

hepáticas (11.35%) y mental (8.17%) (Figura 2). Las enfermedades autoinmunes fueron más frecuentes en casos con comorbilidad leve.

Variable	ICC 0	ICC +1	ICC +2	p
Edad media, años (desviación estándar)	50.36 ± 18.02	62.04 ± 14.85	67 ± 13.67	<0.0001
Sexo masculino, %	47.74	59.38	76.00	0.0002
IMC media (desviación estándar)	25.42 ± 3.64	27.06 ± 4.14	24.85 ± 3.97	0.0012
Diabetes, %	2.90	31.25	40.00	<0.0001
Hipertensión, %	16.75	28.47	56.00	<0.0001
Dislipemia, %	9.82	20.49	36.00	0.001
Sd metabólico, %	1.45	5.56	16	0.03
Enfermedad hepática basal, %	3.38	18.4	36	<0.0001
Hepatitis viral (B o C), %	2.09	5.90	12	0.001
Enfermedad viral (VHC, VHB, VIH), %	2.09	6.60	12	0.0005
Enfermedad cardiovascular, %	14.17	47.92	88	<0.0001
Enfermedad autoinmune, %	5.31	16.32	12	0.0008
Parámetros de laboratorio x LSN, media, UI/L (desviación estándar) al inicio				
Bilirrubina total	7.38 ± 7.63	7.53 ± 6.94	7.28 ± 6.85	0.9
AST	15.87 ± 22.74	14.71 ± 19.73	9.92 ± 10.94	0.3
ALT	19.99 ± 23.74	17.09 ± 20.46	13.26 ± 16.66	0.09
FA	1.96 ± 1.79	2.49 ± 2.53	4.23 ± 5.68	<0.0001
Severidad, %				0.5
Leve	31.59	27.17	20.83	
Moderado	59.25	60.87	70.83	
Severo	5.89	6.52	4.16	
Fatal	3.27	5.43	4.17	
Fallece por fallo hepático fulminante, %	1.45	3.82	4.00	0.04
Fallece de causa no hepática, %	1.05	16.13	42.86	0.0002
Fenotipo, %				0.07
Hepatocelular	65.22	60.41	44.00	
Colestásico	17.71	20.83	40.00	
Mixto	17.07	18.75	16.00	
Causalidad, %				0.3
Definido	28.34	34.03	44.00	
Probable	53.95	50.00	44.00	
Posible	17.71	15.97	12.00	
Suplementos dietéticos y herboristería, %	5	2.43	0	0.1

Tabla 2. Comparación según comorbilidad, divididos en grupos según Índice de Charlson.

A mayor comorbilidad, mayor mortalidad global, tanto en relación con un mayor número de fallecimientos por fallo hepático agudo, como con mayor mortalidad de causa no hepática. Sin embargo, mayor comorbilidad no se relacionaba con mayor severidad del episodio.

Conclusiones

A mayor comorbilidad mayor mortalidad por fallo hepático agudo y por causa no hepática. Sin embargo, no se correlaciona con mayor severidad del episodio de hepatotoxicidad.

SESIÓN V

CO-21. INFLUENCIA DE LAS INDICACIONES Y LA LÍNEA DE TRATAMIENTO UTILIZADA EN LA EFECTIVIDAD DE LA ERRADICACIÓN DE H. PYLORI: EXPERIENCIA DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE INFECCIÓN POR H. PYLORI (HP-EUREG)

Pérez Aisa A¹, Fernández Moreno N¹, Rivas Ruiz F², Martínez-Domínguez SJ³, Cano-Català A⁴, Parra P⁵, Moreira L⁶, Nyssen OP⁵, Gisbert JP⁵

¹SERVICIO DE DIGESTIVO. RICAPPS - RED DE INVESTIGACIÓN EN CRONICIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL. ²UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. RICAPPS - RED DE INVESTIGACIÓN EN CRONICIDAD, ATENCIÓN PRIMARIA Y PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL. ³SERVICIO DE DIGESTIVO, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ, ZARAGOZA; INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE ARAGÓN (IIS ARAGÓN); FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA; CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED EN ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y HEPÁTICAS (CIBEREHD). ⁴GASTROINTESTINAL ONCOLOGY, ENDOSCOPY AND SURGERY (GOES) RESEARCH GROUP, ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÀRIA DE MANRESA, INSTITUT DE RECERCA I INNOVACIÓ EN CIÈNCIES DE LA VIDA I DE LA SALUT DE LA CATALUNYA CENTRAL (IRIS-CC), MANRESA. ⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA (IIS-PRINCESA), UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (UAM), CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD), MADRID. ⁶SERVICIO DE DIGESTIVO, HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD), INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS), UNIVERSIDAD DE BARCELONA, BARCELONA.

Introducción

Conseguir las mejores tasas de erradicación frente a la infección por *Helicobacter pylori* (HP) en primera línea es un objetivo primordial.

Evaluamos la influencia de las indicaciones en la eficacia de la pauta de erradicación según la línea de tratamiento utilizada.

Material y métodos

Registro internacional, prospectivo y no intervencionista del tratamiento de la infección por *H. pylori* por gastroenterólogos europeos (Hp-EuReg). Se incluyeron pacientes sin tratamiento previo recopilados en e-CRD AEG-REDCap de 2013 a 2024 referentes al área del Hospital Universitario Costa del Sol (HUCS). La eficacia se analizó mediante intención de tratar modificada (mITT). Se compararon las diferencias en resultados de erradicación

utilizando test de ji-Cuadrado, estableciendo el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados

En total, se incluyeron 3.636 casos sin tratamiento previo del área de HUCS, con un 66% mujeres y un 34% de varones.

Las indicaciones más frecuentes fueron dispepsia con endoscopia normal (49%), dispepsia no investigada (25%), úlcera duodenal (11%), y úlcera gástrica (6,1%). En quinta posición por frecuencia fueron las lesiones preneoplásicas con un 3,6%

La eficacia por mITT en primera línea de tratamiento osciló en rango del 88% (dispepsia no investigada y ERGE) al 91% (úlcera gástrica y duodenal) con diferencias significativas ($p < 0,001$).

En la **tabla 1** se recogen los resultados en función de la indicación y la línea de tratamiento.

La terapia cuádruple concomitante con IBP-claritromicina-amoxicilina-tinidazol/metronidazol alcanzó una efectividad global en primera línea del 90% excepto en pacientes con dispepsia no investigada en la que fue superior (93%) Las terapias cuádruples con bismuto proporcionaron tasas de curación óptimas (96%) en todas las indicaciones excepto en ERGE (87%). Las terapias triples con IBP-claritromicina-amoxicilina/metronidazol informaron de tasas de erradicación subóptimas en todas las indicaciones.

Línea tratamiento	Primera (n= 2753)		Segunda (n= 603)		p
	n total	Éxito (n - %)	n total	Éxito * (n - %)	
Dispepsia no investigada	688	605 (87,9%)	168	124 (73,8%)	<0,001
Dispepsia con endoscopia normal	1.359	1.198 (88,2%)	300	215 (71,7%)	<0,001
Úlcera duodenal	327	297 (90,8%)	53	43 (81,1%)	<0,001
Úlcera gástrica	150	137 (91,3%)	49	32 (65,3%)	<0,001
Otras	229	215 (93,9%)	33	27 (81,8%)	0,037

Tabla 1. Resultados de eficacia de la erradicación de infección de H Pylori en función de indicación y línea de tratamiento.

Conclusiones

La eficacia en primera línea de tratamiento fue mayor en pacientes con úlceras gástricas/duodenales y en aquellos con lesiones preneoplásicas. Las terapias cuádruples con bismuto y sin bismuto lograron una efectividad del 90% en la mayoría de las indicaciones.

CO-22. ANÁLISIS PRELIMINAR DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL MANEJO DEL CÁNCER COLORRECTAL PT1 EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Saldaña García L¹, Hernández Pérez AM¹, Castillo Toledo M¹, Ljubic Bambill I¹, Casado Bernabeu A¹, Méndez Sánchez IM¹, Pereda Salguero T², Moreno Carretero G³, Sánchez Yagüe A¹, Rivera Irigoien R¹, Rosales Zabal JM¹, Rivas Ruiz F⁴, Pérez Aisa Á⁵

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ³SERVICIO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ⁴UNIDAD INVESTIGACIÓN COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ⁵UNIDAD APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

Describir el estado actual del CCR pT1 en nuestra área sanitaria en cuanto a valoración histológica, manejo y pronóstico y evaluar la validez de los criterios histológicos para predecir metástasis en ganglios linfáticos (MGL).

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico. Se evaluaron los pacientes diagnosticados de cáncer colorrectal pT1(CCRpT1) en nuestro centro entre 2020 y 2024, de los que se incluyeron aquellos sometidos a resección local (RL). Se analizaron las características clínico-epidemiológicas, los métodos de resección, los factores histológicos de alto riesgo, el manejo y seguimiento y se compararon los grupos con histología de alto y bajo riesgo en cuanto a las variables estudiadas. Se utilizó el test de t de Student para variable cuantitativa y Ji-Cuadrado para cualitativas.

Resultados

Se evaluaron 127 pacientes con CCRpT1 de los que fueron elegibles 59 sometidos a RL. La media de edad fue de 66 años con predominio de sexo masculino 31/59(52%). El colon izquierdo 37/59(62%) y el adenoma vellosa/tubulovellosa 45/59 (77%) fueron la localización y el pólipo precursor más frecuente respectivamente. Los factores histológicos de alto riesgo identificados fueron: invasión linfovascular 6/59(10,2%), invasión submucosa >1000micras o Haggitt4 27/59(45,8%), margen profundo afecto 9/59 (15,3%) o lateral 1/59(1,7%). Se sometieron a seguimiento 27/59 pacientes (45%) y 30/59(50%) a cirugía oncológica (CO). De estos últimos se encontró enfermedad residual (ER) en la pieza quirúrgica en 2/30(6,7%) y metástasis en ganglios linfáticos (MGL) en 4/30 (13,3%). En 25/30 (83%)

Tabla 1.	CCR pT1 (n 59)
SEXO	
Hombre	31 (52,5%)
Mujer	28 (47,5%)
EDAD (años)	
Media (DE)	66 (10)
MARADORES TUMORALES Media (DE)	
CEA	1,2 (1,4)
Ca19.9	10,9 (9)
UBICACIÓN CCR	
Colon derecho	8 (13,6%)
Colon izquierdo	37 (62,7%)
Recto	14 (23,7%)
PÓLIPO PRECURSOR	
Adenoma sésil	7 (11,9%)
Adenoma pediculado	1 (1,7%)
Veloso/tubuloveloso sésil	17 (28,8%)
Veloso/tubuloveloso pediculado	28 (47,5%)
Adenoma serrado	1 (1,7%)
MÉTODOS DE RESECCIÓN	
Resección mucosa	52 (81,4%)
Disección submucosa	2 (3,4%)
TAMIS	5(8,5%)
Resección completa	53 (89,8%)
Multifragmentación	9 (15,3%)

Tabla 1. Características clínico-epidemiológicas de los pacientes con CCR pT1 resecaos localmente.

de los casos sometidos a CO no se encontró ER o MGL. De los 9 pólipos multifragmentados, se sometieron a CO 5, no encontrándose enfermedad residual o MGL en ningún caso.

Tabla 2	CCR pT1 (n 59)
Pobre diferenciación tumoral	0
Invasión linfovascular	6 (10,2%)
Budding Alto	0
Invasión submucosa >1000micras o Haggit 4 en pediculados	27 (45,8%)
Margen profundo afecto	9 (15,3%)
Margen lateral afecto	1 (1,7%)

Tabla 2. Factores histológicos pronóstico de invasión linfovascular.

Tabla 3	CCR pT1 (n 59)
Estrategia basada en criterios histológicos	52 (88,1%)
Cirugía Oncológica	30 (50,8%)
Mortalidad por la Cirugía	1 (3,3%)
Enfermedad Residual	2(6,7%)
Metástasis en ganglios linfáticos	4 (13,3%)
Ampliación de Márgenes	1 (1,7%)
Seguimiento	27 (45,8%)

Tabla 3. Manejo de los pacientes con CCR pT1 resecaos localmente, hallazgos patológicos en la pieza quirúrgica y mortalidad de la cirugía.

De los casos con MGL, se había identificado previamente invasión submucosa >1000 micras en todos los casos 4/4 (100%) e invasión linfovascular en 1 (25%). Se identificó recidiva al año de seguimiento en 1 caso. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas y clínicamente relevantes al comparar los grupos con histología de alto y bajo riesgo en cuanto a las variables estudiadas.

Conclusiones

En nuestra serie de 59 pacientes con CCRpT1 resecaos localmente, en el 50,8% se amplió con CO, sin embargo, solo se identificó enfermedad residual o MGL en el 6,7% y 13,3% respectivamente, sometiéndose a un sobretamiento el 83% de los casos. Sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con histología de alto y bajo riesgo. Esto refuerza la validez subóptima de los criterios histológicos y la necesidad de continuar estudiado la historia natural del CCRpT1.

Tabla 4.	HISTOLOGÍA DE ALTO RIESGO (N=25)	HISTOLOGÍA DE BAJO RIESGO (N=25)	MULTIFRAGMENTACIÓN (N=9)
SEXO			
Hombre	15 (60%)	11 (44%)	5 (55%)
Mujer	10 (40%)	14 (56%)	4 (45%)
EDAD (años)			
Mediana	67	66	70
MARCADORES TUMORALES (Mediana)			
CEA	1.6	1.2	0.76
Ca19.9	10.6	14.3	9.1
PÓLIPO PRECURSOR			
Adenoma sésil	5 (20%)	2 (8%)	0
Adenoma pediculado	0	1 (4%)	0
Veloso/tubuloveloso sésil	8 (32%)	4 (16%)	5 (55,6%)
Veloso/tubuloveloso pediculado	8 (32%)	17 (68%)	3 (33,3%)
Adenoma serrado	1 (4%)	0	0
ESTRATEGIA,			
Cirugía Oncológica	22 (88%)	3 (12%)	5 (55,6%)
Ampliación de márgenes	0	0	1 (11,1%)
Seguimiento	2 (8%)	22 (88%)	3 (33,3%)
HILAZGOS PATOLÓGICOS EN LA PIEZA QUIRÚRGICA Y RECIDIVA			
Enfermedad Residual	2 (8%)	0	0
Metástasis en ganglios linfáticos	4 (16%)	0	0
Recidiva en el seguimiento al año	1 (4%)	0	0
Mortalidad por la recidiva	0		

Tabla 4. Comparación entre CCR pT1 con histología de alto y bajo riesgo y multifragmentación.

CO-23. ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO SOBRE LA VIABILIDAD DE TÉCNICAS ENDOQUIRÚRGICAS PARA LA RESECCIÓN DE LESIONES SUBEPITELIALES GÁSTRICAS

Rosón PJ¹, Zozaya F², López M³, Mangas C⁴, De María P⁵, Rodríguez De Santiago E⁶, Gornals J⁷, Honrubia R⁸, Uchima H⁹, Muñoz M¹⁰

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL VITHAS XANIT INTERNACIONAL BENALMÁDENA. BENALMÁDENA, MÁLAGA.

²SERVICIO APARATO DIGESTIVO POLICLÍNICA GUIPUZKOA, S.A. DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN, GUIPÚZCOA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA. SANTANDER, CANTABRIA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE. ALICANTE/ALACANT, ALICANTE. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE. HOSPITALET DE LLOBREGAT, L, BARCELONA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA. SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES, MADRID. ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA. BADALONA, BARCELONA. ¹⁰SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Las técnicas endoquirúrgicas surgen como alternativas para la resección de lesiones subepiteliales gástricas (SEL), con menos invasividad que las intervenciones quirúrgicas tradicionales. A pesar de sus ventajas, su viabilidad depende del operador y de la ubicación de la lesión.

Objetivos

Evaluar la viabilidad de las técnicas endoquirúrgicas para la resección de SEL.

Identificar el éxito del procedimiento, tasas de complicación y correlación histológica pre y postresección.

Material y método

Estudio retrospectivo multicéntrico.

Resultados

32 SEL reseçados desde octubre del 2020, 13 varones, índice de comorbilidad media de 3.

Tamaño medio 18mm, máximo 55mm. Localización: 53,1% cuerpo gástrico (31,2% curvatura mayor), 34% antro, y 12,5% área subcardial.

Se realizó ecoendoscopia previa al 84,3% de pacientes, 50% acompañado de TAC. Estadía de lesión de la 4ª capa en el 62,5% de los casos. Se disponía de biopsia previa en el 56% (histología positiva de GIST en el 43,7%).

La DSE fue la técnica escogida en el 62,5%, 35% se resecaron por STER. La capa de origen de la lesión no determinó la técnica.

Se resecaron en la sala de endoscopias el 93% de las lesiones, todas bajo anestesia general, tiempo medio de resección 141 minutos, 96,8% éxito técnico (1 caso requirió cirugía), siendo necesario disecar la serosa en el 31%, cierre endoscópico del defecto en 89,6%.

Eventos adversos inmediatos en cinco casos (17,2%), dolor abdominal en tres y Neumoparacentesis en dos, no se describieron complicaciones tardías. Estancia hospitalaria promedio de 1,7 días.

De las 12 lesiones con diagnóstico histológico previo de gist/neuroendocrino, solo el 41% lo fueron realmente, 6/9 lesiones musculares sin biopsia fueron GIST/NET.

Conclusiones

La resección mediante técnicas endoquirúrgicas de las SEL gástricas es segura y eficaz, con una tasa de efectos adversos muy bajo, y un éxito técnico muy alto.

La baja correlación histológica pre y Postresección requiere más estudios.

CO-24. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FILGOTINIB AL AÑO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA: RESULTADOS PROVISIONALES DEL REGISTRO FILGUITO EN ANDALUCÍA

Caballero Mateos A¹, Suárez Toribio Á², Trigo Salado C², Martín Rodríguez MDM³, Rodríguez González FJ⁴, Silva Albarellos E⁵, Gómez Delgado E⁶, Gijón Villanova R¹, Benítez JM⁷, Trapero Martínez A⁸, Olmedo Martín RV⁹, García García J¹⁰, Hernández Martínez Á¹¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA. ¹⁰DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA. GRANADA. ¹¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Filgotinib representa una opción terapéutica novedosa en el tratamiento de la colitis ulcerosa moderada-grave. Este estudio observacional busca evaluar la eficacia y seguridad de Filgotinib en la práctica clínica real.

Material y métodos

Se realizó un registro retrospectivo en 10 hospitales andaluces, recopilando datos clínicos y bioquímicos de 70 pacientes tratados con Filgotinib. Se realizó su análisis en distintos tiempos de tratamiento (basal, 8 y 16 semanas, 6 y 12 meses) independientemente del momento de su inicio. La remisión clínica (RC) se definió como índice parcial de Mayo ≤ 2 puntos, Remisión clínico-bioquímica (RCB): Mayo parcial <3 y Calprotectina $<250 \mu\text{g/g}$, y la Remisión sin esteroides (RSE): Mayo parcial <3 y 0 tandas de corticoides desde semana 8. Se realizó un análisis por intención de tratar.

Resultados

Los 70 pacientes reclutados tenían una edad media de 39.5 años (19 -76), siendo el 54% hombres, con una afectación extensa el 61%, 34% izquierda y 6% proctitis. El

4% eran fumadores y un 17% fueron exfumadores. El 25% presentaba manifestaciones extraintestinales. La media de tratamientos avanzados previos fracasados fue de 2. Al inicio del tratamiento, el 79% mantuvieron tratamiento con 5-ASA, el 11% Azatioprina y el 44% estaban tomando corticoides. El 54% de los pacientes recibió vacunación previa frente al virus Zoster. (Tablas 1 y 2).

Datos epidemiológicos		Pacientes que inician tratamiento con Filgotinib (n=70)
	Sexo, Hombres (%)	54
	Edad, años (media)	39.5 (19 -76)
Extensión colitis (%)	Extensa	61
	Izquierda	33
	Proctitis	6
Hábito tabáquico (%)	No fumador	79
	Exfumador	17
	Fumador activo	4
Manifestaciones extraintestinales (%)	Articulares	21
	Dermatológicas	3
	Oftalmológicas	1

Tabla 1. Características demográficas.

Nº tratamientos avanzados Previos (media)	2
Infliximab (%)	82
Adalimumab (%)	38
Golimumab (%)	11
Vedolizumab (%)	39
Ustekinumab (%)	34
Tofacitinib (%)	21
Mantienen 5-ASA (%)	79
Vacuna previa V.V.Zoster ¹ (%)	54
Corticoides concomitantes al inicio del tratamiento con Filgotinib (%)	44
Inmunomodulador concomitante (%)	11

Tabla 2. Datos sobre tratamientos.

Tiempo	Basal (n=70)	8 semanas (n=67)	16 semanas (n=46)	6 meses (n=42)	12 meses (n=23)
Índice de Mayo parcial (media)	5.5	2.6 (p<0.001)	1.7 (p<0.001)	1.7 (p<0.001)	1.5 (p<0.003)
PCR mg/L (media)	13.1	6.9 (p<0.001)	7.5 (p<0.001)	4.7 (p<0.001)	3.0 (p<0.01)
Calprotectina $\mu\text{g/g}$ (media)	2376	1984 (p<0.001)	537 (p<0.001)	858 (p<0.02)	585 (p<0.01)
Remisión clínica	7%	47% (p<0.001)	55% (p<0.001)	51% (p<0.02)	45% (p<0.01)
Remisión Clínico-bioquímica	0%	20.5% (p<0.001)	20.6% (p<0.001)	23% (p<0.002)	25% (p<0.02)
Remisión sin Esteroides	-	-	-	36%	34%
Suspensión de tratamiento	-	11/70 15.7%	12/70 17.1%	19/70 27%	21/70 30%

Tabla 3. Resultados clínicos y bioquímicos.

Los datos de eficacia clínica y bioquímica se muestran en la tabla 3. De los 70, 67 pacientes completaron la semana 8 de tratamiento alcanzando la RC 47% y RCB 20.5%, 46 llegaron a semana 16, con RC 55% y RCB 20.6%, al sexto mes (42 pacientes) RC 51%, RCB 23% y RSE 36%, al año (23 pacientes) RC 45%, RCB 25% y RSE 34%.

En el momento del estudio, 19 pacientes habían suspendido el tratamiento antes de los 6 meses (27%), y 21 antes del año (30%), principalmente por fallo primario/secundario (85%), dos por efectos adversos (fiebre vespertina e intolerancia) y uno por embarazo. No se reportaron efectos adversos graves.

Conclusiones

En una cohorte del mundo real de pacientes con colitis ulcerosa multirrefractaria, Filgotinib presentó tasas favorables de efectividad y seguridad.

CO-25. LA ATEROMATOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA AUMENTA EL RIESGO DE ESTENOSIS BILIAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO.

Alañón Martínez PE¹, Briceño J¹, De La Mata M¹, Ciria R², Sánchez Frías M³, Poyato A¹, Barrera P¹, Montero JL¹, Luque López A¹, Orti Cuerva M¹, Rodríguez-Perálvarez ML¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ²UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ³UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

Introducción

El uso de donantes más añosos y la mayor comorbilidad metabólica de los candidatos a trasplante hepático (TH) aumenta el riesgo de ateromatosis en la arteria hepática (AH). Puesto que el epitelio biliar es especialmente sensible a la isquemia arterial, la ateromatosis de la arteria hepática podría incrementar el riesgo de estenosis biliares tras el TH.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a TH completo entre 2012 y 2023 en un solo centro donde de forma prospectiva se habían recogido muestras de la AH del donante y receptor durante el acto quirúrgico para identificar histológicamente la presencia de ateromatosis. Se estudiaron los factores de riesgo relacionados con la aparición de estenosis biliar, censurando la aparición del evento de interés a los 24 meses.

Resultados

Entre los 322 pacientes incluidos con un seguimiento mediano de 44 meses (IQR 17-22), 63 pacientes (19.6%) sufrieron alguna complicación de la vía biliar. La incidencia de estenosis biliares fue del 14,3% (n=46) a los 24 meses. La edad y la indicación de TH no influyeron en el riesgo de complicaciones biliares (p=0,88 y p=0,38, respectivamente). Hubo una tendencia no significativa a mayor riesgo en pacientes varones (16,7% vs 8,5%, p=0,057). El perfil de riesgo cardiovascular fue similar en pacientes con o sin desarrollo de estenosis biliar en los primeros 24 meses: hipertensión arterial (34,8% vs 33%, p=0,81), diabetes mellitus (28,3% vs 28,6%, p=0,96), dislipemia (15,2% vs 21,4%, p=0,34).

En el análisis histológico de la AH, la prevalencia de ateromatosis en el donante fue de 54% mientras que en el receptor fue del 5,6%. En 58,4% de los casos existió ateromatosis del donante y/o del receptor. El riesgo de estenosis biliar a 24 meses en pacientes con ateromatosis de la AH fue del 17,6% mientras que en pacientes sin ateromatosis fue de 9,7% (p= 0,047). En la regresión de Cox univariante, la ateromatosis en donante o receptor duplicó el riesgo de estenosis biliar en los primeros 24 meses (HR = 2,082 [IC 95% 1,096-3,959; p = 0,022]). En el análisis multivariante la ateromatosis del donante o receptor fue un factor de riesgo independiente para el desarrollo de estenosis biliar post-TH (HR= 2,247 [IC 95% 1,162-4,344; p = 0,016]) tras controlar por edad, sexo, indicación de trasplante (hepatocarcinoma), esteatosis del donante y comorbilidad cardiovascular.

Conclusiones

La presencia de ateromatosis en la arteria del donante o del receptor aumenta el riesgo de estenosis biliar tras el TH. En pacientes con ateromatosis de la AH, se podría considerar el uso de antiagregantes y/o la implantación de prótesis biliares degradables durante el acto quirúrgico para reducir el riesgo de complicaciones biliares.