

56 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA GRANADA 2025

COMUNICACIONES ORALES
SESIÓN I.

CO-01. IMPACTO A LARGO PLAZO DE FILGOTINIB EN COLITIS ULCEROSA: DATOS DE UN AÑO DEL REGISTRO FILGUITO EN VIDA REAL.

Caballero-Mateos A¹, Flórez Díez P², Benítez JM³, Moreno Barrueco M⁴, Trapero Martínez A⁵, Pallarés Manrique H⁶, Rodríguez González FJ⁷, Martín Rodríguez MDM⁸, Argüelles Arias F⁹, Valdés-Delgado T⁹, Suárez Toribio Á¹⁰, Trigo Salado C¹⁰, Hernández Martínez Á¹¹

¹SERVICIO MEDICINA INTERNA HOSPITAL COMARCAL SANTA ANA DE MOTRIL. MOTRIL, GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS. OVIEDO, ASTURIAS. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DELAS NIEVES. GRANADA. ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ¹⁰SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ¹¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Introducción

Filgotinib, un inhibidor selectivo de JAK1 aprobado para colitis ulcerosa (CU) moderada a grave, requiere evaluación continua en la práctica clínica habitual. Este análisis presenta datos ampliados del registro multicéntrico Filguito, con una cohorte extendida de pacientes andaluces seguidos hasta 12 meses de tratamiento.

Material y Métodos

Estudio ambispectivo multicéntrico que, incluyó 104 pacientes con CU tratados con filgotinib en 11 hospitales andaluces. Se evaluaron parámetros clínicos, bioquímicos y de seguridad en momentos predefinidos: basal, 8 semanas, 6 y 12 meses. Las definiciones empleadas fueron: remisión clínica (RC) con Mayo parcial <3; remisión clínico-bioquímica (RCB) con Mayo parcial <3 y calprotectina <250 µg/g; remisión libre de esteroides (RLE) con Mayo parcial <3 sin corticoides desde semana 8.

Resultados

La mediana de edad fue 40,7 años, con 57,8% de varones y duración media de enfermedad de 11,1 años. La colitis extensa predominó (53,5%), seguida de izquierda (36,6%) y proctitis (9,9%). El 74% había recibido infliximab previamente y el 35,4% mantenía corticoides al inicio. El índice Mayo parcial mostró reducción sostenida desde 5,5 basal hasta 1,0 a los 12 meses ($p<0,001$). La calprotectina fecal descendió significativamente hasta 754,1 µg/g ($p<0,001$). La remisión clínica se alcanzó en el 60,8% a 8 semanas, manteniéndose en el 60,3% a 12 meses. La remisión clínico-bioquímica fue del 33% a 8 semanas y 31% al año, mientras que la remisión libre de esteroides alcanzó el 56,9% a 12 meses.

El análisis según el número de tratamientos biológicos previos mostró que, a los 6 meses, la remisión clínica fue del 89,7% en pacientes con 1 tratamiento previo, del 60% en aquellos con 2 tratamientos y del 54,5% en pacientes con ≥ 3 líneas previas ($p=0,030$). La remisión libre de esteroides también fue superior en pacientes con menor exposición previa a biológicos (86,2% vs 54,5% en ≥ 3 líneas, $p=0,043$). Un total de 23 pacientes (22,1%) suspendieron el tratamiento antes del año, principalmente por falta de respuesta. No se registraron efectos adversos graves durante el seguimiento.

Datos epidemiológicos		Pacientes que inician tratamiento con Filgotinib (n=104)
	Sexo, Hombres (%)	59 (57.8)
	Edad, años (media)	40.7
	Duración de la enfermedad, años (media)	11.1
Extensión colitis (%)	Extensa	54 (53.5)
	Izquierda	37 (36.6)
	Proctitis	10 (9.9)
Hábito tabáquico (%)	No fumador	67 (72.0)
	Exfumador	21 (22.6)
	Fumador activo	5 (5.4)
Manifestaciones extraintestinales (%)	Articulares	22 (21.2)
	Dermatológicas	2 (1.9)
	Oftalmológicas	2 (1.9)
Afectación perianal (%)		8 (7.7)

Tabla 1. Características demográficas.

Nº tratamientos avanzados Previos	2.3
Infliximab (%)	77 (74.0)
Adalimumab (%)	37 (35.6)
Golimumab (%)	9 (8.7)
Vedolizumab (%)	32 (30.8)
Ustekinumab (%)	26 (25.0)
Tofacitinib (%)	17 (16.3)
Mantiene 5-ASA (%)	83 (79.8)
Vacuna previa V.V.Zoster (%)	56 (56.0)
Corticoides concomitantes al inicio del tratamiento con Filgotinib (%)	35 (35.4)
Inmunomodulador concomitante (%)	11 (11.0)

Tabla 2. Datos sobre tratamientos.

Tiempo	Basal (n=102)	8 semanas (n=95)	6 meses (n=57)	12 meses (n=39)	p
Índice Mayo Parcial (media)	5,5	2,4 (<0,001)	1,6 (<0,001)	1,0 (<0,001)	<0,001
PCR mg/L (media)	11,2	6,1 (0,048)	4,1 (0,009)	3,1 (0,003)	0,001
Calprotectina µg/g (media)	2447,4	1579,1 (0,018)	770,8 (<0,001)	754,1 (<0,001)	<0,001
Remisión clínica (%)	5,9%	60,8% (<0,001)	61,4% (<0,001)	60,3% (<0,001)	-
Remisión clínico-bioquímica (%)	1,0%	33,0% (<0,001)	38,6% (<0,001)	31,0% (<0,001)	-
Remisión libre de esteroides (%)	-	52,6%	60,0% (0,003)	56,9% (<0,001)	-
Suspensión del tratamiento	-	12	19	23	-

¹Prueba de Friedman para muestras relacionadas para análisis de la varianza de dos factores por rangos
²Comparaciones por pares de la Prueba de Friedman
³Prueba de McNemar para muestras relacionadas

Tabla 3. Resultados de efectividad actualizados.

Conclusiones

En esta cohorte ampliada de pacientes con colitis ulcerosa refractaria, filgotinib demostró eficacia sostenida con reducción significativa y mantenida de la actividad inflamatoria durante el primer año. Las tasas de remisión clínica se mantuvieron estables a lo largo del seguimiento, con un perfil de seguridad favorable. Aunque se observó una tendencia hacia menor efectividad en pacientes

Tiempo	Línea 0 (n=3)	Línea 1 (n=34)	Línea 2 (n=7)	Línea ≥3 (n=14)	p
Remisión clínica					
Basal	0%	9,8%	0%	3,0%	0,388
2 meses	100%	67,3%	70,0%	42,4%	0,098
6 meses	100%	89,7%	60,0%	54,5%	0,030
12 meses	100%	89,5%	66,7%	93,3%	0,537
Remisión libre de esteroides					
2 meses	100%	50,2%	50,0%	36,4%	0,132
6 meses	100%	86,2%	60,0%	54,5%	0,043
12 meses	100%	84,2%	66,7%	86,7%	0,873
Remisión clínico-bioquímica compuesta					
Basal	0%	7,0%	0%	0%	0,799
2 meses	60,0%	42,9%	40,0%	12,1%	0,062
6 meses	100%	55,2%	40,0%	31,8%	0,038
12 meses	100%	47,4%	33,3%	40,0%	0,579

Tabla 4. Remisión según número de tratamientos biológicos previos.

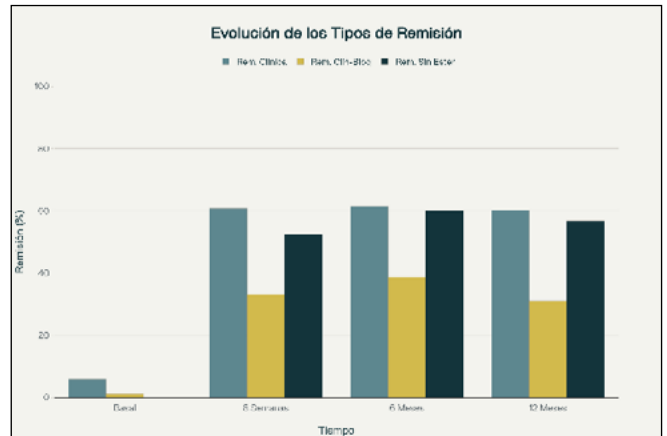


Figura 1. Evolución de los Tipos de Remisión.

con mayor número de líneas biológicas previas, el beneficio clínico siguió siendo relevante incluso en escenarios de alta refractariedad. Estos resultados refuerzan la utilidad de filgotinib como alternativa terapéutica eficaz en el manejo de la colitis ulcerosa en condiciones de práctica clínica habitual.

CO-02. PAUTAS DE ERRADICACIÓN DE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA EN ANDALUCÍA. RESULTADOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI (HP-EUREG) EN EL PERIODO 2013-2025

Torres Blanco C¹, Martínez-Domínguez SJ², Singla A³, Farrés O³, Parra Pineda P⁴, Moreira Ruíz L⁵, Nyssen OP⁴, Selfa Muñoz A⁶, Ubiña Aznar E⁶, Rodríguez-González FJ⁷, Jiménez Contreras S⁷, De La Cruz Romero F⁸, Pérez-Aisa Á⁸, Pabón Carrasco M⁹, Rodríguez Alonso C⁹, Gómez Rodríguez BJ¹⁰, Ledro Cano D¹⁰, Keko-Huerga A¹⁰, Perona Vicente MC¹¹, Girbert JP⁴

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ²DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA. ³DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA CENTRE HOSPITALARI. MANRESA, BARCELONA. ⁴DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID. ⁵DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO I PROVINCIAL DE BARCELONA. BARCELONA. ⁶DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. ⁷DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA COMPLEJO

HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ⁸UNIDAD APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ⁹DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ¹⁰DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ¹¹DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA). MARBELLA, MÁLAGA.

Introducción

El tratamiento erradicador de *Helicobacter Pylori* (HP) supone un reto en pacientes alérgicos a penicilina, especialmente en zonas de alta tasa de resistencia a claritromicina, como es Andalucía (~ 20%). Nuestro objetivo fue analizar la evolución de las pautas de tratamiento de HP en pacientes sin tratamiento previo y con alergia a penicilina, evaluando la efectividad, seguridad y cumplimiento de los esquemas empleados.

Material y métodos

Registro sistemático y prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos sobre el manejo de la infección por HP (Hp-EuReg, WorldHpReg partner). Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap. Se analizaron los tratamientos más frecuentes de primera línea en Andalucía desde 2013 hasta junio de 2025, considerando únicamente pacientes con alergia a penicilina. La efectividad se analizó por intención de tratar modificada (mITT). También se evaluó el cumplimiento y seguridad de las mismas.

Resultados

Se analizaron 5.942 pacientes, de los que 247 (4,2%) fueron naïve y alérgicos a penicilina. El 70% fueron mujeres, edad media 54 ± 14 años. La indicación más frecuente de tratamiento fue dispepsia funcional (75%), seguida de úlcera péptica (12%). Se emplearon técnicas diagnósticas invasivas en el 63% de los pacientes (Tabla 1).

En el periodo 2013-2015, la triple terapia fue el esquema más prescrito, disminuyendo notablemente desde 2016, coincidiendo con la comercialización de Pylera® (cápsula única compuesta por metronidazol-tetraciclina-bismuto), aumentando progresivamente hasta convertirse en la más utilizada (62%). (Figura 1).

Las pautas de 10 días fueron las más usadas (93%). El uso de dosis estándar de inhibidores de la bomba de protones (IBP) fue la más común (46%). (Figura 2).

La efectividad global fue del 84%. Pylera® obtuvo la mejor tasa de erradicación (94%), frente a valores más bajos (<80%) en otros esquemas ($p < 0.001$). Los tratamientos de 10 días obtuvieron una mayor tasa de erradicación, pero sin alcanzar en este caso significación estadística. Tampoco hubo diferencias significativas según potencia de IBP (Tabla 2).

Variables		Frecuencia (n: 247)	%
Año	2013	16	6,5
	2014	26	10,5
	2015	28	11,3
	2016	40	16,2
	2017	33	13,4
	2018	18	7,3
	2019	17	6,9
	2020	24	9,7
	2021	19	7,7
	2022	11	4,5
	2023	6	2,4
	2024	3	1,2
2025	6	2,4	
Sexo			
Mujer		172	69,6
Hombre		75	30,4
Edad	Media- DE	54,1	14,3
Nº de intentos de erradicación previos		247	100
Naive			
Indicación			
Dispepsia con endoscopia normal		110	44,5
Dispepsia no investigada		76	30,8
Úlcera duodenal		19	7,7
Úlcera gástrica		10	4,0
Otros		32	13,0
Diagnóstico de la infección			
Invasivo		156	63,2
No invasivo		91	36,8
Esquema tratamiento		156	
Sencillo		152	91
Triple		73	
Cuadruple		21	
Potencia de inhibición ácida de los IBP		156	91
Bajo		113	
Estándar		46	
Alta			
Duración tratamiento			
7 días		1	0,4
10 días		229	92,7
14 días		17	6,9
mITT			
Éxito		200	84,0
Fracaso		38	16,0
Cumplimiento tratamiento			
Sí (>90%)		237	97,1
NO (<90%)		7	2,9
Eventos adversos			
No		222	91,4
Sí		21	8,6

Tabla 1. Descriptiva de variables. N= 247 (de un total de 5942;4.2%).

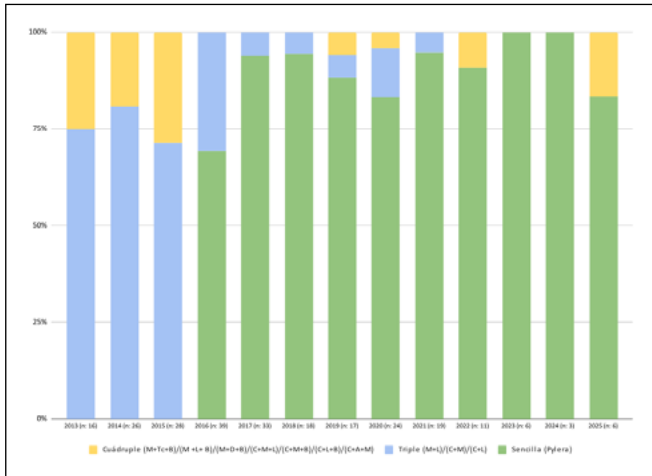


Figura 1. Año y pauta de tratamiento agrupada.

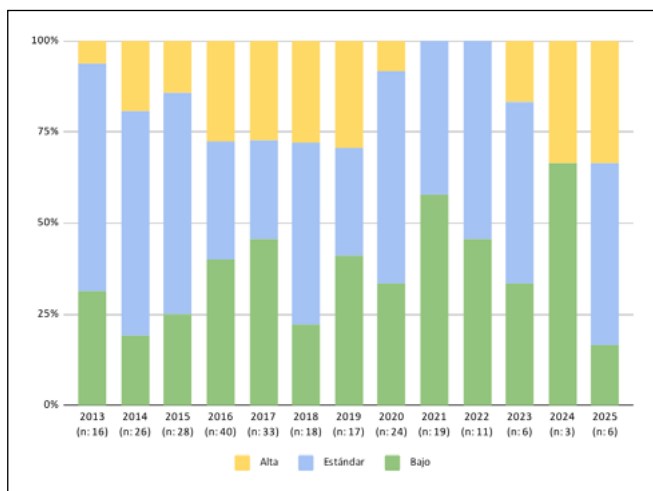


Figura 2. Año y potencia de inhibición ácida de los IBP.

Variables	Fracaso		Éxito		P
	n	%	n	%	
Esquema de tratamiento					
Triple-C+M	15	34,9	28	65,1	<0,001
Triple-C+L	5	23,8	16	76,2	
Sencillo	9	6,1	138	93,9	
Potencia de Inhibición ácida de los IBP					
Bajo	13	15,1	73	84,9	0,799
Estándar	18	16,4	92	83,6	
Alta	7	16,7	35	83,3	
Duración tratamiento					
10 días	32	14,5	188	85,5	0,20
14 días	5	29,4	12	70,6	

Tabla 2. Efectividad de la pauta de tratamiento (mITT).

La adherencia global al tratamiento fue óptima (97%). Los efectos adversos no fueron frecuentes (8.6%), en su mayoría leves (disgeusia y náuseas) y sin complicaciones graves que obligaran a suspender los tratamientos.

Conclusiones

Durante la última década se ha evidenciado un cambio significativo en las pautas de tratamiento para pacientes naïve alérgicos a penicilina, marcado por la sustitución de la triple terapia por Pylera®. Este cambio se asoció a resultados clínicos óptimos, con efectividad global superior al 90% y un perfil de seguridad favorable.

CO-03. PROYECTO PILOTO PARA EVALUAR LA IDONEIDAD DE LAS SOLICITUDES DE COLONOSCOPIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL ÁREA DE SALUD DEL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO

López Bueno I, Lucena Valera A, Pizarro Moreno Á, Cuadros Martínez M, De La Santa Belda E, Vázquez Bazo M, Bozada García JM, Romero Gómez M

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

Se realiza una revisión exhaustiva de 440 peticiones de colonoscopia procedentes de los centros de salud adscritos al área del Hospital Universitario Virgen del Rocío, con un doble objetivo; identificar y priorizar aquellas peticiones que cumplen criterios clínicos estrictos y se consideran preferentes y rechazar aquellas que no se ajusten a los protocolos establecidos, con el fin de optimizar la eficiencia de la unidad de endoscopias y asegurar una atención oportuna en tiempo y calidad.

Material y métodos

Se revisan 440 solicitudes de colonoscopia de atención primaria. Cada petición es valorada individualmente por personal facultativo especializado, cotejando la información clínica remitida desde Atención Primaria con los protocolos y guías de práctica clínica vigentes para la indicación de colonoscopias diagnósticas, de cribado y seguimiento. En cada caso, se clasifica cada petición como "Aceptada" (subdivididas a su vez en preferentes y rutinarias) o "Rechazada" (documentando los motivos de rechazo).

Posteriormente se realizó un seguimiento de los hallazgos endoscópicos en los pacientes en los que finalmente se efectuó la colonoscopia, independientemente de su aceptación inicial, clasificándose en presencia de cáncer colorrectal (CCR), adenomas avanzados, otros hallazgos clínicamente relevantes y ausencia de hallazgos o patología menor.

Resultados

Del total de solicitudes, fueron aceptadas 287 (65%) y 154 (35%) rechazadas. Los principales motivos de rechazo fueron ausencia de criterios clínicos objetivos (40,4%), síntomas sin confirmación mediante SOH+ (21,9%) y antecedentes familiares fuera de protocolo (16,6%) (Tabla 1).

En el seguimiento de las exploraciones realizadas posteriormente (n=160) tanto de rechazadas como aceptadas, los hallazgos fueron: 1 CCR (0,6%), 2 adenomas avanzados (1,25%), 78 hallazgos menores (48,8%) y 57 colonoscopias normales o con patología banal (35,6%). Entre las colonoscopias aceptadas (n=92), se detectó 1 CCR, 1 adenoma avanzado y 52 hallazgos relevantes no neoplásicos, mientras que, entre las rechazadas (n=68), se objetivó 1 adenoma avanzado y 26 hallazgos menores, sin ningún caso de CCR (Tabla 2).

Motivo de rechazo	Número de peticiones	Porcentaje sobre los Rechazos Analizados (n=151)
Ausencia de criterios clínicos objetivos	61	40,39%
Síntomas sin resultado positivo de Sangre Oculta en Heces (SOH+)	31	21,85%
Antecedentes familiares que no se ajustan a protocolo	25	16,56%
Solicitud incompleta o con datos insuficientes	15	9,93%
Seguimiento de adenomas que no se ajustan a protocolo	13	8,61%
Cribado en pacientes mayores de 80 años	3	1,99%
Cribado oportunista (fuera de programa poblacional)	1	0,66%
Total detallado	151	100%

Tabla 1. Motivos de rechazo de colonoscopias.

Clasificación	Ya realizada	CCR	Adenomas avanzados: >5 pólipos o mayor de 1cm	Otros hallazgos	Sin hallazgos/hemorroides internas	TOTALES
Aceptadas	1	1	1	52	37	92
Rechazadas	21	0	1	26	20	68
						160

Tabla 2. Hallazgos endoscópicos en las exploraciones realizadas.

Conclusiones

La revisión sistemática de las solicitudes permitió identificar que más de un tercio de las colonoscopias derivadas desde Atención Primaria no cumplían criterios clínicos de indicación, lo que subraya la necesidad de reforzar la adherencia a los protocolos de derivación. La optimización en la solicitud de colonoscopias es fundamental a fin de reducir la carga innecesaria sobre la unidad de endoscopias, disminuir los tiempos de espera para los pacientes con indicaciones prioritarias y optimizar el uso de recursos sanitarios evitando procedimientos que no aporten beneficio clínico y conllevan riesgos innecesarios.

CO-04. LA SATELITOSIS PREDICE PROGRESIÓN TEMPRANA TRAS TARE EN HEPATOCARCINOMA

Suárez Toribio Á, López Bueno I, Herrería Fernández I, Ojeda Salvador M, Ferrer Ríos MT

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

Introducción

La radiación interna selectiva (SIRT, por sus siglas en inglés) o radioembolización transarterial (TARE) es una opción terapéutica eficaz y segura para el tratamiento del carcinoma hepatocelular (CHC). El objetivo principal de nuestro estudio fue evaluar los factores predictivos de respuesta en pacientes con este tumor sometidos a SIRT.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y unicéntrico de pacientes con CHC sometidos a SIRT entre febrero de 2016 y mayo de 2024. Se analizaron características demográficas, relacionadas con la hepatopatía, tiempo libre de progresión (TLP) factores predictivos de supervivencia y de respuesta al tratamiento, así como los eventos adversos (EA) asociados.

Resultados

50 pacientes fueron sometidos a SIRT con microesferas de Y-90. Las características de los pacientes están recogidas en la figura 1.

La mediana desde el diagnóstico de CHC hasta la SIRT fue de 7 meses (IQR 4 – 14), habiendo recibido 18 pacientes (36%) al menos un tratamiento previo (siete de ellos más de uno). Las características de la enfermedad neoplásica antes del inicio del tratamiento están recogidas en la figura 2.

Se consiguió una respuesta completa en el 26% de pacientes y una respuesta parcial en el 42% de los casos. Mediana de seguimiento de 14 meses (IQR 7 – 22), en las que se produjo una progresión de la enfermedad tumoral en 30 pacientes (60%); diez pacientes presentaron progresión de la lesión tratada, en ocho aparecieron nuevas lesiones hepáticas compatibles con CHC y diez tuvieron tanto progresión de la lesión tratada como aparición de nuevas lesiones. Dos presentaron progresión extrahepática sin progresión intrahepática. El total de pacientes con progresión extrahepática fue de 15 (30%). El TLP estimado fue de 9 meses (IC 95% 7 – 11) (Figura 3). En el análisis mediante curvas de Kaplan-Meier, la presencia de satelitos se asoció de manera estadísticamente significativa a un menor TLP (satelitos

Variable	Pacientes (n=50)
Edad, años (IQR)	67 (60-77)
Sexo (hombres), n (%)	41 (82)
Hábito tabáquico, n (%)	
Fumador	12 (24)
Exfumador	27 (54)
No	11 (22)
Diabetes mellitus, n (%)	23 (46)
Obesidad, n (%)	18 (36)
Hipertensión arterial, n (%)	27 (54)
Etiología, n (%)	
Viral	12 (24)
MASLD	8 (16)
Alcohol	7 (14)
Metald	7 (14)
Alcohol + viral	8 (16)
Metald + viral	6 (12)
Hepatopatía crónica avanzada, n (%)	42 (84)
Varices esofágicas, n (%)	22 (44)
Child-Pugh – A, n (%)	44 (88)
ALBI score – Grado 1, n (%)	34 (68)

Figura 1. Características de los pacientes.

Variable	Pacientes (n=50)
Tratamientos previos, n (%)	18 (36)
TACE	9 (18)
Tratamiento sistémico	6 (12)
Termoablación	3 (6)
Hepatectomía	1 (2)
Hepatocarcinoma unilobar, n (%)	36 (76)
Satelitos, n (%)	16 (32)
Infiltración portal, n (%)	4 (8)
Diámetro máximo de la lesión principal, cm (IQR)	4,6 (3,5 – 6,6)
Número de lesiones, n (%)	
1	26 (52)
2	7 (14)
3	8 (16)
Más de 3	9 (18)
TBS ² [(Maximum tumor size in cm) ² +(Number of tumors) ²]	5,5 (4 – 7,1)
BCLC estadije, n (%)	
A	15 (30)
B	32 (64)
C	3 (6)
Alfa-fetoproteína <400 ng/ml	42 (84)
Median prescribed activity (Ciq)	1,87 (1,16 – 3,15)
Median tumor absorbed dose (Gy)	390,1 (209,7 – 641,4)
Median lung dose (Gy)	3,15 (1,7 – 5,6)

Figura 2. Características de la enfermedad tumoral.

3 meses (IC 95% 0-7) frente a no satelitosis 11 meses (IC 95% 7,3-14,7); HR 2.44 (1.13 – 5.26) $p = 0.013$ (figura 4).

18 pacientes (36%) presentaron algún efecto adverso en el mes posterior al tratamiento. El más frecuente fue la astenia (24%). Todos fueron manejados de forma ambulatoria.

Durante el seguimiento fallecieron 25 pacientes (50%). La causa más frecuente fue el deterioro de la función hepática (16%), seguido de la progresión de la enfermedad neoplásica (12%). Cinco pacientes (10%) fallecieron por cuadros infecciosos, y dos (4%) por hemorragia digestiva alta.

Conclusiones

La SIRT aumenta el tiempo hasta la progresión en pacientes con hepatocarcinoma.

- Los pacientes con satelitosis presentan un mayor riesgo de progresión de la enfermedad tumoral que aquellos sin satelitosis.

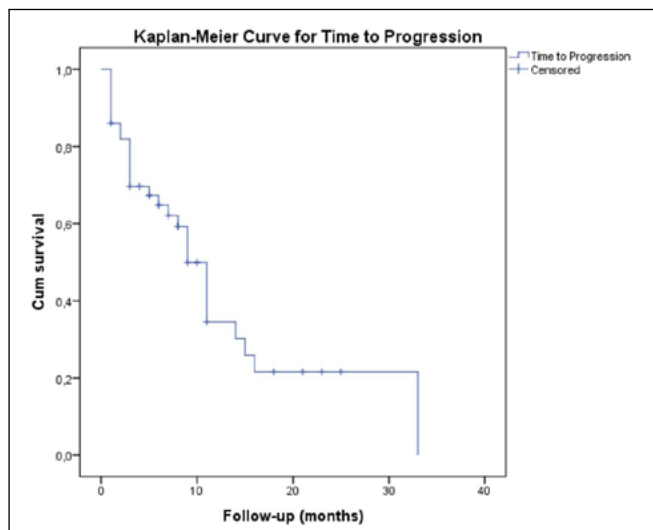


Figura 3. Curva de Kaplan-Meier para el tiempo libre de progresión.

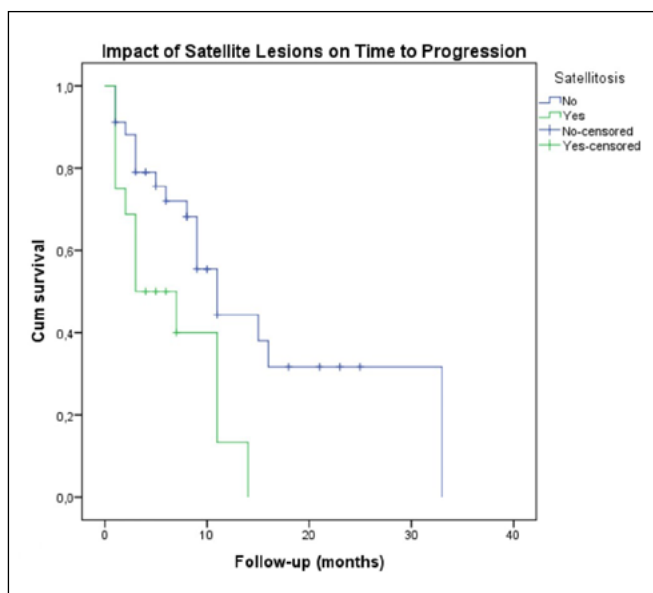


Figura 4. Impacto de la satelitosis en el tiempo libre de progresión.

CO-05. UPADACITINIB EN LA ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA: ANÁLISIS DE RESPUESTA CLÍNICA Y SEGURIDAD DEL REGISTRO UPITA-CROHN.

Caballero-Mateos AM¹, Benítez JM², Bailón Gaona C³, Saldaña L⁴, Trapero Martínez AM⁵, Valdés Delgado T⁶, Argüelles Arias F⁶, Martín Rodríguez MDM⁷, Agulleiro Beraza I⁸, Lázaro-Sáez M⁹, Hernández-Martínez Á⁹, Camargo-Camero R¹⁰, Rodríguez-González FJ¹⁰, Olmedo Martín RV¹¹

¹SERVICIO MEDICINA INTERNA HOSPITAL COMARCAL SANTA ANA DE MOTRIL. MOTRIL, GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL. MARBELLA, MÁLAGA. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN. JAÉN. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA. ¹⁰SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ¹¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

La información sobre la efectividad y seguridad de upadacitinib en condiciones de vida real sigue siendo limitada. Upadacitinib, un inhibidor de JAK aprobado para la enfermedad de Crohn (EC) moderada a grave, es evaluado en práctica clínica habitual mediante el registro multicéntrico UPITA-Crohn.

Material y métodos

Se recopiló información de 142 pacientes tratados con upadacitinib en 12 hospitales de Andalucía. Se definieron:

- Remisión clínica (RC) como Harvey-Bradshaw <5;
- Remisión clínico-bioquímica (RCB) como Harvey-Bradshaw <5, proteína C reactiva (PCR) <5 mg/L y calprotectina <250 µg/g
- Remisión sin esteroides (RSE) como Harvey-Bradshaw <5 sin corticoides desde la semana 12.

Las variables se analizaron en las semanas 12, 16 y a los 6 meses. Del mismo modo, se recogieron los efectos adversos observados

Resultados

La media de edad fue de 40,8 años (18-76) y el 40% eran varones. La localización ileocolónica fue la más frecuente (50%). El 32% tenía cirugía resectiva previa y el 22% presentaba enfermedad

Datos epidemiológicos		Pacientes que inician tratamiento con Upadacitinib (n=142)
	Sexo, Hombres (%)	40
	Edad, años (media)	40.8 (18-76)
Localización (%)	Colon	13
	Íleon	37
	Ileocolónica	50
Afectación alta (%)		9.2
Cirugía resectiva previa (%)		32
Enfermedad perianal (%)		22
Hábito tabáquico (%)	No fumador	57
	Exfumador	18
	Fumador activo	25
Manifestaciones extraintestinales, (%)	Articulares	34
	Dermatológicas	9.2
	Oftalmológicas	5
Duración de la enfermedad, años (media)		14 (1-40)

Tabla 1. Datos epidemiológicos.

Nº tratamientos avanzados previos (media)	2.3	
Infliximab (%)	63.6	
Adalimumab (%)	75	
Golimumab (%)	2.9	
Vedolizumab (%)	19.3	
Ustekinumab (%)	64.3	
Risankizumab (%)	5	
Corticoides concomitantes al inicio del tratamiento (%)	30.3	
Inmunomoduladores concomitantes al inicio del tratamiento (%)	9.9	
5-ASA concomitante (%)	9.9	
Duración de la inducción (%)	8 semanas	12.8
	12 semanas	74.4
	16 semanas	12.8
Dosis en el mes 6 (%)	15 mg	13
	30 mg	76.8
	45 mg	10.2

Tabla 2. Tratamientos previos.

perianal. El 74,4% recibió la pauta de inducción de 45 mg durante 12 semanas. A la semana 12, el 54% alcanzó RC y el 15% RCB. En aquellos que completaron 6 meses, el 48,3% logró RC, el 16,1% RCB y el 18,4% RSE (Tabla 3 y Gráfico 1).

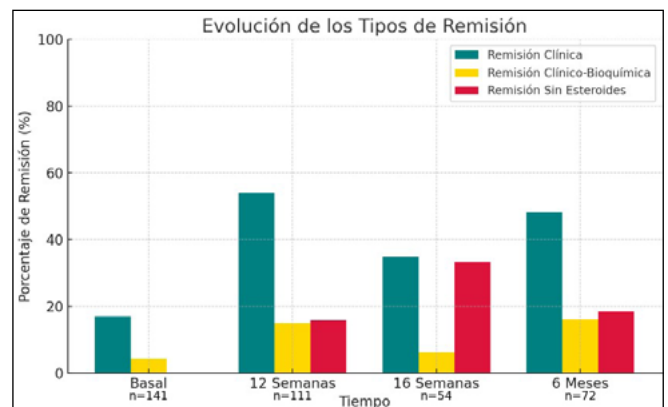
La RC a los 6 meses fue similar en pacientes con ≥ 2 tratamientos avanzados previos (48,5%) y en aquellos con solo uno (47,4%), sin diferencia significativa. Hubo 31 suspensiones (21,8%) antes de 6 meses, la mayoría por fallo primario (Gráfica 2).

Se reportaron 30 eventos adversos (21,1%), principalmente infecciones, acné, elevación transitoria de transaminasas o herpes zóster. Siete interrupciones se debieron a acontecimientos graves (trombosis, ictus, infarto, fiebre y 3 infecciones).

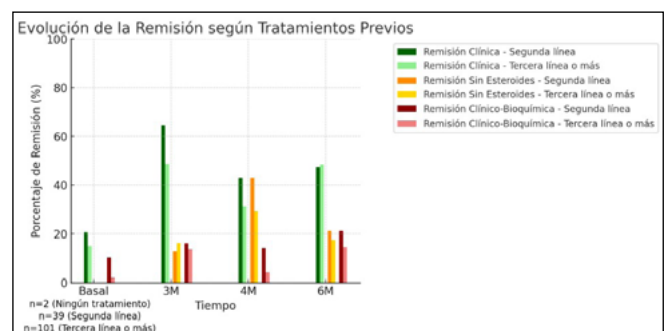
Tiempo	Basal (n=141)	12 Semanas (n=111)	16 Semanas (n=54)	6 Meses (n=72)	p ¹
Índice Harvey-Bradshaw (media)	8.3	5.1 (0.004) ²	5.6 (0.231) ²	4.6 (0.008) ²	0.001
PCR mg/L (media)	17.6	8.0	9.0	11.7	0.373
Calprotectina µg/g (media)	1526.2	749.0	1734.0	1158.3	0.714
Remisión clínica (%)	17.0%	54.0% (<0.001) ³	34.9% (0.034) ³	48.3% (<0.001) ³	-
Remisión clínico-bioquímica (%)	4.3%	15.0% (0.003) ³	6.3% (0.248) ³	16.1% (<0.001) ³	-
Remisión sin esteroides (%)	-	15.9%	33.3% (0.043) ³	18.4% (<0.001) ³	-
Suspensión del tratamiento	-	11/142 (7.7%)	20/142 (14.1%)	31/142 (21.8%)	-

¹Prueba de Friedman para muestras relacionadas para análisis de la varianza de dos factores por rangos
²Comparaciones por pares de la Prueba de Friedman
³Prueba de McNemar para muestras relacionadas

Tabla 3. Datos de efectividad y seguridad.



Gráfica 1.



Gráfica 2.

Conclusiones

Upadacitinib ofrece un perfil de respuesta competitivo en EC refractaria, con eficacia sostenida a medio plazo en cohortes con alta exposición a biológicos previos. Su tolerancia y el control de la seguridad permiten considerarlo, incluso en pacientes con múltiples fracasos terapéuticos previos, como una alternativa válida en la optimización de estrategias de manejo en Crohn complejo.

SESIÓN II

CO-06. IMPACTO DE LA TERAPIA COMBINADA AVANZADA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL REFRACTARIA

Rodríguez Gallardo M, Valdés Delgado T, González Parra AC, Maldonado Pérez B, Mouhtar El Halabi S, Belvis Jiménez M, Argüelles Arias F

UGC APARATO DIGESTIVO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

Introducción

Evaluar la efectividad y seguridad de la terapia combinada avanzada (TCA), entendida como la combinación de fármacos biológicos y pequeñas moléculas, en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) refractaria a terapias biológicas o i-Jak en monoterapia.

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo, realizado entre 2021 y 2025 en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con EII refractaria que iniciaron tratamiento con TCA. La respuesta clínica se definió como una disminución ≥ 3 puntos del índice de Harvey-Bradshaw (IHB) para la Enfermedad de Crohn (EC) o del Índice Parcial de Mayo (IpM) para la colitis ulcerosa (CU). La remisión clínica se consideró un $IHB \leq 4$ en EC o un IpM 0–1 en CU. La respuesta biológica se estableció como una reducción $\geq 50\%$ de la proteína C reactiva (PCR) y de la calprotectina fecal (CF) y la remisión biológica cuando la PCR fue $< 5\text{mg/L}$ y la CF $< 250\mu\text{g/g}$. Se analizaron estos parámetros en las semanas 16,32 y 52; además de los efectos adversos (EA).

Resultados

Se incluyó una cohorte de 26 pacientes con predominio de colitis ulcerosa izquierda, de edad mediana 38,5 años (Tabla 1). Se emplearon 15 combinaciones, siendo más frecuente vedolizumab con upadacitinib (Figura 1).

La respuesta clínica se alcanzó en el 69,6% (16/23), 68,4% (13/19) y 60,0% (9/15) en las semanas 16, 32 y 52. La remisión clínica aumentó del 21,7% (5/23) en la semana 16 al 53,3% (8/15) en la

CARACTERÍSTICAS BASEAS	PACIENTES (n=26)
Tipo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), n (%)	
Colitis Ulcerosa (CU)	17 (65.4)
Enfermedad de Crohn (EC)	9 (34.6)
Edad (años), mediana [IQR]	38.5 (26.0-50.3)
Género masculino, n (%)	17 (65.4)
Duración de la enfermedad (años), mediana [IQR]	9 (4.0-15.5)
Fumador, n (%)	
Si	5 (19.2)
No	14 (53.8)
Exfumador	7 (26.9)
Montreal, n (%)	
Extensión (E), CU	
E1	6 (35.3)
E2	9 (52.9)
E3	2 (11.8)
Severidad (S), CU	
S1	1 (6)
S2	8 (47)
S3	8 (47)
Edad (A), EC	
A1	7 (77.8)
A2	1 (11.1)
A3	1 (11.1)
Localización (L), EC	
L1	1 (11.1)
L2	1 (11.1)
L3	7 (77.8)
L4	-
Comportamiento (B), EC	
B1	2 (22.2)
B2	2 (22.2)
B3	5 (55.6)
Enfermedad perianal, n (%)	7 (26.9)
Manifestaciones extraintestinales (MEIs), n (%)	7 (26.9)
Cirugía previa, n (%)	5 (19.2)
Corticoides sistémicos previos, n (%)	20 (76.9)
Inmunomoduladores previos, n (%)	17 (65.4)
Tratamientos biológicos previos, n (%)	
• Infliximab (IFX)	26 (100)
• Adalimumab (ADA)	9 (39.1)
• Ustekinumab (UST)	13 (50)
• Vedolizumab (VEDO)	14 (53.8)
• Risankizumab (RISAN)	2 (7.7)
• Guselkumab (GUSEL)	2 (7.7)
i-JAKs previos, n (%)	
• Filgotinib (FILGO)	4 (15.4)
• Tofacitinib (TOFA)	5 (19.2)
• Upadacitinib (UPA)	3 (11.5)
IpM basal, mediana [IQR]	7 (6-8)
HBI basal, mediana [IQR]	13 (10-16)
CRP basal (mg/L), mediana [IQR]	4.4 (1.1-23.7)
CF basal (mg/Kg), median [IQR]	2127.5 (929.3-4160.3)

Tabla 1. Características demográficas de la población de estudio.

52. La respuesta biológica fue 52,2% (12/23), 63,2% (12/19) y 66,7% (10/15), respectivamente. La remisión biológica aumentó de 17,4% (4/23) en la semana 16 a 60% (9/15) en la semana 52 (Figura 2).

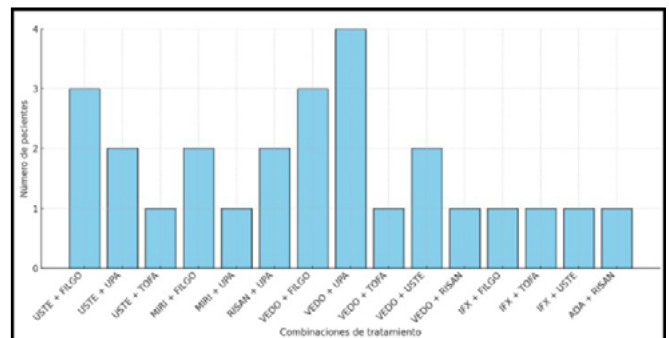


Figura 1. Distribución de pacientes según combinación de terapia.