

55 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA MÁLAGA 2024

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

CO-01. IMPACTO DEL ÍNDICE DE MELD BASAL SOBRE LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE TRASPLANTE EN LAS PRIMERAS SEIS SEMANAS TRAS LA CREACIÓN DE UN TIPS EMERGENTE POR SANGRADO VARICOSO INCONTROLABLE O REFRACTARIO.

Martínez Sendín F¹, Agulleiro Beraza I¹, Torres Gómez F¹, Nacarino Mejías V², Román García P², Giráldez Gallego A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ²SERVICIO RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

El fracaso en el control de la hemorragia o el resangrado precoz acontecen en el 10-20% de los episodios de sangrado varicoso. El TIPS emergente realizado en estas situaciones es muy eficaz en el control de la hemorragia (80-100%), pero sin un impacto paralelo en la reducción de la mortalidad (27-55% en las primeras 6 semanas), sobre todo en pacientes con cirrosis muy avanzada. De hecho, un MELD basal mayor de 30 se ha asociado a una supervivencia a las 6 semanas inferior al 10%, lo que ha sugerido futilidad para este procedimiento en pacientes no candidatos a trasplante hepático (TH). Nuestros objetivos fueron conocer la mortalidad libre de TH a las 6 semanas tras TIPS emergente y evaluar el impacto del MELD basal en este escenario.

Material y Métodos

Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico y observacional realizado entre 2010-2023, sobre 291 TIPS, 70 de ellos realizados de manera emergente por sangrado varicoso incontrolable/refractario. La relación entre el MELD basal y la mortalidad libre de TH a las 6 semanas

fue evaluada mediante curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y análisis de regresión de Cox.

Resultados

Eliminando los tres pacientes que se trasplantaron, la mortalidad global a las 6 semanas fue del 26.9% (18/67). Los pacientes fueron categorizados según su MELD basal en cinco estratos: <15, 34 (50,7%); 15-19, 17 (25,4%); 20-24, 8 (11,9%); 25-29, 5 (7,5%); y ≥ 30 , 3 (4,5%). La mortalidad libre de TH a las 6 semanas fue del 14,7% (5/34), 11,8% (2/17), 50% (4/8), 80% (4/5) y 100% (3/3), respectivamente. Usando un punto de corte de 15, la mortalidad fue del 39.4% (13/33) vs 14,7% (5/34); $p=0,021$; HR=3,161 (IC95% 1,125-8,880). Para un punto de corte de 20, la mortalidad ascendió a 68,8% (11/16) vs 13,7% (7/51); $p=0,000$; HR=7,814 (IC95% 2,996-20,379). Estableciendo un valor de 25, la mortalidad fue del 87,5% (7/8) vs 18,6% (11/59); $p=0,000$; HR=10,487 (IC95% 3,916-28,085). Utilizando un punto de corte de 30, la mortalidad aumentó hasta 100% (3/3) vs 23,4% (15/64); $p=0,000$; HR=20,577 (IC95% 4,835-87,575). Un análisis post-hoc nos permitió identificar un valor de 23 como aquel a partir del cual la mortalidad fue del 90% (9/10) vs 15,8% (9/57); $p=0,000$; HR=14,796 (IC95% 5,559-39,380).

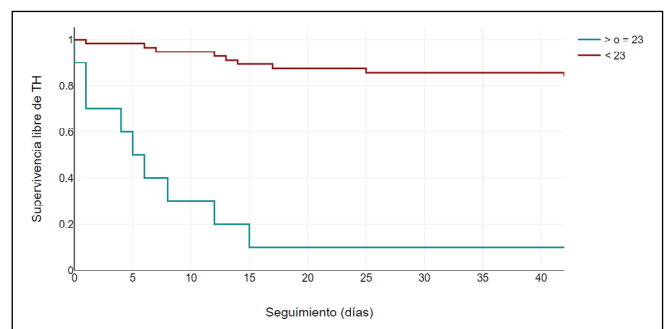


Figura 1. Curva de Kaplan-Meier para supervivencia libre de TH en las primeras 6 semanas, tras TIPS emergente, categorizando los pacientes según su MELD basal usando un punto de corte de 23 puntos.

Conclusiones

La mortalidad global libre de TH a las 6 semanas tras TIPS emergente por hemorragia varicosa incontrolable/refractaria fue del 26,9%, muy dependiente de MELD basal. En pacientes con MELD \geq 23 (siete puntos inferiores a la descrita como regla de futilidad) la mortalidad fue del 90%.

CO-02. TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER MEDIANTE ZPOEM: RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO

Boyero Moreno P¹, Muñoz García-Borrueal M¹, Rosón Rodríguez PJ², Jiménez García VA¹, Rodríguez-Téllez M¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL BENALMÁDENA. BENALMÁDENA, MÁLAGA.

Introducción

El tratamiento del divertículo de Zenker (DZ) ha ido evolucionando en los últimos años. El DZ es frecuentemente asintomático y su tratamiento está indicado cuando produce clínica, siendo la disfagia y las regurgitaciones los síntomas más frecuentes. El tratamiento endoscópico es de elección y la miotomía endoscópica peroral (Z-POEM) ha demostrado buenos resultados técnicos y clínicos.

Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del Z-POEM como tratamiento endoscópico del DZ.

Material y métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico que incluye los pacientes tratados con Z-POEM entre enero 2022 y julio 2024, con seguimiento medio de 1 año. Se analizaron variables clínicas, demográficas, técnicas y de seguridad.

Resultados

Se incluyeron 8 pacientes con DZ tratados mediante Z-POEM, edad media 69.35 \pm 10.11 años, siendo el 62.5% mujeres. El tamaño medio del DZ fue 3.62 \pm 1.4 cm. Solo un paciente había sido tratado previamente con ligasure y SB-Knife.

Respecto a la técnica se utilizó bisturí Hybrid-knife® tipo T en todos los casos excepto tipo I en un paciente. El cierre de la mucosotomía fue con hemoclips de 11 mm en todos los casos. Como complicaciones inmediatas un caso de sangrado durante el túnel submucoso esofágico resuelto endoscópicamente. Como complicaciones tardías un paciente con disfonía.

El éxito técnico fue del 100%. El éxito clínico valorado como desaparición de la sintomatología fue del 87.5% a los 3 meses, 75% a los 6 meses y 42.86% a los 12 meses. Tres pacientes requirieron reintervención endoscópica (1 nuevo Z-POEM y los otros 2 con SB-Knife), respondiendo clínicamente uno de los pacientes tratados con SB-Knife y el otro tratado con el segundo Z-POEM.

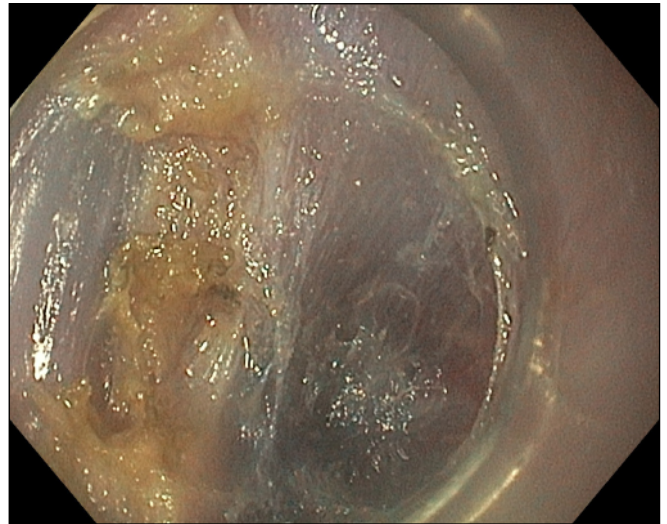


Figura 1. Z-POEM: túnel submucoso.

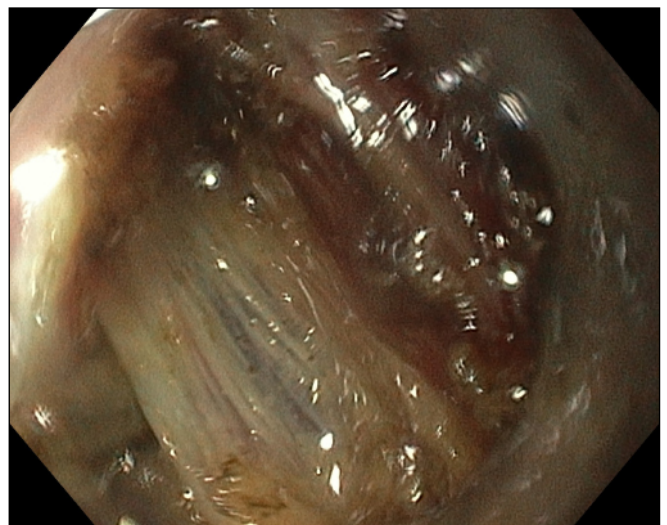


Figura 2. Z-POEM: miotomía.

Conclusiones

El Z-POEM es una técnica segura para el tratamiento del DZ, sin embargo, los resultados clínicos en nuestra serie son similares a otras técnicas, con necesidad de reintervención endoscópica en menos de la mitad de los casos.

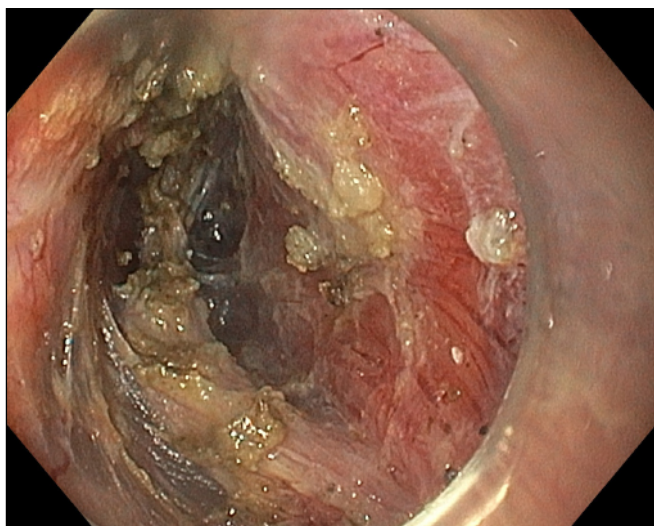


Figura 3. Z-POEM: miotomía.

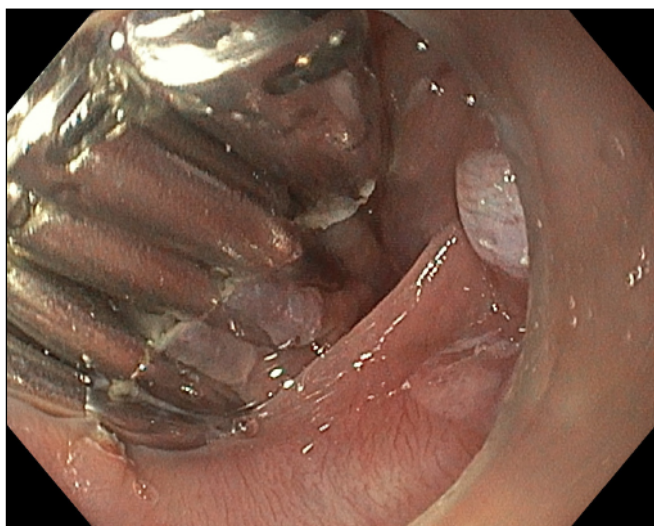


Figura 4. Z-POEM: cierre de la mucosetomía con clips.

CO-03. ANÁLISIS DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD EN COLITIS ULCEROSA Y SU EVOLUCIÓN TEMPORAL: UN ESTUDIO DE VIDA REAL REALIZADO EN UN CENTRO TERCIARIO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

Valdivia Krag C, Mirabent Moreno C, González Castilla L, Gros Alcalde B

UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

Primarios: a) Evaluar el tiempo hasta la progresión global de la CU; b) Evaluar las diferencias en los tiempos hasta la progresión de la extensión endoscópica, aparición de nuevas manifestaciones extraintestinales (MEI), colectomía y cáncer colorrectal (CCR) entre los Grupos A y B.

Secundarios: c) Describir las diferentes líneas de tratamientos empleadas; d) Evaluar la necesidad de corticoides y e) Evaluar la necesidad de nuevos ingresos hospitalarios desde el diagnóstico.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico en una cohorte de vida real de pacientes con CU diagnosticados en un centro de referencia de EII. Se establecieron dos grupos de estudio consistentes en aquellos diagnosticados antes de 2014 (Grupo A) y entre la década 2014-2023 (Grupo B). Se recogieron variables demográficas y clínicas al diagnóstico y a lo largo de la evolución de la enfermedad para evaluar los datos de progresión tanto globalmente, como individualmente para cada uno de los desenlaces de interés.

Resultados

Se incluyeron 477 pacientes con CU, 118 (24,7%) en el grupo A y 359 (75,3%) en el grupo B, con una mediana de seguimiento de 6,53 (RIC 3.40-9.82) años. Globalmente, 155 (32,5%) pacientes progresaron de su enfermedad, siendo los del grupo B los que presentaban un menor tiempo hasta la progresión ($p=0,015$) (Figura 1). De los pacientes en los que progresó su enfermedad, 46 (10,2%) pacientes lo hicieron en forma de progresión de la extensión y 100 (21%) en forma de nuevas MEIs existiendo para ambos desenlaces un menor tiempo hasta su aparición en el grupo B, $p=0,033$ y $p=0,013$, respectivamente. Por otro lado, 30 (6,3%) y 3 (0,7%) precisaron una colectomía o se diagnosticaron de CCR, sin diferencias significativas en el tiempo hasta su aparición (Figura 2). El tratamiento médico de primera línea más empleado fue la mesalazina en 460 (98,1%) pacientes. Seguidamente 108 (22,6%) y 114 (23,9%) pacientes recibieron en algún momento inmunosupresores o terapias avanzadas, respectivamente (Figura 3). Se recibieron una mediana de 1 (RIC 0-2) ciclos de corticoides por paciente, con un total de 169 (35,4%) pacientes libres de corticoides

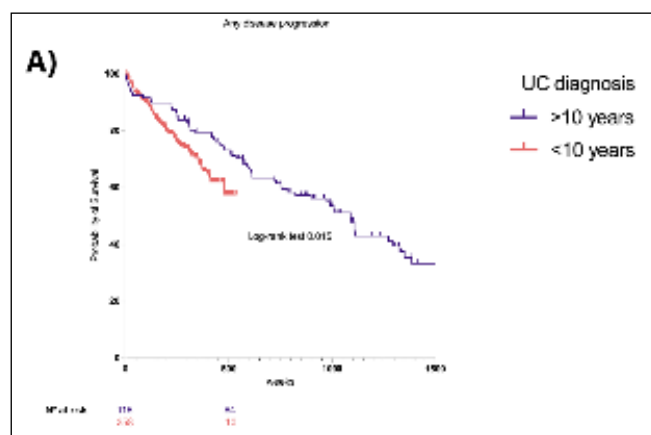


Figura 1. Kaplan Meier de tiempo hasta progresión de la enfermedad por cualquier causa de la colitis ulcerosa.

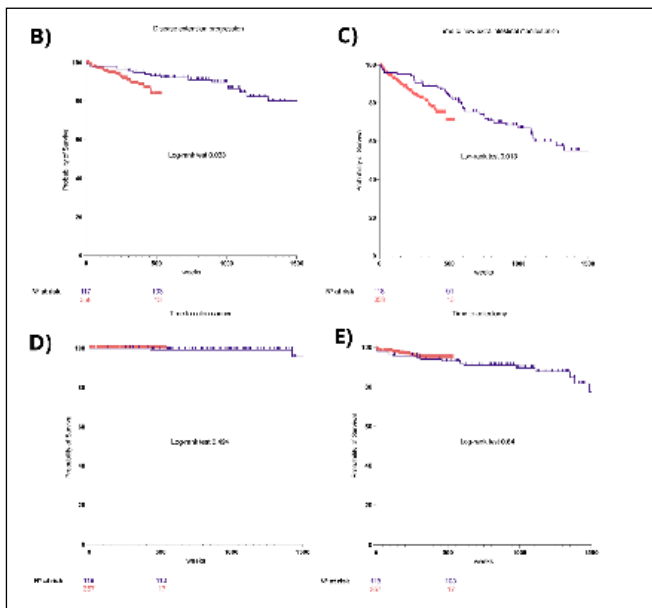


Figura 2. Kaplan Meier del tiempo hasta B) Progresión de la extensión endoscópica. C) Aparición de nuevas MEI. D) Diagnóstico de CCR. E) Colectomía.

al final del seguimiento, con un menor uso de ellos en el grupo B ($p < 0.0001$). Precisaron un ingreso hospitalario 170 (36,1%) pacientes, sin diferencias significativas entre grupos ni en el tiempo hasta ello.

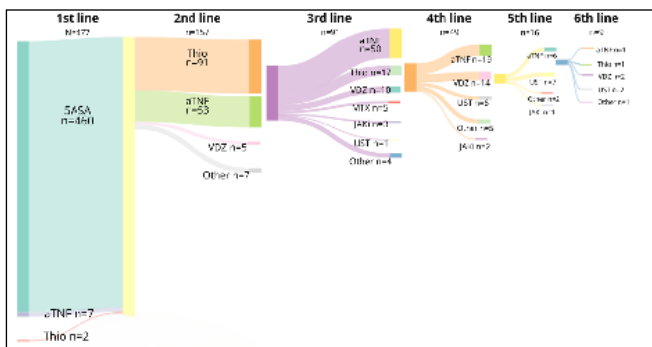


Figura 3. Diafragma de Sankey. Líneas de tratamiento en la cohorte global.

Conclusiones

Los pacientes con CU diagnosticados en la última década muestran un menor tiempo hasta la progresión de la enfermedad respecto a aquellos diagnosticados previamente.

CO-04. RELACIÓN ENTRE FUSOBACTERIUM NUCLEATUM, CÁNCER COLORRECTAL Y PERIODONTITIS

Lancho Muñoz A¹, Fernández García R¹, Rubio Segura C², Ruiz-Cabello Núñez J³, Redondo Cerezo E¹, González Flores E²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ²SERVICIO ONCOLOGÍA MÉDICA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ³CONSULTA ODONTOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA. GRANADA.

Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es el tumor con mayor incidencia en España. Su etiología es multifactorial interviniendo factores genéticos y ambientales, como la disbiosis intestinal. Varios estudios han planteado la existencia de un denominador microbiano común, postulándose como candidato el fusobacterium nucleatum (FN), una bacteria anaerobia, comensal habitual de la microbiota orofaríngea y patógeno oportunistas en las enfermedades periodontales. Se plantea que el FN participe en el proceso de carcinogénesis del CCR, al encontrarse en mayor cantidad en el tumor respecto a la mucosa sana. Se postula que la diseminación del FN hasta el colón durante procesos inflamatorio a nivel bucal, ya sea a través de la deglución o vía hematogéna, lo cual sugiere una relación entre periodontitis y CCR. El objetivo principal de este estudio es analizar la relación entre la presencia de FN a nivel colónico en mucosa sana y mucosa tumoral en pacientes con CCR, así como, la relación con la periodontitis.

Material y métodos

Estudio prospectivo realizado en 45 pacientes con CCR de reciente diagnóstico en un hospital de tercer nivel, entre 2018 y 2019. Se analizó la carga de ADN de FN en biopsias tumorales y de mucosa sana adyacente proximal y distal. Así mismo 8 pacientes proporcionaron frotis bucal determinándose carga de ADN de FN. Estos datos obtenidos se correlacionaron con datos basales del paciente y otras variables relacionadas con el proceso oncológico. Se empleo para el análisis estadístico el SPSS 26. Este estudio contó con financiación externa gracias a una beca Gonzalo Miño.

Resultados

La media de edad de los pacientes fue $65,15 \pm 10,12$ años, pudiendo observarse el resto de características de la población en la **tabla 1**. Al comparar la carga de ADN de FN presente en mucosa tumoral respecto a la mucosa sana ($3,56 \log_{10}$ vs $2,59 \log_{10}$) se objetivaron diferencias estadísticamente significativas (**Tabla 2**). Además, la carga

Variable de la población	N	%	Media	Desviación estándar
Edad			65,15	10,12
Sexo (Mujer)	15	33,33%		
IMC			28,69	5,06
Diabetes Mellitus	6	22,22%		
Hábito tabáquico	13	28,89%		
Hábito enólico	8	17,78%		
Tratamiento con IBPs	11	24,44%		
Debut metastásico	10	22,2%		

Tabla 1. Características principales de la población a estudio.

Carga de ADN de FN	Media	Desviación estándar
Cuantificación FN tumor	3,56	1,003
Cuantificación FN mucosa proximal	2,19	0,78
Cuantificación FN mucosa distal	2,61	0,89

Tabla 2. Media y desviación estándar de la carga de ADN de FN en función de la localización de las muestras analizadas.

de FN fuera mayor en aquellos pacientes en estadios tumores avanzados (III-IV), sin objetivarse significancia estadística (p 0,138). Otras características del paciente y su correlación con la presencia de FN se observan en la **tabla 3**.

		Carga FN tumor	P valor	Carga FN mucosa proximal	P valor	Carga FN mucosa distal	P valor
		Estadio tumoral	I-II	3,37	0,138	2,51	0,355
	III-IV	3,82	2,77	2,19			
Hábito tabáquico	Presente	3,95	0,173	3,36	0,371	2,74	0,244
	Ausente	3,19		2,43		2,4	
Hábito enólico	Presente	3,79	0,045	2,45	0,1	2,74	0,386
	Ausente	3,09		2,18		2,4	
Consumo de IBPs	Si	3,93	0,355	2,72	0,198	2,92	0,299
	No	3,45		2,12		2,53	

Tabla 3. Análisis estadísticos de diferentes variables y su relación con la presencia de FN en la mucosa colónica.

Conclusiones

Los resultados obtenidos apoyan la hipótesis inicial acerca del papel del FN en la patogénesis del CCR, pudiendo favorecer una evolución más agresiva. Factores clásicamente correlacionados con la periodontitis como el alcohol y el tabaco, también se correlaciona con el aumento de la presencia de FN a nivel del tumor. No obstante, debemos considerar la limitación de este estudio dada su escasa población, siendo necesario futuros estudios para confirmar estas asociaciones.

CO-05. CRIBADO DE HEPATITIS VIRALES Y VINCULACIÓN A LA ASISTENCIA SANITARIA EN POBLACIÓN VULNERABLE: PROYECTO EN COLABORACIÓN CON CRUZ ROJA ALMERÍA (RESULTADOS PRELIMINARES)

Sánchez Tripiana M¹, Casado Martin M¹, Camelo Castillo A², Picón Marín C³, Rodríguez Maresca M⁴, Sierra García F⁵

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ²UNIDAD INVESTIGACIÓN COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ³DEPARTAMENTO EPIDEMIOLOGÍA CENTRO DE ACOGIDA DE LA CRUZ ROJA DE MÁLAGA. MÁLAGA. ⁴SERVICIO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ⁵UGC FARMACIA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Determinar la seroprevalencia y la tasa de infección activa de las infecciones por el Virus de la Hepatitis C (VHC) y el Virus de la Hepatitis B (VHB) en poblaciones vulnerables atendidas por la Cruz Roja en Almería.

Material y métodos

Este proyecto de cribado se realiza en colaboración con la Cruz Roja Sede Almería y abarca a población atendida, considerada como vulnerable (personas sin hogar, inmigrantes y refugiados). El diagnóstico se lleva a cabo mediante el uso de kits de diagnóstico rápido en saliva y sangre capilar: OraQuick® para la detección de anticuerpos contra el VHC (anti-VHC) y Akratest® para el antígeno de superficie del VHB (HBsAg). En todos aquellos pacientes con resultados positivos para anti-VHC, se les toma una segunda muestra de sangre capilar mediante la técnica de "dried blood spot" (DBS) para la determinación de viremia utilizando el sistema cobas® 6800 en el laboratorio del Hospital Universitario Torrecárdenas (HUT).

Los pacientes con resultados positivos son derivados inmediatamente a la consulta de hepatología y la vinculación de los pacientes virémicos se realiza mediante una estrategia de "externalización de tratamiento", asegurando un seguimiento riguroso hasta alcanzar una respuesta viral sostenida (RVS) en el caso de VHC y una supresión viral efectiva en el caso del VHB.

Resultados

Durante el período comprendido entre febrero y mayo de 2024 (4 meses), se cribaron un total de 209 participantes, con una edad promedio de 41 años, de los cuales el 63% eran hombres y el 37% mujeres. De ellos, 4 participantes tenían anticuerpos frente al VHC, lo que indica una seroprevalencia del 1,91% y 1 de ellos fue ARN positivo

(0,48% de prevalencia). La edad promedio fue de 50 años, siendo un 66% hombres.

En cuanto al HBsAg, el 1,85% del total de participantes cribados tenían HBsAg positivo. Estos pacientes se vincularon inmediatamente a la consulta de hepatología, donde se les ordenaron pruebas complementarias de imagen. Además, se solicitó profilaxis y serología para sus convivientes del asentamiento, así como la vacunación contra el VHB en los casos que fuera necesario.

Conclusiones

La seroprevalencia encontrada hasta el momento en población vulnerable es mayor que la descrita en población general Española. Nuestros resultados preliminares subrayan la importancia de las estrategias de cribado, vinculación a la atención y tratamiento en estas poblaciones, así como la necesidad de implementar medidas preventivas comunitarias si fuese necesario.

SESIÓN II

CO-06. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA COMO TRATAMIENTO DE LA GAVE REFRACTARIA A TRATAMIENTOS CONVENCIONALES. SERIE DE CASOS.

Boyero Moreno P, Barranco Castro D, Rodríguez Téllez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

La ectasia vascular antral gástrica (GAVE) es una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta (HDA), prevalencia del 4%. El tratamiento de primera línea es coagulación con gas argón (APC) con amplia variabilidad de éxito y altas tasas de recurrencia. Otras opciones son ligadura endoscópica con bandas (LEB) y ablación por radiofrecuencia (RFA) (Figuras 1 y 2). Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con radiofrecuencia en GAVE.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y unicéntrico que incluye los tratamientos de RFA en pacientes con GAVE realizados entre 2018 y 2024, seguimiento medio de 2,5 años. Se analizaron variables clínicas y demográficas, tratamientos previos, número de sesiones de RFA y transfusiones e ingresos antes y después del tratamiento con RFA.

Resultados

Se registraron 14 RFA de GAVE en 8 pacientes, con una edad media de $77,1 \pm 11,6$ años, siendo 62,5% mujeres. El 50% de los pacientes presentaban enfermedad hepática avanzada. Solo uno anticoagulado con enoxaparina y otro antiagregado con ácido acetilsalicílico (Tabla 1). No se registraron complicaciones derivadas del tratamiento.

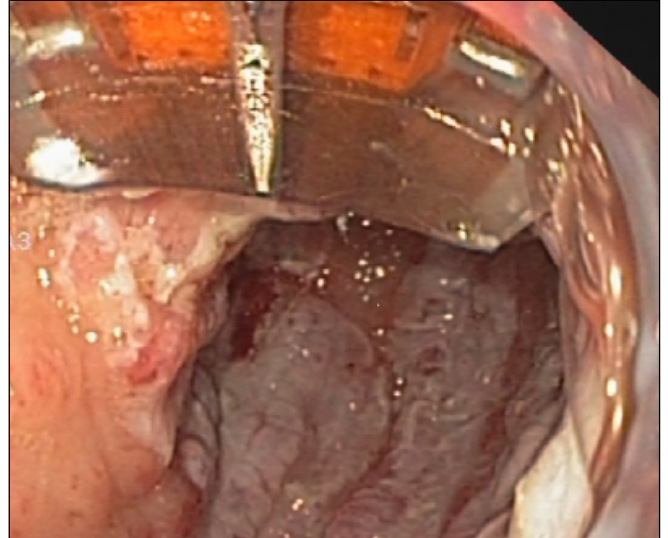


Figura 1. RFA.

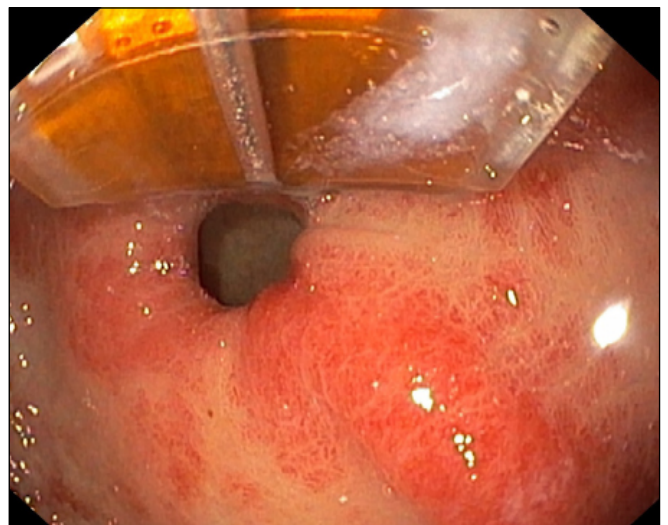


Figura 2. RFA.

Todos habían sido tratados previamente con APC y solo dos fueron tratados además mediante LEB. El 75% requirió ingreso previo al tratamiento con RFA por anemia y HDA, mientras que solo el 37,5% volvió a ingresar tras el tratamiento, con una media de 4 ingresos previos y 0,5 posteriores, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p=0,027, IC95\%$). Asimismo, el 75% requirió transfusiones de hematíes pre-RFA frente al 50% post-RFA, con una media de 8,3 y 0,4 transfusiones respectivamente (Tabla 2).