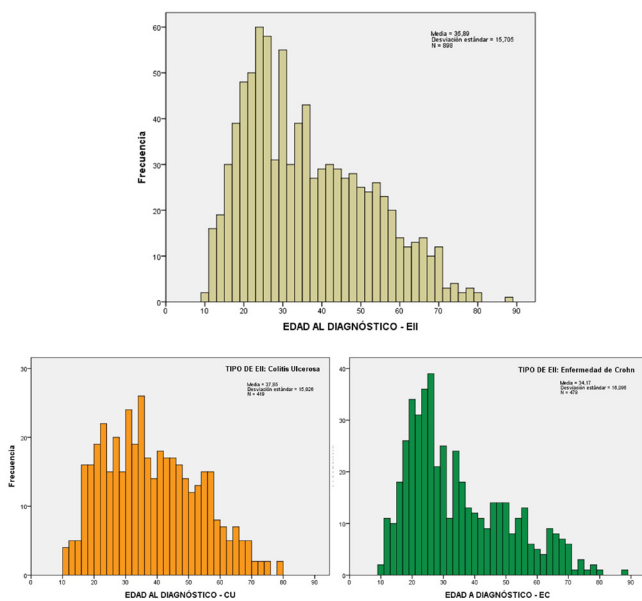
Se analizan un total de 924 pacientes, 51.3% hombres (474) y 48.7% mujeres (450), 487 con enfermedad de Crohn (52.7%) y 437 con Colitis Ulcerosa (47.3%).

El número de diagnósticos por año se representa en la **figura 1**, donde se aprecia aumento progresivo y exponencial para cualquier EII, y tanto para Colitis Ulcerosa como Enfermedad de Crohn por separado.



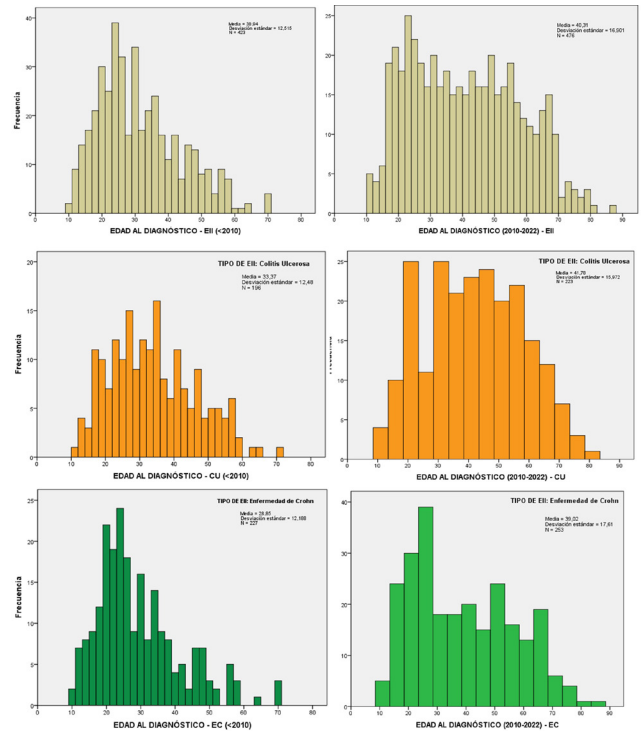
**Figura 1**  
Evolución temporal del número de diagnósticos/año de EII (a), Colitis Ulcerosa (b) y Enfermedad de Crohn (c).

La edad media de diagnóstico (**figura 2**) de la población global fue de 35.89 años (SD 15.70), de los pacientes con Colitis Ulcerosa de 37.85 años (SD 15.02) y con Enfermedad de Crohn de 34.7 años (SD 16.09).



**Figura 2**  
Distribución de la edad al diagnóstico de EII (a), Colitis Ulcerosa (b) y Enfermedad de Crohn (c).

Cuando se analizó por periodos de tiempo (**figura 3**), estableciendo el punto de corte en el año 2010, se vio que la edad media de los pacientes que se diagnosticaron antes de esta fecha fue menor que los que se diagnosticaron a partir de ella, con significación estadística tanto para el global de la población (30.94 vs 40.31 años,  $p < 0.01$ ), como para la colitis ulcerosa (33.37 vs 41.78 años,  $p < 0.01$ ) y para la enfermedad de Crohn (28.85 vs 39.02 años,  $p < 0.01$ ).



**Figura 3**  
Comparativa de la distribución de la edad de la población con EII (a), CU (b) y EC (c) en función del periodo: antes de 2010 (izquierda), después del 2010 (derecha).

### Conclusiones

La incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal en general, y tanto de la colitis ulcerosa como de la enfermedad de Crohn en particular, es creciente y exponencial en nuestro medio. Aunque afecta por lo general a pacientes jóvenes, en la última década vemos que la edad media al diagnóstico de ambas entidades es mayor, lo que se justifica fundamentalmente por un aumento de los diagnósticos en personas mayores de 55 años.