

RAPD ONLINE

Órgano Oficial
de la Sociedad Andaluza
de Patología Digestiva



2023

VOLUMEN 46

N5s DICIEMBRE

COMUNICACIONES ORALES

- 297** Sesión I
- 302** Sesión II
- 308** Sesión III
- 315** Sesión IV
- 321** Sesión V

COMUNICACIONES VIDEOFORUM ORALES

- 327** Sesión Videoforum

COMUNICACIONES VIDEOFORUM

- 332** Comunicaciones videoforum póster

COMUNICACIONES PÓSTER

- 336** Área Endoscopia
- 385** Área Hígado
- 420** Área Intestino Delgado / Colon
- 478** Área Páncreas / Vía Biliar
- 506** Área Tracto digestivo superior / Motilidad / Hemorragia
- 548** Área Enfermedad Inflamatoria Intestinal

**Edición**

Sulime Diseño de Soluciones, S.L.U.
Edificio Centris
Glorieta Fernando Quiñones s/n
Planta Baja Semisótano
Módulo 7A - 41940 Tomares (Sevilla)
Tlf. 954 15 75 56
Email: sulime@sulime.net
Web: www.sulime.net

Depósito Legal: M-26347-1978
Registro de com. de soporte
válido: 07/2
ISSN: 1988-317X

ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

DIRECTORA

Á. Pérez Aisa
FEA. Hospital Costa del Sol de Marbella. Málaga

SUBDIRECTORA

Á. Pizarro Moreno
FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

EDITORES ASOCIADOS

M. Estévez Escobar
Hospital Torrecárdenas. Almería

J. J. Puente Gutiérrez
FEA Hospital Alto Guadalquivir, Andújar. Jaén

J.M. Rosales Zabal
FEA Hospital Costa del Sol. Marbella. Málaga

A. Caballero Mateos
Hospital clínico San Cecilio. Granada

COMITÉ DE REDACCIÓN

F. Argüelles Arias
FEA. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

J. A. Carnerero Rodríguez
Hospital de Alta Resolución E. la Janda. Cádiz

F. J. García Fernández
FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

B. J. Gómez Rodríguez
FEA. Hospital Virgen Macarena. Sevilla

C. Heredia Carrasco
FEA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Granada

Á. Hernández Martínez
FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

C. Lara Romero
FEA. Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

J. M. Martín Guerrero
FEA Hospital Virgen de Valme. Sevilla

J. G. Martínez Cara
FEA. Hospital Universitario Virgen de las
Nieves. Granada

R.V. Olmedo Martín
Hospital Regional Carlos Haya. Málaga

E. Redondo Cerezo
FEA. Hospital Virgen de las Nieves. Granada

C. Rodríguez Ramos
FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz

Y. Sánchez Torrijos
FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

J. F. Suárez Crespo
FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

>> Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva**PRESIDENTA**

M. Casado Martín

VICEPRESIDENTE

J. Ampuero Herrojo

SECRETARIA

A. Bejarano García

TESORERA

M. García Cortes

DIRECTORA REVISTA RAPD ONLINE

Á. Pérez Aisa

DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB

A. Viejo Almanzor

PRESIDENTE COMITÉ CIENTÍFICO

M. Rodríguez Téllez

DIRECTOR GENERAL

M. Ortega Ortega

>> Coordinadores de grupos de trabajo**ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESITAL**

R.V. Olmedo Martín

HEPATOLOGÍA

J. M. Rosales Zabal

CÁNCER COLORRECTAL

Á. Pizarro Moreno

TRASTORNOS FUNCIONALES

I. Grilo Bensusan

ENDOSCOPIA

P. Rosón Rodríguez

1. Objetivos y características de la RAPD
2. Contenidos de la RAPD
3. Envío de manuscritos
4. Normas de redacción de los manuscritos

A) Normas específicas para la redacción de manuscritos

Originales
 Revisiones Temáticas
 Documentos de consenso
 Novedades y Puesta al día en Gastroenterología
 y Hepatología
 Casos Clínicos
 Casos clínicos con video o Videoforum
 Imágenes del mes
 Cartas al Director

B) Normas comunes y otros documentos de apoyo

Unidades, nombres genéricos y abreviaturas
 Referencias bibliográficas
 Figuras, Fotografías, Gráficos, Tablas y Videos
 Derechos de autor
 Conflicto de intereses
 Estadísticas
 Otros documentos y normas éticas

Descarga de documentación

Normas para autores de la RAPD Online 2017
 Carta de presentación
 Modelo de transferencia de Derechos de Autor
 Modelo de declaración de conflicto de intereses
 Modelo de permisos para uso de Fotografías

1. Objetivos y características de la RAPD: la Revista Andaluza de Patología Digestiva es la publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD), que desde 2007 se edita sólo en formato electrónico, bajo la denominación de RAPD Online. Su finalidad es la divulgación de todos los aspectos epidemiológicos, clínicos, básicos y sociológicos de las enfermedades digestivas, a través de las aportaciones enviadas a la revista desde Andalucía y desde toda la Comunidad Científica. La lengua oficial para la edición de esta revista es el español, pero algunas colaboraciones podrán ser eventualmente admitidas en el idioma original del autor en inglés, francés, o italiano. La RAPD Online se publica bimensualmente, estando uno de los números dedicado especialmente a la Reunión Anual de la SAPD y siendo decisión del Comité Editorial reservar uno o más números anuales al desarrollo monográfico de un tema relacionado con la especialidad.

Todas las contribuciones remitidas deberán ser originales y no estar siendo revisadas simultáneamente en otra revista para su publicación. La publicación de abstracts, o posters no se considera publicación duplicada. Los manuscritos serán evaluados por revisores expertos, designados por el comité editorial, antes de ser admitidos para su publicación, en un proceso cuya duración será inferior a 30 días.

2. Contenidos de la RAPD: los números regulares de la RAPD Online incluyen secciones definidas como:

- Originales sobre investigación clínica o básica.
- Revisiones temáticas sobre aspectos concretos de la Gastroenterología.
- Documentos de consenso.
- Casos clínicos.
- Casos clínicos con videos o Videoforum.
- Imágenes del mes.
- Novedades y puesta al día en gastroenterología y hepatología
- Cartas al Director.

Otras aportaciones que sean consideradas de interés por el Comité Editorial, relativas a diferentes aspectos de la práctica clínica en el pasado reciente, comentarios biográficos, u otros contenidos de índole cultural, o relacionados con actividades

científicas en cualquier ámbito territorial serán insertadas en la RAPD Online en secciones diseñadas ex profeso.

3. Envío de manuscritos: la vía preferencial para el envío de manuscritos es la página web de la SAPD (<https://www.sapd.es>), ingresando en la página de la RAPD Online y pulsando el botón "Enviar un original" situado en la misma página de acceso a la revista. A través de él se accederá al Centro de Manuscritos, desde el que será posible realizar el envío de los manuscritos y toda la documentación requerida. Para el uso de esta herramienta deberán estar previamente registrados, el acceso requiere usuario y contraseña. Si es miembro de la SAPD, podrá usar su usuario habitual, si no lo es, podrá solicitar un usuario para acceso al Centro de Manuscritos a través del formulario existente en la web. Podrán escribir a sulime@sulime.net o RAPDonline@sapd.es, para la solución de cualquier problema en el envío de los manuscritos.

4. Normas de redacción de los manuscritos: los números monográficos, las revisiones temáticas, las puestas al día y los artículos comentados serán encargados por el Consejo Editorial, pero la remisión de alguna de estas colaboraciones a instancias de un autor será considerada por la Dirección de la RAPD Online y evaluada con mucho interés para su inclusión en la revista.

Todos los manuscritos estarán sometidos a normas específicas, en función del tipo de colaboración, y a normas comunes éticas y legales.

A) Normas específicas para la redacción de manuscritos

Se refieren a la extensión aconsejada y a la estructura de cada tipo de manuscrito. Como unidad básica de extensión para el texto, en cualquiera de las contribuciones, se considera una página de 30-31 renglones, espaciados 1,5 líneas, con letra de tamaño 12, con 75-80 caracteres sin espacios por renglón y un total de 400-450 palabras por página. Los textos deberán enviarse revisados con el corrector ortográfico y en formato editable en todas sus aplicaciones (texto principal, figuras, leyendas o pies de figuras, tablas, gráficos, dibujos).

Originales: los originales pueden tener una extensión de hasta 12 páginas (5.100 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas. No se aconseja que las imágenes insertadas excedan el número de 10, incluyendo tablas y figuras. Las ilustraciones en color y los videos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de videos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. No es aconsejable un número superior a 9 autores, salvo en los trabajos colaborativos. En estos originales, se relacionarán los nueve primeros participantes en la cabecera del trabajo y el resto de los participantes se relacionarán al final de la primera página del manuscrito.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de un original, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Título completo del trabajo en español y en inglés
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1º Resumen estructurado en español (opcional también en inglés) y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras y debería estar estructurado en:

- a) Introducción y Objetivos
- b) Material y Métodos
- c) Resultados
- d) Conclusiones

2º Listado de abreviaturas utilizadas en el texto.

3º Texto: incluirá los siguientes apartados:

- a) Introducción
- b) Material y Métodos
- c) Resultados
- d) Discusión.
- e) Conclusiones; cada uno de ellos adecuadamente encabezado

4º Bibliografía: según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

5º Agradecimientos.

6º Pies de figuras.

7º Tablas y Figuras de texto.

Revisiones Temáticas: los textos sobre Revisiones Temáticas pueden tener una extensión de hasta 15 páginas (6.375 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y los capítulos correspondientes a series de Puestas al día hasta 20 páginas (8.500 palabras). En ambos casos el número de imágenes insertadas no deben exceder las 15, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color, no representarán cargo económico por parte de los autores. Excepcionalmente se admitirá la inclusión de videos. No es aconsejable un número superior a 4 autores por capítulo.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de Revisiones y Temáticas y Puestas al día, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

1º Título completo del trabajo en español y en inglés).

2º Apellidos y Nombre de todos los autores.

3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).

4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 350 palabras, en la que se enfatice lo más destacable del manuscrito.

2º Texto: Estructurado según el criterio del(os) autor(es), para la mejor comprensión del tema desarrollado.

3º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

4º Agradecimientos.

5º Pies de figuras.

6º Tablas y Figuras de texto.

Documentos de consenso: los textos sobre Documentos de consenso no tienen limitación de extensión en cuanto a texto o imágenes y tablas. Excepcionalmente se admitirá la inclusión de videos. No es aconsejable un número superior a 10 autores por capítulo.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de Revisiones y Temáticas y Puestas al día, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

1º Título completo del trabajo en español y en inglés).

2º Apellidos y Nombre de todos los autores.

3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).

4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 350 palabras, en la que se enfatice lo más destacable del manuscrito.

2º Texto: Estructurado según el criterio del(os) autor(es), para la mejor comprensión del tema desarrollado.

3º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

4º Agradecimientos.

5º Pies de figuras.

6º Tablas y Figuras de texto.

Casos Clínicos: los manuscritos incluidos en esta sección incluirán 1-5 casos clínicos, que por lo infrecuente, lo inusual de su comportamiento clínico, o por aportar alguna novedad diagnóstica, o terapéutica, merezcan ser comunicados.

La extensión de los textos en la sección de Casos Clínicos no debe ser superior a 5 páginas (2.125 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y el número de imágenes insertadas no deben exceder las 5, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color y los videos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de videos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 5 autores, excepto en casos concretos y razonados.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de Casos Clínicos, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

1º Título completo del trabajo en español (opcional también en inglés).

2º Apellidos y Nombre de todos los autores.

3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).

4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.

2º Introducción. Para presentar el problema clínico comunicado.

3º Descripción del caso clínico.

- 4º Discusión. Para destacar las peculiaridades del caso y las consecuencias del mismo.
- 5º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 6º Agradecimientos.
- 7º Pies de figuras.
- 8º Tablas y Figuras de texto.

Casos Clínicos con Videos o Videoforum: los manuscritos incluidos en esta sección incluirán 1-5 casos clínicos, que por lo infrecuente, lo inusual de su comportamiento clínico, o por aportar alguna novedad diagnóstica, o terapéutica, merezcan ser comunicados.

La extensión de los textos en la sección de Videoforum no debe ser superior a 5 páginas (2.125 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas y el número de imágenes insertadas no deben exceder las 5, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color y los videos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de videos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 5 autores, excepto en casos concretos y razonados.

Los videos deberán aportarse en formato AVI, MPEG, MP4 O MOV, y a una resolución recomendada de alta calidad (720p o 1080p). No deben contener datos personales de los pacientes. Se recomienda que sean editados para reducir al máximo su edición, que no deber ser superior a 10 minutos. Si el video incorpora sonido, éste debe ser procesado en formato MP3. Si los videos a incluir están en otros formatos, puede contactar con la editorial para verificar su validez. No deben exceder de 2GB.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de Casos Clínicos - Videoforum, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Título completo del trabajo en español y en inglés.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Introducción. Para presentar el problema clínico comunicado.
- 3º Descripción del caso clínico.
- 4º Discusión. Para destacar las peculiaridades del caso y las consecuencias del mismo.
- 5º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 6º Agradecimientos.
- 7º Pies de figuras.
- 8º Tablas y Figuras de texto.
- 9º Videos.

Enlace videos tutoriales: <https://www.sapd.es/videoteca/varios/tutoriales/>

Imágenes del mes: los manuscritos incluidos en esta sección pueden adoptar dos formatos, según la preferencia de los autores.

- Formato A. Imágenes con valor formativo: Incluirán imágenes de cualquier índole, clínicas, radiológicas, endoscópicas, anatomopatológicas, macro y microscópicas, que contribuyan a la formación de postgrado y que por tanto merezcan mostrarse por su peculiaridad, o por representar un ejemplo característico.

- Formato B. Imágenes claves para un diagnóstico: Incluirán imágenes de cualquier índole, clínicas, radiológicas, endoscópicas, anatomopatológicas, macro y microscópicas, junto a una historia clínica resumida, que planteen la posible resolución diagnóstica final. Esta se presentará en un apartado diferente en el mismo número de la revista.

La extensión de los textos en la sección de Imágenes del Mes no debe ser superior a 1 página (425 palabras), en el planteamiento clínico de la imagen presentada y 2 páginas (850 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas, en el comentario de la imagen (Formato A) o en la resolución diagnóstica del caso (Formato B). No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. Las ilustraciones en color y los videos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de videos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 3 autores, excepto en casos concretos y razonados.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de una Imagen del Mes, se le requerirá la siguiente información:

- Datos generales:

- 1º Título completo del trabajo en español y en inglés.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Tipo de formato de Imagen del mes elegido.

- Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:

- 1º Resumen estructurado en español y en inglés y 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Descripción de la imagen.
- 3º Comentarios a la imagen.
- 4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).
- 5º Pies de figuras.

Novedades y puesta al día en gastroenterología y hepatología: esta sección estará dedicada al comentario de las novedades científico-médicas que se hayan producido en un periodo reciente en la especialidad de Gastroenterología y Hepatología.

En esta sección se analizará sistemáticamente y de forma periódica todas las facetas de la especialidad.

Los textos sobre "Novedades en Gastroenterología" pueden tener una extensión de hasta 5 páginas (2.125 palabras), excluyendo las referencias bibliográficas y los pies de figuras y tablas añadidas. En ambos casos el número de imágenes insertadas no deben exceder las 5, incluyendo tablas y figuras. No obstante, el método de edición de la RAPD Online, permite

considerar, en casos concretos, admitir manuscritos de mayor extensión, o la inclusión de un número mayor de imágenes siempre que las características del material presentado lo exijan. No es aconsejable un número superior a 3 autores por capítulo.

A través del Centro de Manuscritos, se le requerirá la siguiente información:

- **Datos generales:**

- 1º Nombre del área bibliográfica revisada y periodo analizado.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- **Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

- 1º Resumen estructurado en español y en inglés. 3-5 palabras claves. El resumen tendrá una extensión máxima de 250 palabras.
- 2º Descripción del material bibliográfico analizado.
- 3º Comentarios críticos sobre los resultados contenidos en los trabajos seleccionados.
- 4º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo). Si se han elegido dos o más originales para el análisis, es aconsejable dividir la sección, en apartados a criterio de los autores.
- 5º Pies de figuras.
- 6º Tablas y Figuras de texto.

Cartas al Director: esta sección estará dedicada a los comentarios que se deseen hacer sobre cualquier manuscrito publicado en la RAPD Online. En esta sección se pueden incluir también comentarios de orden más general, estableciendo hipótesis y sugerencias propias de los autores, dentro del ámbito científico de la Gastroenterología. La extensión de los textos en esta sección de Cartas al Director no debe ser superior a 2 páginas (850 palabras), incluyendo las referencias bibliográficas. Se podrán incluir 2 figuras o tablas y el número de autores no debe superar los cuatro.

A través del Centro de Manuscritos, y para el envío de una Carta al Director, se le requerirá la siguiente información:

- **Datos generales:**

- 1º Título completo del trabajo en español y en inglés.
- 2º Apellidos y Nombre de todos los autores. Se aconseja interponer un guión entre el primero y el segundo apellido.
- 3º Centro(s) de procedencia(s) (departamento, institución, ciudad y país).
- 4º Dirección postal completa del autor responsable, a quien debe dirigirse la correspondencia, incluyendo teléfono, fax y dirección electrónica.
- 5º Declaración sobre la existencia o no de fuente de financiación para la realización del trabajo, o conflictos de intereses.

- **Cuerpo fundamental del manuscrito, conteniendo:**

- 1º Texto del manuscrito.
- 2º Bibliografía: Según las especificaciones que se establecen en el grupo de normas comunes (Ver normas comunes y otros documentos de apoyo).

B) Normas comunes y otros documentos de apoyo

Se refiere al conjunto de normas obligatorias, tanto para la uniformidad en la presentación de manuscritos, como para el cumplimiento de las normas legales vigentes. En general el estilo de los manuscritos debe seguir las pautas establecidas en el acuerdo de Vancouver recogido en el Comité Internacional

de Editores de Revistas Médicas (<http://www.ICMJE.org>).

Unidades, nombres genéricos y abreviaturas:

- **Unidades.** Los parámetros bioquímicos y hematológicos se expresarán en Unidades Internacionales (SI), excepto la hemoglobina que se expresará en g/dL. Las medidas de longitud, altura y peso se expresarán en unidades del Sistema Métrico decimal y las temperaturas en grados centígrados. La presión arterial se medirá en milímetros de mercurio.

Existe un programa de ayuda para la conversión de unidades no internacionales (no-SI), en unidades internacionales (SI) (<http://www.techexpo.com/techdata/techcntr.html>).

- **Nombres genéricos.** Deben utilizarse los nombres genéricos de los medicamentos, los instrumentos y herramientas clínicas y los programas informáticos. Cuando una marca comercial sea sujeto de investigación, se incluirá el nombre comercial y el nombre del fabricante, la ciudad y el país, entre paréntesis, la primera vez que se mencione el nombre genérico en la sección de Métodos.

- **Abreviaturas.** Las abreviaturas deben evitarse, pero si tiene que ser empleadas, para no repetir nombres técnicos largos, debe aparecer la palabra completa la primera vez en el texto, seguida de la abreviatura entre paréntesis, que ya será empleada en el manuscrito.

Referencias bibliográficas: las referencias bibliográficas se presentarán según el orden de aparición en el manuscrito, asignándosele un número correlativo, que aparecerá en el sitio adecuado en el texto, entre paréntesis. Esa numeración se mantendrá y servirá para ordenar la relación de todas las referencias al final del manuscrito, como texto normal y nunca como nota a pie de página. Las comunicaciones personales y los datos no publicados, no se incluirán en el listado final de las referencias bibliográficas, aunque se mencionarán en el sitio adecuado del texto, entre paréntesis, como corresponda, esto es, comunicación personal, o datos no publicados. Cuando la cita bibliográfica incluya más de 6 autores, se citarán los 6 primeros, seguido este último autor de la abreviatura *et al*.

El estilo de las referencias bibliográficas dependerá del tipo y formato de la fuente citada:

- **Artículo de una revista médica:** los nombres de la revistas se abreviarán de acuerdo con el estilo del Index Medicus/Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals?itool=sidebar>).

- **Artículo ya publicado en revistas editadas en papel y en Internet:**

Se reseñarán los autores (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo.

Kandulsky A, Selgras M, Malfertheiner P. *Helicobacter pylori* infection: A Clinical Overview. *Dig Liver Dis* 2008; 40:619-626.

Alvarez F, Berg PA, Bianchi FB, Bianchi L, Burroughs AK, Cancado EL, et al. International Autoimmune Hepatitis Group Report: review of criteria for diagnosis of autoimmune hepatitis. *J Hepatol* 1999; 31:929-938.

- **Artículo admitido, publicado sólo en Internet, pero aún no incluido en un número regular de la revista:** se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año y el mes desde el que está disponible el artículo en Internet y el DOI. El trabajo original al que se hace referencia, suele detallar cómo citar dicho manuscrito.

Stamatakis M, Sargedí C, Stefanaki C, Safi oleas C, Matthaiopoulou I, Safi oleas M. Anthelmintic treatment: An adjuvant therapeutic strategy against *Echinococcus granulosus*. *Parasitol Int* (2009), doi:10.1016/j.parint.2009.01.002

Inadomi JM, Somsouk M, Madanick RD, Thomas JP, Shaheen NJ. A cost-utility analysis of ablative therapy for Barrett's esophagus. *Gastroenterology* (2009), doi: 10.1053/j.gastro.2009.02.062.

- **Artículo de una revista que se publica sólo en Internet, pero ordenada de modo convencional:** se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista (puede añadirse entre paréntesis on line), el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo. Si el trabajo original al que se hace referencia, proporciona el DOI y la dirección de Internet (URL), se pueden añadir al final de la referencia.

Gurbulak B, Kabul E, Dural C, Citlak G, Yanar H, Gulluoglu M, et al. Heterotopic pancreas as a leading point for small-bowel intussusception in a pregnant woman. JOP (Online) 2007; 8:584-587.

Fishman DS, Tarnasky PR, Patel SN, Rajjman I. Management of pancreaticobiliary disease using a new intra-ductal endoscope: The Texas experience. World J Gastroenterol 2009; 15:1353-1358. Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/15/1353.asp>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.15.1353>

- **Artículo de una revista que se publica sólo en Internet, pero no está ordenada de modo convencional:** se reseñarán los autores, el nombre entero del manuscrito, la abreviatura de la revista, el año de publicación y el DOI.

Rossi CP, Hanauer SB, Tomasevic R, Hunter JO, Shafran I, Graffner H. Interferon beta-1a for the maintenance of remission in patients with Crohn's disease: results of a phase II dose-finding study. BMC Gastroenterology 2009; 9:22doi:10.1186/1471-230X-9-22.

- **Artículo publicado en resumen (abstract) o en un suplemento de una revista:** se reseñarán los autores (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el nombre entero del manuscrito, la palabra abstract entre corchetes, la abreviatura de la revista, el año de publicación y tras un punto y coma el volumen de la revista, seguida de la abreviatura Suppl. o Supl. entre paréntesis y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo.

Klin M, Kaplowitz N. Differential susceptibility of hepatocytos to TNF-induced apoptosis vs necrosis [Abstract]. Hepatology 1998; 28(Suppl):310A.

- **Libros:** se reseñarán los autores del libro (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), el título del libro, la ciudad donde se ha editado, el nombre de la editorial y el año de publicación.

Takada T. Medical Guideline of Acute Cholangitis and Cholecystitis. Tokyo: Igaku Tosho Shuppan Co; 2005.

- **Capítulo de un libro:** se reseñarán los autores del capítulo (apellido e inicial del nombre, separación por comas entre los autores), seguidos de In: los nombres de los editores del libro y tras un punto, el nombre del libro. La ciudad donde se ha editado, el nombre de la editorial, el año de publicación y tras dos puntos los números completos de la primera y última página del trabajo.

Siewert JR. Introduction. In: Giulì R, Siewert JR, Couturier D, Scarpignato C, eds. OESO Barrett's Esophagus. 250 Questions. Paris: Hors Collection, 2003; 1-3.

- **Información procedente de un documento elaborado en una reunión:** este tipo de referencia debe ser evitado, siempre que sea posible. Pero en caso de tener que ser citado, se reseñará el título del tema tratado, el nombre de la reunión y la ciudad donde se celebró. La entidad que organizaba la reunión, y el año. La dirección electrónica mediante la cual se puede acceder al documento.

U.S. positions on selected issues at the third negotiating session of the Framework Convention on Tobacco Control. Washington, D.C.: Committee on Government Reform, 2002. (Accessed March 4, 2002, at: http://www.house.gov/reform/min/inves_tobacco/index_accord.htm.)

Figuras, tablas y videos: la iconografía, tanto si se trata de

fotografías, radiografías, esquemas o gráficos, se referirán bajo el nombre genérico de "Figura". Las referencias a las figuras, tablas y videos, deberán ir resaltadas en negrita. Se enumerarán con números arábigos, de acuerdo con su orden de aparición en el texto. Los paneles de dos o más fotografías agrupadas se considerarán una única figura, pudiendo estar referenciadas como "Figuras 1A, 1B, 1C".

- **Fotografías:** las fotografías se enviarán en formato digital TIFF (.TIF), JPEG (.JPG) o BMP, en blanco y negro o color, bien contrastadas, con una resolución adecuada (preferentemente 150-300 puntos por pulgada). En el caso de archivos JPEG deberá usarse la compresión mínima para mantener la máxima calidad, es decir en un tamaño no reducido.

Las imágenes de radiografías, ecografías, TAC y RM, si no pueden obtenerse directamente en formato electrónico, deberán escanearse en escala de grises y guardarse en formato JPG.

Las imágenes de endoscopia y otras técnicas que generen imágenes en color, si no pueden obtenerse directamente en formato electrónico, deberán escanearse a color.

Los detalles especiales se señalarán con flechas, utilizando para éstos y para cualquier otro tipo de símbolos el trazado de máximo contraste respecto a la figura.

Los ficheros de las Figuras estarán identificadas de acuerdo con su orden de aparición en el texto, con el nombre del fichero, su número y apellidos del primer firmante (Ej.: fig1_Gómez.jpg) o título del artículo. Cada imagen debe llevar un pie de figura asociado que sirva como descripción. Los pies de figura, se deben entregar en un documento de texto aparte haciendo clara referencia a las figuras a las que se refieren. Las imágenes podrán estar insertadas en los archivos de Word/PowerPoint para facilitar su identificación o asociación a los pies de figura, pero siempre deberán enviarse, además, como imágenes separadas en los formatos mencionados.

Las fotografías de los pacientes deben evitar que estos sean identificables. En el caso de no poderse conseguir, la publicación de la fotografía debe ir acompañada de un permiso escrito (Modelo Formulario permisos Fotografías).

- **Esquemas, dibujos, gráficos y tablas:** los esquemas, dibujos, gráficos y tablas se enviarán en formato digital, como imágenes a alta resolución o de forma preferente, en formato Word/PowerPoint con texto editable. No se admitirán esquemas, dibujos, gráficos o figuras escaneadas de otras publicaciones. Para esquemas, dibujos, gráficos, tablas o cualquier otra figura, deberá utilizarse el color negro para líneas y texto, e incluir un fondo claro, preferiblemente blanco. Si es necesario usar varios colores, se usarán colores fácilmente diferenciables y con alto contraste respecto al fondo. Los gráficos, símbolos y letras, serán de tamaño suficiente para poderse identificar claramente al ser reducidas. Las tablas deberán realizarse con la herramienta -Tabla- (no con el uso de tabuladores y líneas de dibujo o cuadros de texto).

- **Videos:** los videos deberán aportarse en formato AVI o MPEG, procesados con los codec CINEPAC RADIUS o MPEG y a una resolución de 720x576 ó 320x288. Se recomienda que sean editados para reducir al máximo su duración, que no debe ser superior a 2 minutos. Si el video incorpora sonido, éste debe ser procesado en formato MP3. Si los videos a incluir están en otros formatos, puede contactar con la editorial para verificar su validez. Para la inclusión de videos en los artículos, deberá obtener autorización previa del comité editorial.

Derechos de autor: los trabajos admitidos para publicación quedan en propiedad de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva y su reproducción total o parcial será convenientemente autorizada. En la Carta de Presentación se debe manifestar la disposición a transferir los derechos de autor a la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva. Todos los autores deberán autorizar a través del Centro de Manuscritos la cesión de estos derechos una vez que el artículo haya sido aceptado por la RAPD Online. Como alternativa existe un modelo disponible para su descarga ([Modelo transferencia Derechos de Autor](#)). Esta carta puede enviarse firmando una versión impresa del documento, escaneada y enviada a través de correo electrónico a la RAPD Online. Posteriormente puede enviarse el original firmado por correo terrestre a **Sulime Diseño de Soluciones, Glorieta Fernando Quiñones, s/n. Edificio Centris. Planta Baja Semisótano, mod. 7A. 41940 Tomares. Sevilla.**

Conflicto de intereses: existe conflicto de intereses cuando un autor (o la Institución del autor), revisor, o editor tiene, o la ha tenido en los 3 últimos años, relaciones económicas o personales con otras personas, instituciones, u organizaciones, que puedan influenciar indebidamente su actividad.

Los autores deben declarar la existencia o no de conflictos de intereses en el Centro de Manuscritos durante el proceso de remisión artículos, pero no están obligados a remitir un Formulario de Declaración de Conflictos, cuando se envía el manuscrito. Este se requerirá posteriormente, siempre que sea necesario, cuando el manuscrito sea admitido.

Las Becas y Ayudas con que hayan contado los autores para realizar la investigación se deben especificar, al final del manuscrito en el epígrafe de Agradecimientos.

Estadísticas: no es el objetivo de la RAPD Online, una exhaustiva descripción de los métodos estadísticos empleados en la realización de un estudio de investigación, pero sí precisar algunos requisitos que deben aparecer en los manuscritos como normas de buena práctica. Si los autores lo desean pueden consultar un documento básico sobre esta materia en: Bailar JC III, Mosteller F. Guidelines for statistical reporting in articles for medical journals: amplifications and explanations (http://www.sapd.es/public/guidelines_statistical_articles_medical_journals.pdf). Ann Intern Med 1988; 108:266-73.

- Los métodos estadísticos empleados, así como los programas informáticos y el nombre del software usados deben ser claramente expresados en la Sección de Material y Métodos.

- Para expresar la media, la desviación standard y el error standard, se debe utilizar los siguientes formatos: "media (SD)" y "media $\pm$ SE". Para expresar la mediana, los valores del rango intercuartil (IQR) deben ser usados.

- La P se debe utilizar en mayúsculas, reflejando el valor exacto y no expresiones como menos de 0,05, o menos de 0,0001.

- Siempre que sea posible los hallazgos (medias, proporciones, odds ratio y otros) se deben cuantificar y presentar con indicadores apropiados de error, como los intervalos de confianza.

- Los estudios que arrojen niveles de significación estadística, deben incluir el cálculo del tamaño muestral. Los autores deben reseñar las pérdidas durante la investigación, tales como los abandonos en los ensayos clínicos.

Otros documentos y normas éticas:

- **Investigación en seres humanos:** las publicaciones sobre investigación en humanos, deben manifestar en un sitio destacado del original que: a) se ha obtenido un consentimiento informado escrito de cada paciente, b) El protocolo de estudio esta conforme con las normas éticas de la declaración de Helsinki de 1975 (<https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>) y ha sido aprobado por el comité ético de la institución donde se ha realizado el estudio.

- **Investigación en animales:** los estudios con animales de experimentación, deben manifestar en un sitio destacado del original que estos reciben los cuidados acordes a los criterios señalados en la "Guide for the Care and Use of Laboratory Animals" redactada por la National Academy of Sciences y publicada por el National Institutes of Health (<http://www.nap.edu/readingroom/books/labrats>).

- **Ensayos clínicos controlados:** la elaboración de ensayos clínicos controlados deberá seguir la normativa CONSORT, disponible en: <http://www.consort-statement.org> y estar registrado antes de comenzar la inclusión de pacientes.

- **Los datos obtenidos mediante microarray:** deben ser enviados a un depósito como Gene Expression Omnibus o ArrayExpress antes de la remisión del manuscrito.

- **Protección de datos:** los datos de carácter personal que se solicitan a los autores van a ser utilizados por la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD), exclusivamente con la finalidad de gestionar la publicación del artículo enviado por los autores y aceptado en la RAPD Online. Salvo que indique lo contrario, al enviar el artículo los autores autorizan expresamente que sus datos relativos a nombre, apellidos, dirección postal institucional y correo electrónico sean publicados en la RAPD Online, eventualmente en los resúmenes anuales publicados por la SAPD en soporte CD, así como en la página web de la SAPD y en Medline, u otras agencias de búsqueda bibliográfica, a la que la RAPD Online pueda acceder.

54 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA CÁDIZ 2023

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

CO-01. ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) VS TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA MULTIDETECTOR ABDOMINAL (TCMDA) EN EL ESTADIAJE DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO (ACG) Y DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA (ACUGE) PRECOZ. ANÁLISIS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Maraver Zamora M, Cabello Fernandez A, Ternero Fonseca J, Bejarano García A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

Comparar la precisión diagnóstica (PD) para estadios precoces de la USE frente al TCMDA en la estadificación preoperatoria loco-regional (T y N) según la octava edición de la American Joint Cancer Committee (AJCC) en pacientes con ACG-ACUGE.

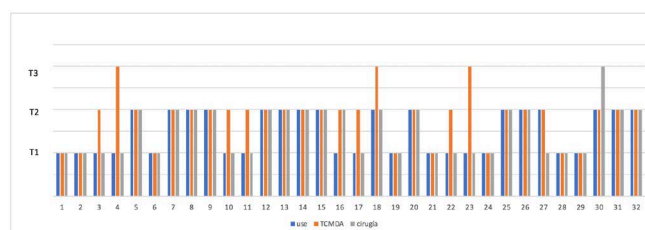
Material y Métodos

Material y métodos: Estudio retrospectivo y comparativo en un hospital de segundo nivel de la PD en la estadificación preoperatoria loco-regional mediante USE y TCMDA en ACG-ACUGE precoz (T1-T2, N0) entre septiembre de 2021 y septiembre de 2023, siendo el "gold-standard" el estadiaje anatomopatológico postquirúrgico. El Test de Kolmogorov-Smirnov estableció la normalidad de las variables cuantitativas, describiéndose como media $\pm$ desviación estándar (DE). Las cualitativas se reflejan como frecuencias relativas (porcentajes). Se calcula respecto al gold-standard, la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN). Se definió PD como el porcentaje de pacientes correctamente estadiados del total de pacientes estudiados mediante ambas pruebas. Se consideró

estadísticamente significativo una $p < 0,05$. Para el grado de concordancia entre las pruebas y el "gold-standard" se recurrió al índice de Kappa-Cohen. Se utilizó el software estadístico IBM-SPSS v.27.0.

Resultados

De los 74 pacientes diagnosticados en el período de análisis, 46 eran ACG y 31 ACUGE. Sólo 66 se habían realizado USE y TCMDA. De ellos, se excluyeron 34 que requirieron neoadyuvancia (T3-4 o N+). 32 pacientes se incluyeron (28,12% mujeres y 71,87% hombres). La edad media fue 67,5 años (DE $\pm$ 18,5 años). La S y E para el T de la USE fueron del 100% y 91% (VPP de 91% y VPN 100%) con un IC del 95%, mientras que para la TCMDA fueron del 79% y 78% respectivamente (VPP 72% y VPN 84%). La PD para el T de la USE fue del 90,62% y para el TCMDA del 71,87%. Sin embargo, para discriminar la existencia de N+, el TCMDA tuvo una PD del 96% con VPN del 98% frente al 88% y 90% de la USE ($p < 0,05$). El coeficiente de correlación con el gold-standard fue de 0.83 (correlación alta) para la USE y 0.36 para la TCMDA (correlación baja), siendo 0.74 entre las pruebas (correlación moderada).



Correlación estadiaje por paciente y prueba respecto al Gold-Standard.

Figura 1

Conclusiones

La USE tiene un papel fundamental en el estadije loco-regional del ACG-ACUGE precoz, con una elevada PD y correlación con el standard quirúrgico, superior incluso al TCMDA en nuestra área. Probablemente su papel radica en la mayor PD en estadios T<2, dado que la detección N parece ser superior en el TCMDA, por lo que ambas pruebas son complementarias para llevar a cabo un correcto estadije del que derive una actitud terapéutica individualizada

CO-02. ESTADO ACTUAL DE LA HEPATITIS DELTA EN ANDALUCÍA. IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO EN UN SOLO PASO.

Casado Martin M¹, Camelo Castillo A², Barrera Baena P³, Belén Pérez A⁴, Pinazo Bandera J⁵, García Barrionuevo A⁶, Cristobal Aguilar J⁷, Carlos Alados J⁸, Santamaría Rodríguez G⁹, Freyre C¹⁰, Molina Villalba C¹¹, Salas Coronas J¹², Luzón P¹², Ruiz Escolano E¹³, Cabezas Fernandez T², Del Pino P¹⁴, Franco-Alvarez De Luna F¹⁵, Franco-Alvarez De Luna F¹⁵, Cordero P¹⁶, Ramírez-Arellano E¹⁷, Giráldez A¹⁸, Lozano MDC¹⁹, López Garrido MA²⁰, Sampedro A²¹, González Grande R²², Palop B²³, Macías M²⁴, Montiel N²⁵, Castillo Molina L²⁶, Roldán C²⁷, Sendra Fernández C²⁸, De La Iglesia A²⁹, Jimeno Maté C³⁰, Domínguez MDC³¹, Fernández Sánchez F³², Rosales Zabal JM³³, García García F³⁴, García García F³⁴

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

²DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ⁴DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ⁵DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁶DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁷DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. ⁸DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. ⁹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ¹⁰DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ¹¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. ¹²DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. ¹³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ¹⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ¹⁵DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ¹⁶DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

¹⁷DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ¹⁸DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ¹⁹DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²⁰DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ²¹DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ²²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ²³DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ²⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ. ²⁵DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ. ²⁶DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ²⁷DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ²⁸DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA. ²⁹DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA. ³⁰DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ³¹DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ³²DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³⁴DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

Nuestro objetivo ha sido analizar el estado actual del diagnóstico de la HCD en los hospitales de la comunidad autónoma de Andalucía así como evaluar la eficacia de la implantación del "Diagnóstico en un solo paso" en el diagnóstico de la HCD.

Material y métodos

Estudio multicéntrico, con dos fases, una retrospectiva, en el que se ha analizado la cascada de diagnóstico de la HCD en los sistemas de información de laboratorio de los 17 centros participantes desde enero 2018 hasta octubre del 2022. Se han investigado los pacientes HBsAg positivos, aquellos en los que se ha realizado la detección de anticuerpos anti-delta (Ac antiVHD), y en los que se ha realizado la detección de ARN de VHD. La fase prospectiva, puesta en marcha en octubre del 2022, incluye la determinación de los Ac antiVHD, en todos los pacientes AgHBs (+) que no tuviesen hecha la serología del VHD previamente (en la misma muestra).

Resultados

En la fase retrospectiva, se analizó un total 17.899 pacientes HBsAg positivos; de ellos, en 3436 (19%) se había realizado la serología del VHD (Ig G anti-VHD); 205 pacientes (6.2%)

de los analizados fueron anti-VHD positivo; de estos, se realizó ARN del VHD en 158 (77%); finalmente 69 pacientes (43.6%) fueron ARN-VHD positivos, un 1.9% del total de determinaciones VHD.

Los datos de la fase prospectiva son los siguientes: de un total de 3370 pacientes positivos para el AgHBs, 986 ya se les había realizado la prueba Ac-VHD; de los 2384 restantes, 2256 (96.2%) se les realizó determinación de Ac-VHD, y de ellos 107 (4.7%) resultaron positivos; se analizó el ARN del VHD en 95/107 (89%) pacientes y, finalmente, 30 pacientes (1,3% de todos los positivos para el AgHBs, 28% del ARN del VHD analizado) fueron identificados como positivos para el ARN del VHD.

Conclusiones

La prevalencia de pacientes anti-VHD positivo en Andalucía en pacientes AgHBs positivos es del 6%, y un 40% son pacientes virémicos. No obstante, hasta la implantación del "diagnóstico en un solo paso" la serología del VHD solo se ha realizado en un 18% de los pacientes HBsAg positivos.

A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, se observa un incremento del diagnóstico de la HCD tras la implantación del diagnóstico en un solo paso.

Ante las nuevas opciones de tratamiento de VHD, y considerando los beneficios que en la actualidad puede reportar el diagnóstico en un solo paso de VHD, su implantación en la comunidad autónoma de Andalucía parece necesaria.

CO-03. COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES TRAS UNA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA, ANÁLISIS INMEDIATO Y A LARGO PLAZO.

Rodríguez Gómez VM, Lancho Muñoz A, Tendero Peinado C, Redondo Cerezo E, Jiménez Rosales R

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

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) puede derivar en shock hipovolémico desencadenando una respuesta compensatoria que conduce a un incremento de estrés oxidativo, hipercoagulabilidad y daño endotelial. Todo ello pone al paciente en riesgo de daño miocárdico el cual se ha relacionado con un aumento o no de la mortalidad en función de los estudios analizados. Además, el desequilibrio que la HDA produce en el paciente, tiene consecuencias en morbilidad y mortalidad a largo plazo.

El objetivo del estudio es analizar los factores de riesgo para complicaciones cardiovasculares en el ingreso (CVA) y diferidas (CVD) tras HDA.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes con HDA atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves (2013-2020).

Los resultados principales fueron CVA (incluyendo ictus, tromboembolismo pulmonar, insuficiencia cardíaca) y CVD (6 meses) (síndrome coronario, evento tromboembólico, insuficiencia cardíaca y arritmia).

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS. Las variables categóricas se compararon mediante la prueba de χ^2 . Las continuas mediante t de Student o U de Mann-Whitney. Se realizó análisis multivariante para identificar factores de riesgo independientes cuando las variables tenían diferencias estadísticamente significativas en el análisis univariante ($p < 0,05$).

Resultados

Del total de 1345 con HDA, edad media 60.70 $\pm$ 12.62, 26.1% mujeres, 23 tenían CVA (1.7%), con 8 muertes en este grupo. 79 presentaron CVD (5.9%), 18 de ellos fallecieron.

Los factores de riesgo independientes para CVA fueron la edad (HR 1.08, IC95% 1.03-1.15, $p=0.003$), enfermedad coronaria previa (HR 2.98, IC95% 1.05-9.48, $p=0.045$), niveles de urea al ingreso (HR 1.007, IC95% 1.002-1.013, $p=0.011$) y desarrollo de re-sangrado (HR 3.85, IC95% 1.17-2.71, $p=0.027$).

El antecedente de insuficiencia cardíaca se mostró como factor de riesgo independiente para CVD (HR 5.92, IC95% 2.17-16.17, $p=0.001$).

Conclusiones

Los pacientes con HDA que desarrollan eventos cardiovasculares intrahospitalarios tienen más edad, comorbilidades, sangrado más grave y peor evolución. Los factores de riesgo independientes identificados para esta complicación son la edad, la enfermedad coronaria previa, la urea y el re-sangrado. Del mismo modo, los pacientes con evento cardiovascular tardío también tienen más edad, comorbilidades y peor evolución. El factor de riesgo independiente identificado para el evento cardiovascular tardío inducido por hemorragia es la insuficiencia cardíaca previa.

A la luz de estos resultados podemos concluir que lo que determina el desarrollo de una complicación cardiovascular aguda o diferida es principalmente la comorbilidad del paciente, si bien en la aguda también influye la gravedad de la hemorragia, suponiendo ambos eventos un peor pronóstico para el paciente.

	CVA	Presencia	Ausencia	OR (IC 95%)	p
Edad		76.39	64.23	1.45 (1.10 - 2.33)	0.043
EPOC		30.4%	10.1%	3.87 (1.56 - 9.59)	0.007
Enfermedad coronaria		34.8%	9.6%	5.02 (2.10 - 12.07)	0.001
Accidente cerebrovascular		17.4%	5.8%	3.40 (1.13 - 10.25)	0.045
Hipertensión arterial		69.6%	43.7%	2.95 (1.20 - 7.21)	0.018
Antiagregantes		39.1%	20.3%	2.52 (1.08 - 5.88)	0.037
Urea al ingreso (mg/dL)		147.17	86.51	4.85 (1.75 - 11.23)	0.010
Sangrado active endoscopia		56.5%	27.5%	3.43 (1.49 - 7.90)	0.004
Necesidad de intervención (endoscopia, trasfusión, cirugía y/o radiología)		91.3	73.7%	4.62 (1.70 - 12.52)	0.047
Resangrado		26.1%	9.9%	3.23 (1.25 - 8.33)	0.023
Días de ingreso		16.96	8.97	5.23 (2.34 - 14.53)	0.015
Ingresado por otra patología		34.8%	15.2%	2.97 (1.24 - 7.10)	0.018
Mortalidad ingreso		36.4%	10%	5.15 (2.12 - 12.52)	0.001
CVD					
Edad		74.46	63.67	1.56 (1.15 - 2.46)	0.035
EPOC		19%	9.8%	2.16 (1.19 - 3.91)	0.020
Enfermedad renal crónica		29.1%	13.7%	2.69 (1.55 - 4.33)	0.001
Insuficiencia cardíaca		39.2%	8.2%	7.25 (4.41 - 11.93)	<0.001
Enfermedad coronaria		22.8%	9.4%	2.85 (1.63 - 5.00)	0.001
Fibrilación auricular		49.4%	15.8%	5.18 (3.24 - 8.28)	0.001
Enfermedad valvular		37%	7.3%	7.45 (3.20 - 17.31)	<0.001
Accidente cerebrovascular		15.2%	5.1%	3.35 (1.72 - 6.53)	0.001
Hipertensión arterial		55.7%	43.5%	1.63 (1.03 - 2.58)	0.046
Anticoagulantes		49.4%	18.9%	4.18 (2.62 - 6.65)	<0.001
Urea al ingreso (mg/dL)		113.94	83.36	3.47 (1.83 - 6.25)	<0.001
Evento hemorrágico diferido (6 meses)		40.5%	12.9%	4.58 (2.83 - 7.42)	<0.001
Mortalidad diferida (6 meses)		23.1%	6.5%	4.34 (2.44 - 7.72)	<0.001

Tabla 1

Análisis de factores de riesgo para complicaciones cardiovasculares en el ingreso (CVA) y diferidas (CVD) tras HDA.

CO-04. UTILIDAD DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN DE PÓLIPOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL.

García Ortiz JM, Pérez Palacios D, Sendra Fernández C

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA.

Introducción

Evaluar la influencia de la utilización de una aplicación de detección de pólipos asistida por inteligencia artificial (IA) en la detección de lesiones colorrectales en las colonoscopias realizadas en el ámbito del programa de cribado poblacional de cáncer colorrectal (CCR) en nuestro medio.

Material y métodos

Estudio observacional unicéntrico retrospectivo en el que se incluyen 596 colonoscopias del programa de cribado poblacional de CCR realizadas entre agosto de 2019 y diciembre de 2022.

Se comparan las principales tasas e índices de detección de lesiones colorrectales entre el grupo de colonoscopias asistidas por el módulo de inteligencia artificial CAde EndoAid de Olympus, y aquellas en las que no se utilizó esta herramienta.

Resultados

Se utilizó la herramienta de IA en 90 colonoscopias, en las que aumentó la tasa de detección de lesiones serradas proximales (TDLSP) (22,2% vs 12,8%, $p=0.019$) y el índice de lesiones serradas proximales por colonoscopia (LSPPC) (0,50 vs 0,21, $p=0.006$), así como el índice de adenomas por colonoscopias (APC) (2,49 vs 1,77, $p=0.027$), a costa de un incremento de adenomas no avanzados (2,01 vs 1,25, $p=0.021$). La tasa global de detección de adenomas no aumentó de manera estadísticamente significativa (70% vs 62,1%, $p=0.150$).

	IA (no)	IA (sí)	p=
TDA	62.1%	70%	0.15
TDLSP	12.8%	22.2%	0.019
TDAa	31%	33.3%	0.664
TDA >10 mm	26.1%	31.1%	0.322
NCA clásica	35.5%	38.9%	0.475
LCS clásica	41.5%	50%	0.135
TDSPA	4.3%	3.3%	0.858
Adenocarcinoma	38%	3.3%	0.085
APC	1.77 (± 2.74)	2.49 (± 3.37)	0.027
AAPC	0.52 (± 1.1)	0.48 (± 0.81)	0.718
LSPPC	0.21 (± 0.7)	0.5 (± 1.7)	0.006
ANAPC	1.25 (± 2.11)	2.01 (± 2.97)	0.021

TDA: tasa de detección de adenomas; TDLSP: tasa de detección de lesiones serradas proximales; TDAa: tasa de detección de adenomas avanzados; NCA: neoplasia colorrectal avanzada; LCS: lesión clínicamente significativa; TDSPA: tasa de detección de serradas proximales avanzadas; APC: adenomas por colonoscopia; AAPC: adenomas avanzados por colonoscopia; LSPPC: lesiones serradas proximales por colonoscopia; ANAPC: adenomas no avanzados por colonoscopia.

Comparación entre ambos grupos.

Tabla 1

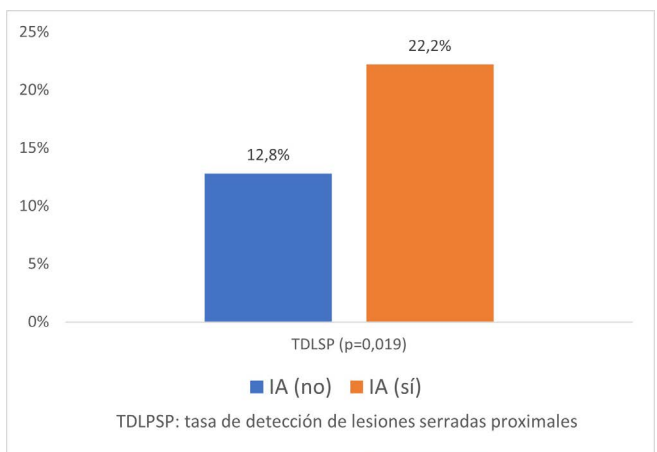
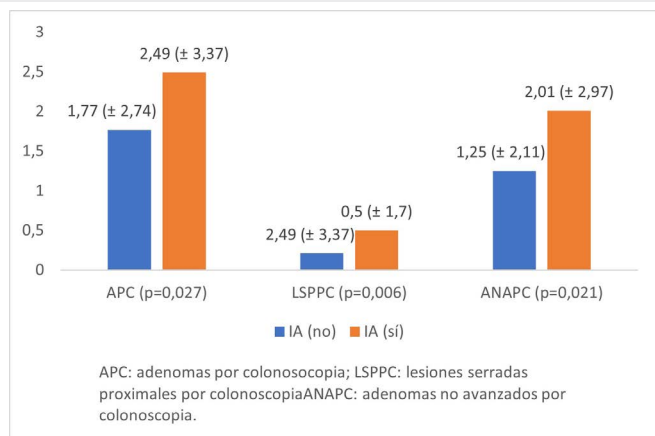


Figura 1

Tasa de detección de lesiones serradas proximales

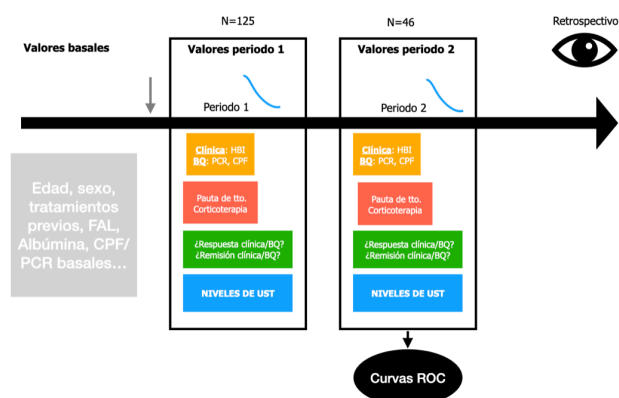
Conclusiones

Las herramientas basadas en IA para la detección de lesiones colorrectales podrían ser útiles para incrementar la detección de lesiones premalignas en los programas de cribado poblacional de CCR. En este estudio, su uso se asoció a un incremento en la detección de lesiones serradas proximales y de adenomas no avanzados.



APC, ANAPC y LSPPC.

Figura 2



Tasa de detección de lesiones serradas proximales

Figura 1

CO-05. MONITORIZACIÓN DE NIVELES DE USTEKINUMAB EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD

González Antuña J¹, Valdés Delgado T¹, Romero González M², Maldonado Pérez B¹, Castro Laria L¹, Merino Bohórquez V², Calleja Hernández M², Argüelles Arias F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Ustekinumab (UST) es un fármaco eficaz en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La monitorización de los niveles de UST, al igual que ocurre con los antiTNF, puede ayudar en el manejo clínico de estos pacientes. Nuestro objetivo fue analizar los niveles valle medios de UST en los pacientes con EII, obtener puntos de corte asociados a respuesta y remisión clínica y analizar factores relacionados con niveles mayores.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico en el que se incluyeron pacientes con EII en tratamiento con UST ya fuera subcutáneo (SC) o intravenoso (IV) con al menos una determinación. Se recogieron los datos de respuesta y remisión clínica, utilizando el índice de Harvey-Bradshaw (HIB) en la enfermedad de Crohn (EC) y el índice parcial de Mayo (pMayo) en la colitis ulcerosa (CU). También analizamos los valores de calprotectina fecal (CF) y proteína C reactiva (PCR) en cada periodo. Se realizó un análisis univariado y bivariado para las tasas de respuesta y remisión clínica empleando las curvas ROC (Figura 1).

Resultados

Se incluyeron 125 pacientes, de los cuales 46 tenían más de una determinación. El 53.3% fueron hombres, el 85% tenían EC y el 88.8% recibió terapia antiTNF previamente (tabla1).

El nivel valle medio de UST fue de 3.1 (RIQ: 1,6-5,3) en la primera determinación. Los pacientes con respuesta clínica (64%) tenían concentraciones de UST superiores

Tabla 1.	Descripción basal de los pacientes (N=125)
	N (%) / Mediana (RIQ)
Edad (años)	41 (22-52)
Varón	65 (53.3%)
Enfermedad inflamatoria	EC: 107 (85.6%) CU: 18 (14.4%)
EC: edad	A1: 24 (22.4%); A2: 66 (61.7%); A3: 17 (15.9%)
EC: localización	L1: 51 (47.7%); L2: 18 (16.8%); L3: 33 (30.8%); L4: 5 (4.7%)
EC: comportamiento	B1: 47 (43.9%); B2: 33 (30.8%); B3: 27 (25.2%)
Enfermedad perianal	46 (43.4%)
CU: extensión	E1: 3 (17.6%); E2: 9 (52.9%); E3: 5 (29.4%)
CU: severidad	S0: 1 (5.6%); S1: 3 (16.7%); S2: 10 (55.6%); S3: 4 (22.1%)
Tratamiento previo 1ª línea	AntiTNF 111 (88.8%); Vedolizumab 4 (3.2%); Bio-naïve 10 (8%)
Tratamiento previo 2ª línea	AntiTNF 52 (46.4%); Vedolizumab 8 (7.1%); Tofacitinib 4 (3.6%)
Tratamiento previo 3ª línea	AntiTNF 3 (3%); Vedolizumab 16 (15.8%); Tofacitinib 1 (1%)
Cirugía previa	32 (25.6%)
Inducción con UST IV	260 mg: 29 (23.2%); 390 mg: 82 (65.6%); 520 mg: 14 (11.2%)
IHB / pMayo basal	5 (6-10) / 5 (3.3-5)
Peso (kg)	66 (55-79)
Albúmina / FAL basal	4 (3.6-4) / 72 (57-91)
CPF (µg/g) / PCR (mg/L) basal	600 (146.5-1750.0) / 5.4 (2-16)
Pauta de UST (periodo 1)	Inducción 15 (12%); SC mantenimiento 78 (62.4%); SC intensificado 24 (19.2%); IV intensificado 8 (6.4%)
Nivel valle UST (periodo 1)	3.1 (1.6-5.3)

FAL: Fosfatasa Alcalina. UST: Ustekinumab. Cs: corticoterapia. IHB: Índice de Harvey-Bradshaw.

Variables demográficas y características basales en el periodo 1 de todos los pacientes del estudio (N=125).

Tabla 1

a los no respondedores [4,1 (RIQ 2.0-6.2) vs. 2.1 (RIQ 1.0-4.5); p=0,006]. En cuanto a remisión clínica, los pacientes que alcanzaban la remisión (42,5%; 53/125) también tenían concentraciones de niveles de UST superiores a los que no la alcanzaban [4.0 (RIQ 2.3-5.7) vs. 2.5 (RIQ 1.2-5.2) p=0,039] (tabla2). También se compararon los niveles entre

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

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

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

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

Tabla 2

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

Tabla 3	Pacientes con 2 determinaciones. N=46 (solo EC)	
	Periodo 1 N (%) / Mediana (RIQ)	Periodo 2 N (%) / Mediana (RIQ)
Tiempo (semanas desde la inducción de UST)	36.20 (25.75-73.25)	70.20 (47.5-141.5)
Pauta mantenimiento	- Mantenimiento SC: 32 (69.6%) - Intensificación SC: 10 (21.7%) - Intensificación IV: 4 (8.7%)	- Mantenimiento SC: 1 (2.2%) - Intensificación SC: 29 (63%) - Intensificación IV: 16 (34.8%)
Tratamiento Cs	19 (41.3%)	12 (26.1%)
HBI/pMayo	8 (4.9) / 4 (3-5)	4 (4.4.3) / 1 (1-3)
Respuesta / Remisión clínica	25 (54.3%) / 10 (21.7%)	40 (87%) / 33 (71.7%)
Respuesta / Remisión analítica	18 (39.1%) / 14 (30.4%)	27 (58.7%) / 22 (47.8%)
CPF (µg/g) / PCR (mg/L)	664 (150-2000) / 2.3 (1.7-9.8)	300 (104.9-1535.5) / 3 (2-12)
Niveles UST (µg/mL)	3.41 (1.91-6.35)	7.17 (4.72-11.65)

Tabla 3

Subgrupo de pacientes con dos determinaciones de UST.

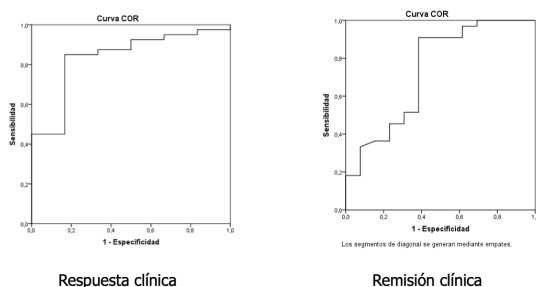


Tabla 4	Curvas ROC para los niveles de UST en segunda determinación	
	Respuesta clínica Valor (IC95%)	Remisión clínica Valor (IC95%)
Punto de corte	4.425	6.025
AUC	0.837 (0.675-1.000)	0.735 (0.559-0.912)
Sensibilidad	85.0% (70.9-92.9%)	75.8% (59-87.2%)
VPP	97.1% (85.5%-99.5%)	83.3% (66.4-92.7%)
Especificidad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

Tabla 4

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

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

Conclusiones

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

SESIÓN II

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

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

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

Introducción

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

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

Material y métodos

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

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

Resultados

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

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

Conclusiones

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

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

Saldaña García L¹, Hernández Pérez AM¹, Méndez Sánchez IM¹, López Vega MDC¹, Fernández Moreno N¹, Rivas Ruiz F², Pérez Aisa A¹

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

Introducción

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

Material y métodos

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

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

Resultados

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

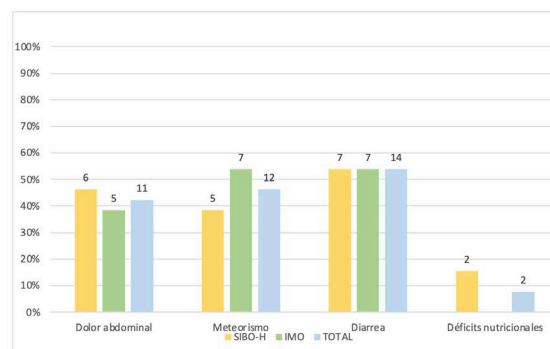


Figura 1

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

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

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

Conclusiones

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

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

Tabla 1

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

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

Tabla 2

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

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

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

Tabla 3

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

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

Lara Romero C¹, Del Barrio Izazeta M², Rico Gutiérrez MDC¹, Romero-Gómez M¹

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

Introducción

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

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

Material y métodos

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

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

Resultados

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

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

Tabla 1

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

Conclusiones

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

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

Valdés Delgado T¹, González Antuña J¹, Gutiérrez Martínez F², Romero González M³, Maldonado Pérez B¹, Castro Laria L¹, Rodríguez González FJ², Alcain Martínez G², Camargo Camero R², MARTOS Van Dussen JV², Fernández Castañer A², Merino Bohórquez V³, Sánchez Yáñez E⁴, Argüelles Arias F¹

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

Introducción

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

Objetivo

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

Material y métodos

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

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

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

Resultados

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

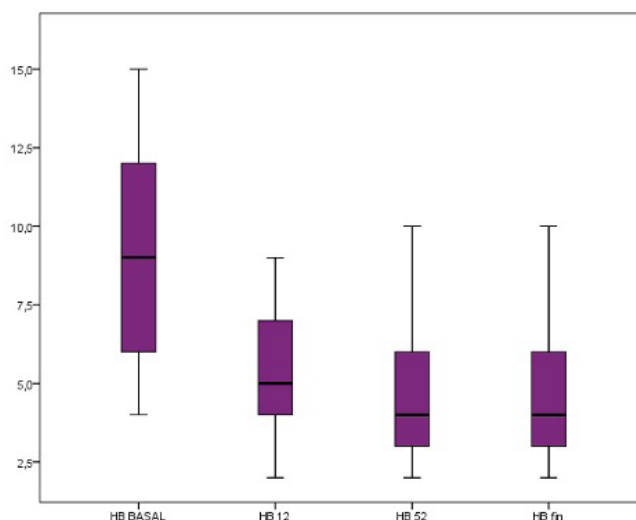


Figura 1A

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

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

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

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

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

Tabla 1

Características clínicas y demográficas basales.

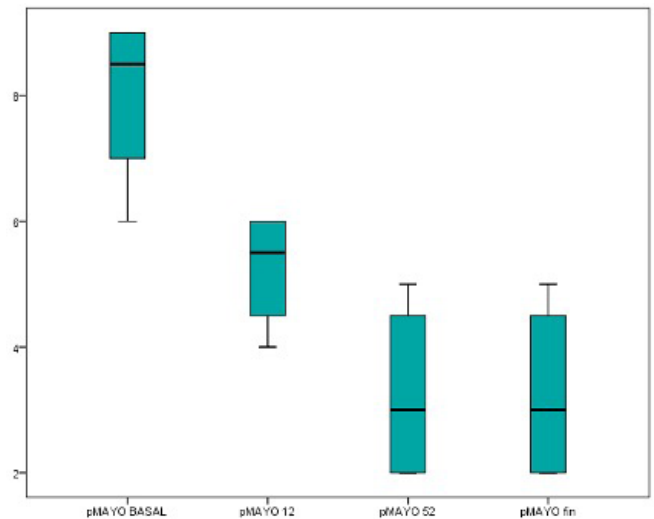


Figura 1B

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

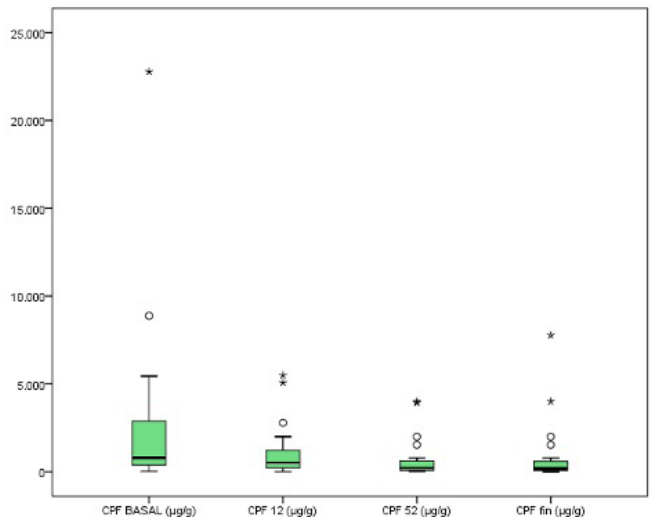


Figura 2A

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

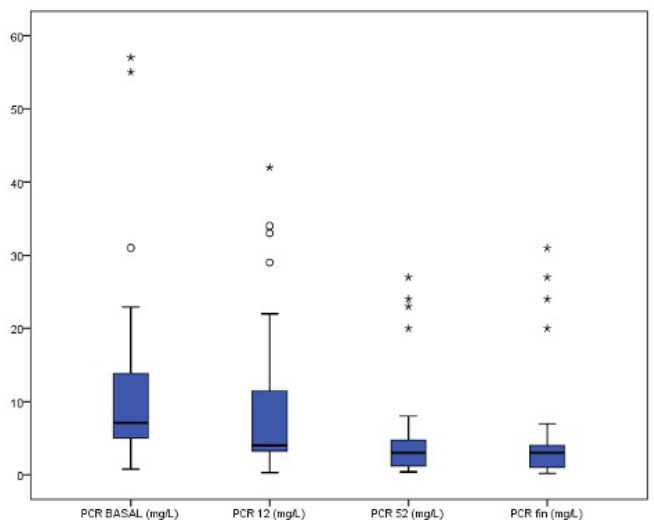


Figura 2B

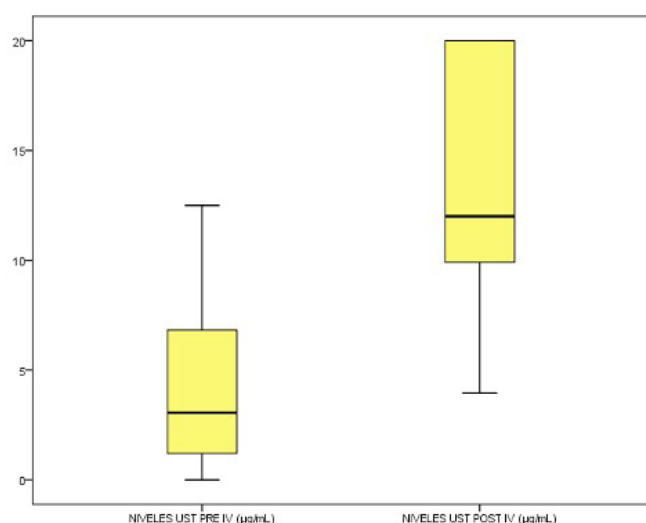
Mediana de proteína C reactiva (PCR) basal, semana 12, semana 52 y al final del seguimiento.

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

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

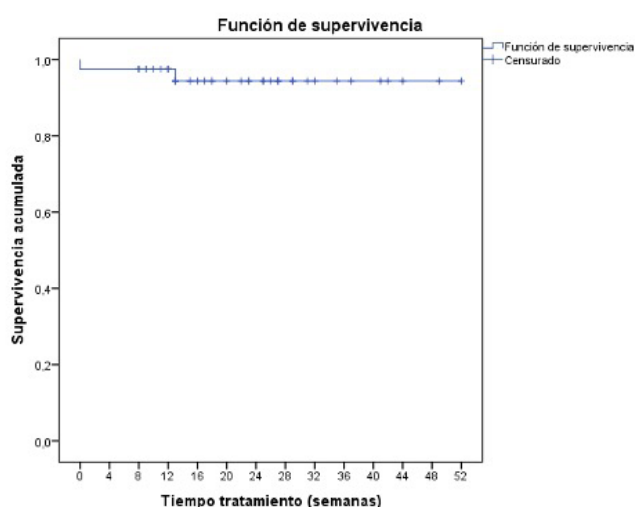
Conclusiones

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



Niveles de ustekinumab pre- y post- tratamiento intravenoso.

Figura 3



Curva de supervivencia de la persistencia de ustekinumab intravenoso.

Figura 4

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

Sendra C¹, Silva Ruiz MDP¹, Cordero P², Jimeno Maté C³, Quirós Rivero P⁴, Romero G⁴, Serrano Romero M³, Sousa JM⁵, Ruiz R⁵, Hoyas Pablos E³, Angulo Mcgraff I³, Rosales Zabal JM⁶, Perez Palacios D¹

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

Introducción

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

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

Material y métodos

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

Resultados

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

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

Características de la cohorte	n(%)
Sexo femenino	362/393 (92,1%)
Consumo de tabaco	101/393 (25,7%)
Enfermedad tiroidea	77/393 (19,6%)
Raynaud	16/393 (4,1%)
Sjögren	37/393 (9,4%)
Esclerodermia	11/393 (2,8%)
Celiacía	8/393 (2%)
Artritis Reumatoide	14/393 (3,6%)
Psoriasis	11/393 (2,8%)
Al menos una enfermedad autoinmune concomitante	177/393 (45%)
Tratamiento corticoideo	68/393 (17,3%)
Cirrosis	44/393 (11,1%)
Antecedentes de fracturas óseas	26/393 (7,5%)

Características de la cohorte.

Tabla 1

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

Resultados de la DMO basal.

Tabla 2

Variable	Enfermedad mineral ósea (osteopenia/osteoporosis)	N	Media	Desviación estándar	Análisis univariante	Análisis multivariante
Edad (años)	No	54	50,0	18,1	$p<0,05$	HR 1,032; $p<0,004$
	SI	168	59,5	23,4		
Rigidez hepática (kPa)	No	40	6,6	3,6	$p<0,012$	HR 1,123; $p<0,025$
	SI	117	9,1	8,6		
Bilirrubina (mg/dl)	No	53	0,6	0,5	$p<0,818$	
	SI	161	0,6	0,9		
Fosfatasa alcalina (U/L)	No	54	146,7	131,4	$p<0,326$	
	SI	161	167,6	127,5		
GGT (U/L)	No	54	86,4	80,9	$p<0,328$	
	SI	162	117,1	208,7		
Albumina (g/dl)	No	41	4,3	0,4	$p<0,864$	
	SI	132	4,2	0,4		
INR	No	47	1,0	0,4	$p<0,036$	
	SI	140	0,9	0,2		
Plaquetas ($\times 10^9/L$)	No	53	206378,2	138276,0	$p<0,720$	
	SI	161	217395,1	299099,2		
Fumador (%)	SI	80,7%			$p<0,285$	
	No fumador (%)	73,6%				
Enfermedad autoinmune (%)	SI	75,2%			$p<0,948$	
	No enfermedad autoinmune (%)	75,6%				
Corticoides (%)	SI	74,4%			$p<0,860$	
	No corticoides (%)	75,5%				
AUDC (%)	SI	71,4%			$p<0,675$	
	No AUDC (%)	75,5%				
Tratamiento de 2ª línea (%)	SI	76,1%			$p<0,630$	
	No respuesta a tratamiento (París II, %)	77,8%				
Fracturas (%)	SI	78,9%			$p<0,788$	
	No fracturas (%)	74,5%				

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

Tabla 3

Conclusiones

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

Variable	Progresión enfermedad mineral ósea	N	Media	Desviación estándar	Análisis univariante	Análisis multivariante
GGT (U/L)	No	69	65,8	64,5	$p<0,117$	HR 1,006 ($p<0,047$)
	SI	19	143,32	203,0		
GGT en rango (%)	SI	14,8%			$p<0,05$	
	SI	32,4%				

Tabla 4

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

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

SESIÓN III

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

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

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

Introducción

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

Material y métodos

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

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

Población de estudio: Pacientes valorados en consultas de digestivo, mayores de 18 años de edad, diagnosticados de SII previamente o el día de la visita, con capacidad de comprender el estudio y haber firmado consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con sospecha de organicidad.

Las variables utilizadas se recogen en la **tabla 1**.

Variables de estudio para valorar características clínicas de SII	
- Datos demográficos	- Edad - Género
- Hábitos de vida	- Consumo de tabaco activo (sí/no). - Ingesta de agua diaria en litros. - Actividad física regular (>3 veces en semana): sí/no. - Restricciones de dieta (lactosa, fructosa, gluten, FODMAP, otras restricciones).
- Tipo de consulta	- Servicio de procedencia (Atención Primaria, Digestivo, Cirugía, Otorrinolaringología, Hematología, Urología, Ginecología, otros). - Primera visita o revisión. - Atendido en consulta general o consulta monográfica/Unidad de trastornos funcionales digestivos.
- Caracterización SII	- Cumple criterios Roma IV SII: sí/no. Días de la semana con dolor abdominal (1-7). Relación con la defecación (sí/no). Relacionado con cambios en la forma de las deposiciones (sí/no). Meses desde que inició los síntomas (más de 6 para cumplir criterio). - Subtipo según criterios Roma IV (diarrea, estreñimiento, mixto e indeterminado). - Intensidad según escala IBSS (8): leve (75-175, moderado 175-300, grave >300). - Clasificación en base a gravedad subjetiva según médico (leve, moderado, grave). - Clasificación en base a gravedad subjetiva según paciente (leve, moderado, grave). - Síntomas rectales concomitantes (mucosidad, urgencia defecatoria, evacuación incompleta, esfuerzo defecatorio). - Síntomas digestivos extraintestinales: pirosis, dispepsia (saciedad precoz, epigastralgia, plenitud postprandial). - Síntomas extradigestivos (Fibromialgia, Sd de fatiga crónica, alteración de la articulación temporo-mandibular, cefalea, dolor cervical o dorso lumbar, migraja, astenia, palpitaciones, sofocos, problemas del sueño, falta de lívido, dispareunia, urgencia miccional y nicturia, sd ansioso-depresivo y disnea). - Signos y síntomas de alarma previos al diagnóstico (pérdida de peso, > 10% índice de masa corporal (IMC) en los 3 meses anteriores, rectorragia, historia familiar de cáncer colorrectal, celiaquía o enfermedad inflamatoria intestinal (EII), anemia ferropénica o ferropénica, nocturnidad).
Variables de estudio para valorar consumo de recursos en el SII	
- Número de visitas previas	- Atención Primaria (AP): Ninguna, <2, de 2 a 5 y >5. - Atención Especializada (AE o digestivo): Ninguna, <2, de 2 a 5 y >5.
- Pruebas diagnósticas realizadas hasta establecer diagnóstico	- Número de pruebas diagnósticas realizadas. - Pruebas diagnósticas realizadas (Perfil férrico, PCR, hormonas tiroideas, coprocultivo, parásitos en heces, sangre oculta en heces, calprotectina fecal, Serología de enfermedad celíaca, colonoscopia, ileoscopia, Biopsia de colon, ecografía de abdomen, TAC de abdomen o RMN, gastroscopia, biopsia de duodeno).
- Necesidad de visitas posteriores	- Alta/revisión.

Tabla 1

Variables recogidas en el estudio, clasificadas en base al objetivo que responden.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para valorar diferencias respecto a variables de interés categóricas se utilizó test Xi-cuadrado/ Exacto de Fisher (variables cualitativas), test t de Student (variables cuantitativas) y test de hipótesis no paramétricos (distribución no normal).

Resultados

Se obtuvieron 132 registros (129 válidos para análisis) de 9 centros andaluces (**tabla 2**). Todos los pacientes incluidos cumplían criterios Roma IV de SII (frecuencia según subtipo en **figura 1**). La edad media de los incluidos fue 45,7 años $\pm$ 16,7 (16-80). El 78,3% eran mujeres (n 101).

Hasta el 72,9% (n 94) había precisado más de dos consultas previas en Atención Primaria (AP) y un 64,3% (n 83) habían consultado previamente a Atención especializada (AE), según refleja **figura 2**. Los factores asociados a mayor número de visitas en AP se recogen en la **tabla 3** y en AE, en la **tabla 4**. El número medio de pruebas realizadas fue 8,07 $\pm$ 2,84 (1-16) (**Figura 1**), su distribución según la prueba se muestra en la **Figura 2**. Los factores asociados a un mayor número de pruebas diagnósticas se recogen en la **tabla 5**. La edad (p 0,0) y el mayor número de visitas a AE (p 0,0)

	N (%)
Hospital de Motril	40 (31%)
Hospital Alta Resolución Écija	18 (14%)
Hospital Universitario Macarena	18 (14%)
Hospital Clínico Virgen de la Victoria, Málaga	16 (12,4%)
Hospital Quironsalud Marbella	11 (8,5%)
Hospital Alta Resolución Alcalá la Real	10 (7,8%)
Hospital Universitario Reina Sofía	7 (5,4%)
Hospital Universitario Costal del Sol	4 (3,1%)
Hospital Quironsalud Sagrado Corazón	5 (3,9%)
Total	129 (100%)

Tabla 2

Número de pacientes incluidos por cada centro participante (total de incluidos: 129).



Figura 1

Frecuencia de cada subtipo de SII en la muestra estudiada (n 129).

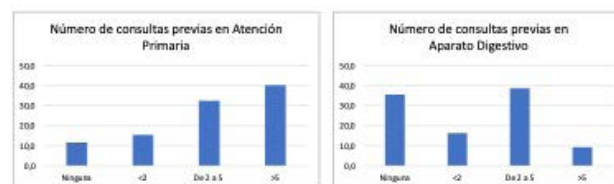


Figura 2

Frecuencia (N) en el número de consultas previas en AP y AE.

se asociaron con la realización de colonoscopia. Un 45% (n 58) fueron dados de alta y el 53,5% (n 69) permaneció en seguimiento en AE. Los factores asociados con la elección

Número de visitas		0-1	De 2 a 5	Más de 5	N	p
		35 (27,1)	42 (32,6%)	52 (40,3%)	129 (100%)	
Edad media		38,8 ± 12,6 (34,4-43,1)	45,9 ± 18,6 (40,1-51,7)	50,3 ± 6,2 (45,8-54,8)		0,006
Género	Mujer (n, %dentro del género)	27 (26,7%)	33 (32,7%)	41 (40,6%)	101 (100%)	0,981
	Hombre	8 (28,8%)	9 (32,1%)	11 (39,3%)	28 (100%)	
Gravedad (Valoración subjetiva del médico)	Leve	22 (31,4%)	28 (40%)	20 (28,6%)	70 (100%)	
	Moderado	11 (23,9%)	11 (23,9%)	24 (52,2%)	46 (100%)	
	Grave	2 (15,4%)	3 (23,1%)	8 (61,5%)	13 (100%)	0,012
Gravedad (Valoración subjetiva paciente)	Leve	11 (35,5%)	13 (41,9%)	7 (22,6%)	31 (100%)	
	Moderado	16 (24,6%)	24 (36,9%)	25 (38,5%)	65 (100%)	
	Grave	7 (21,9%)	5 (15,6%)	20 (62,5%)	32 (100%)	0,009
Gravedad (IBSSS)	Leve (<=175)	10 (50%)	8 (40%)	2 (10%)	20 (100%)	
	Moderado (175-300)	17 (29,8%)	20 (35,1%)	20 (35,1%)	57 (100%)	
	Grave (>=300)	8 (15,4%)	14 (26,9%)	30 (57,7%)	52 (100%)	0,000
Subtipo SII	Diarrea	22 (38%)	23 (34,3%)	22,32,8%	67 (100%)	
	Estreñimiento	4 (19%)	7 (33%)	10 (47,6%)	21 (100%)	0,594
	Mixto	10 (35,7%)	7 (25%)	11 (39,3%)	28 (100%)	
	Indeterminado	5	5	4	14 (100%)	

Tabla 3

Factores asociados a un mayor número de visitas a Atención Primaria. Se expresa en distribución de frecuencia (significación estadística p<0,05).

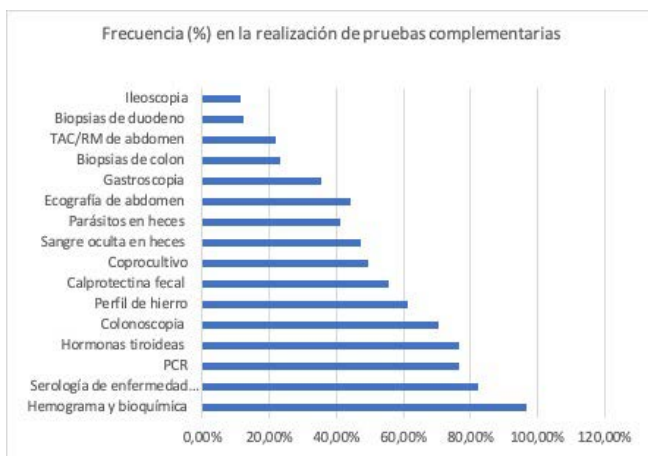


Figura 3

Frecuencia en la realización de cada prueba diagnóstica en los pacientes incluidos, expresado en % sobre el total de la muestra (n 129).

de revisión fueron la percepción de gravedad por médico (p 0,04), por paciente (p 0,0) y mayor puntuación en IBSSS (p 0,08).

Conclusiones

Continuamos con dificultad en el manejo de SII, con un elevado consumo de recursos en visitas médicas y pruebas realizadas. Se precisa de estudios epidemiológicos prospectivos y mayor formación sobre SII a personal sanitario y población.

Número de visitas a Atención especializada (AE)	0-1	2 o más	p
	67 (51,9%)	62 (48,1%)	
Edad media	38,84 ± 15,26 (38,08-54,1)	53,27 ± 15,069 (53,04-68,3)	0,00
Subtipo SII	Diarrea	23 (34,3%)	
	Estreñimiento	15 (71,4%)	0,01
	Mixto	11 (39,3%)	
	Indeterminado	49 (42,2%)	

Tabla 4

Factores asociados a un mayor número de visitas a Atención Especializada. Se expresa en distribución de frecuencia (significación estadística p<0,05).

Edad		Nº pruebas diagnósticas realizadas		p
		<=8	>=9	
Edad		41,5 ± 16,1	51,7 ± 15,9	p 0,00
Número de consultas a AP	0-1	28 (80%)	7 (20%)	
	2 a 5	22 (52,4%)	20 (47,6%)	
	>5	76 (58,9%)	53 (41,1%)	p 0,008
Número de consultas a AE	0 a 1	49 (73,1%)	18 (26,9%)	
	2 o más	27 (43,5%)	35 (56,5%)	p 0,001
Síntoma extradigestivo: Cefalea	no	45 (52,3%)	41 (47,7%)	
	sí	31 (72,1%)	12 (27,9%)	p 0,001
Subtipo SII	Diarrea	48 (71,6%)	19 (28,4%)	p 0,045
	Estreñimiento	10 (47,6%)	11 (52,4%)	
	Mixto	14 (50%)	14 (50%)	
	Indeterminado	7 (50%)	7 (50%)	

Tabla 5

Factores asociados a un mayor número de pruebas diagnósticas realizadas. Se expresa en distribución de frecuencia (significación estadística p<0,05).

CO-12. CRIBADO ETARIO OPORTUNISTA PARA HEPATITIS C EN ANDALUCÍA: ESTUDIO PILOTO

Freyre C¹, Fernandez Sanchez F², Rodriguez Maresca M³, Cubillas JJ⁴, Del Diego J⁴, García F⁴

¹LABORATORIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL.

²LABORATORIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³LABORATORIO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ⁴SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

El Plan Andaluz para la eliminación de la hepatitis C contempla el cribado etario oportunista (CEO): realización de la prueba de VHC en los pacientes a los que se ha realizado una extracción sanguínea con otros fines, pero

que cumplen los criterios de edad relacionados con una mayor prevalencia de hepatitis C, y por lo tanto con mayor carga de enfermedad oculta. En nuestro trabajo presentamos los resultados del CEO en los varones de 50-59 años de cuatro áreas sanitarias de Andalucía.

Material y métodos

Estudio piloto, prospectivo, en los hospitales de Puerto Real (HUPR), Costa del Sol (HUCS), Torrecárdenas (HUT) y San Cecilio (HUCSC). Ante la necesidad de disponer de consentimiento, desde los sistemas de información de laboratorio (SIL) se generaron diariamente, para Salud Responde, archivos con los demográficos de los pacientes con muestra disponible en los laboratorios, varones, de edades entre 50 y 59 años, que no hubieran sido cribados previamente. Desde Salud Responde se realizaron hasta tres llamadas en 48 horas, periodo tras el cual se devolvieron a los laboratorios los datos con la respuesta de los pacientes. Desde los laboratorios se reflejó la prueba de anti-VHC en los pacientes que consintieron.

Resultados

El piloto se realizó de mayo a Julio de 2023. Respecto a la adherencia al consentimiento a realizar la prueba, el 23% de los pacientes que cumplían criterios para entrar en el piloto no consiguieron ser contactados por Salud Responde; de entre los contactados, el 94% otorgaron su consentimiento para ser testados. Se han analizado muestras de 5337 pacientes (HUPR 1461, HUCS 956, HUT 749, HUCSC 2171). La seroprevalencia encontrada ha sido del 1,7% (IC95% 1,33-2,05), [HUPR 2,33% (IC95% 1,61-3,25); HUCS 0,5 (IC95% 0,16-1,22); HUT 3,33 (IC95% 2,16-4,93); HUCSC 1,1 (IC95% 0,74-1,70)]. La prevalencia de infección activa encontrada ha sido del 0,28% (IC95% 0,16-0,46), [HUPR 0,48% (IC95% 0,19-0,98); HUCS 0,1% (IC95% 0,0-0,58); HUT 0,13% (IC95% 0,00-0,74); HUCSC 0,28% (IC95% 0,10-0,60)]. En el estudio de coste eficacia, en el análisis de sensibilidad y peor de los escenarios posibles en cuanto a costes, la relación coste-utilidad incremental (RCUI) fue de 727 €, por debajo de la disposición a pagar de 22.000-25.000 € por año de vida ajustado por calidad (AVAC).

Conclusiones

Se ha establecido un circuito asistencial que permite, respetando la autonomía del paciente, establecer un programa de cribado etario oportunista para la hepatitis C, y que puede ser exportable a otras enfermedades infecciosas que requieran consentimiento informado.

Los datos de infección activa en los hombres de 50-59 años sitúan a Andalucía muy próxima a la micro-eliminación de la hepatitis C. Los datos del estudio de coste efectividad avalan su generalización al resto de la población andaluza.

CO-13. ANALISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LA ACALASIA MEDIANTE LA TECNICA POEM.

Caetano Barrera I, Martín Guerrero JM, Rincón Gatica A, Guil Soto A, Vallejo Vigo RM, Suárez Toribio A, Bozada García JM, García-Fernández FJ

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

Introducción

- Evaluar los resultados clínicos, técnicos y seguridad de la implementación del POEM en un hospital andaluz.
- Evaluar duración de las intervenciones, presencia de complicaciones inmediatas y diferidas, inicio de alimentación y tiempo de hospitalización.
- Evaluar el mantenimiento de la respuesta clínica a medio plazo e impacto en la calidad de vida mediante cuestionarios específicos.

Material y métodos

Diagnóstico mediante endoscopia oral, EGD y manometría esofágica.

POEM: intubación orotraqueal y ventilación mecánica, decúbito supino y profilaxis antibiótica. Fluconazol una semana previa. Disector Hybrid Knife T (ERBE) y sistema de inyección ERBE-jet, presiones de 40 bares (15-20 bares en cardias). Fuente electro quirúrgica VIO3. Miotomía posterior.

Inicio de líquidos a las 24 horas y triturada a las 48 horas. Antibioterapia durante 5 días.

Se realizó análisis antropométrico y evaluación de síntomas y calidad de vida (escalas EAT-10, MDADI, Eckardt) previo y a los 3-6 meses.

Se recogieron variables demográficas, tiempo de procedimiento, complicaciones inmediatas y diferidas, necesidad de neumocentesis y tiempo de hospitalización.

Resultados

26 pacientes desde marzo-22 a octubre-23. 3 acalasia tipo I, 21 tipo II y 2 tipo III. 1 con toxina, 1 toxina + dilatación, 1 dilatación, resto naïve. Edad media 47. H:M 1. Endoscopistas expertos con amplia experiencia en DES. Los 8 primeros casos con supervisión de experto sin intervención, posteriormente autónomos.

Media de 83 minutos por intervención, sin incidencias, neumocentesis en cuatro de los pacientes. Sin complicaciones mayores ni incidencias destacables durante el ingreso, con un tiempo de hospitalización medio

TABLA RESUMEN DE RESULTADOS		
Procedencia	Area HVR	13 (50%)
	Otras áreas	13 (50%)
Edad media	50 años (17 - 74)	
H.M	1 (13:13)	
Tipo	I	11%
	II	81%
	III	8%
Naive	23	88,5%%
Tiempo de POEM	86 min (50 - 145)	
Hospitalización	2 días (2-4)	
Peso kg	71,12 (50-120)	
IMC	26	
Ganancia peso kg	9,2	
	pre-POEM	pos-POEM
	ECKARDT (0-12)	7,96 0,67
	EAT-10 (0-40)	27,87 2,27
	MDADI (100-20)	44,71 95,69

Tabla 1

En esta tabla se resumen los resultados del estudio realizado en pacientes sometidos a POEM. Se han recogido variables que tienen en cuenta aspectos clínicos, técnicos y de seguridad del procedimiento.

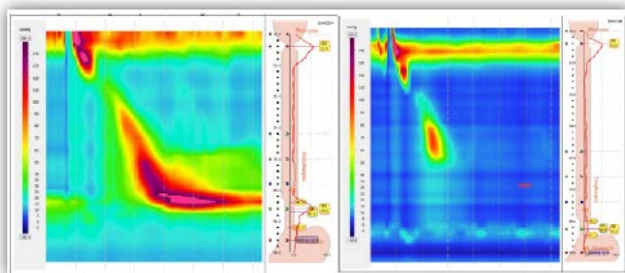


Figura 1

Manometría antes y después del POEM. Ejemplo de la evolución de la manometría tras realizar el procedimiento. Se produce una normalización de las presiones en las áreas sometidas a la miotomía endoscópica (imagen de la derecha).

de 2,3 días, al alta todos tolerando dieta triturada sin dificultad.

En todos los casos seguidos a los 3 meses hubo una gran mejoría de síntomas y calidad de vida por las distintas escalas y ganancia ponderal media de 9,21 kilogramos.

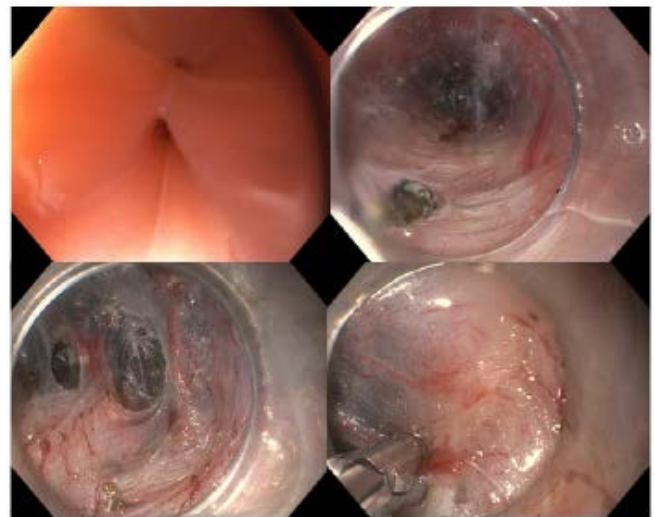


Figura 2

Proceso de tunelización y coagulación de vasos.

Se puede observar el proceso de tunelización realizado durante el procedimiento: En la región superior izquierda se observa una disminución de la luz en relación con acalasia. En la región superior derecha y en ambas inferiores, se aprecia el proceso de tunelización, requiriendo coagular vasos.



Figura 3

Miotomía y cierre del túnel. Podemos observar en las imágenes superiores e inferior izquierda el proceso de miotomía y cierre del túnel con hemoclips. En la región inferior derecha se muestra el resultado endoscópico 3-6 meses tras POEM.

Manometría a los seis meses (6 pacientes) hipotonía/normotonía del EI en todos los casos. Endoscopia entre los 3-6 meses en 11 pacientes, esofagitis grado A en 4 de ellos, sin pirosis clínica controlada con IBP.

Conclusiones

- El POEM se puede incorporar con seguridad al arsenal terapéutico de endoscopia con una tutorización adecuada, en manos de endoscopistas expertos.

- Es muy segura, con escasas complicaciones, consigue una gran mejoría duradera de los síntomas y de la calidad de vida, con tiempo de intervención razonable (< 90 min) y una hospitalización media menor de 3 días.

- El efecto adverso más común es el reflujo gastroesofágico, solo algunos con esofagitis leve y control sintomático con dosis bajas de IBP.

CO-14. CÁNCER DE COLON DE INICIO PRECOZ. ESTUDIO DESCRIPTIVO.

El Fallous El Mraghid M, Tejero Jurado R, Serrano Ruiz FJ, Hervás Molina AJ

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

Introducción

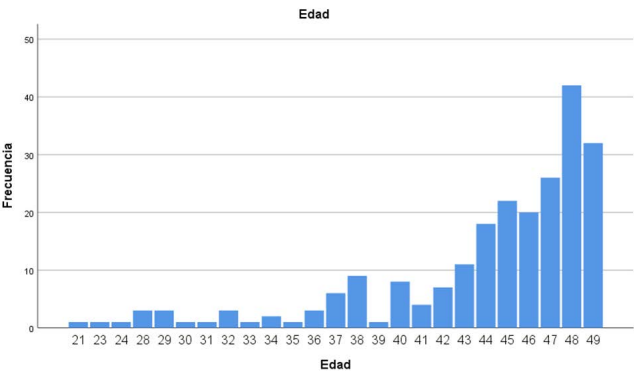
La incidencia del cáncer colorrectal (CCR) en adultos jóvenes está aumentando a nivel mundial, siendo actualmente la tercera causa de muerte por cáncer entre adultos jóvenes menores de 50 años. El aumento en la incidencia se atribuye a varios factores de riesgo emergentes, como la genética, los estilos de vida y los perfiles del microbioma. La baja sospecha en este subgrupo de población hace que el diagnóstico sea tardío y la presentación de la enfermedad ocurra en etapas más avanzadas, con el consecuente peor resultado. El objetivo principal de nuestro estudio fue evaluar las características demográficas y clínicas de los pacientes jóvenes (< 50 años) con CCR en nuestro centro.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó a los pacientes diagnosticados de CCR con < 50 años durante los años 2007 a 2023 en el HU Reina Sofía. Se incluyeron variables demográficas (edad y sexo) y clínicas tales como: síntoma guía, localización, histología por colonoscopia y tras cirugía, estadio, tratamiento inicial y complicaciones derivadas del mismo. Además, se identificaron los pacientes en progresión o que fallecieron durante el seguimiento.

Resultados

Incluidos 227 pacientes, de los cuales el 59% eran hombres. La edad media fue 44 años, siendo el rango de 21 a 49 años (Figura 1). El motivo de consulta más frecuente fue rectorragia (33,5%) seguido de dolor abdominal (10,06%) y hallazgos radiológicos (9,7%). La localización más frecuente fue recto (42,8%), siendo sigma la segunda localización en frecuencia (30,8%). La histología más frecuente fue adenocarcinoma (91,2%). El 21,7% de los pacientes tenía un estadio IV y el 39,2% un estadio III al diagnóstico (Tabla 1). El 22,9% de pacientes recibieron terapia neoadyuvante y el 70,1% se sometieron a intervención quirúrgica (de ellos el 60,8% con intención curativa). La quimioterapia adyuvante



Distribución edad en la cohorte estudiada.

Figura 1

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	11	4,8	4,8
Haggit 0	9	4,0	4,0
Haggit 1	8	3,5	3,5
Haggit 2	3	1,3	1,3
Haggit 4	6	2,6	2,6
T1N0M0	7	3,1	3,1
T2N0M0	9	4,0	4,0
T3N0M0	22	9,7	9,7
T3N0M1	5	2,2	2,2
T3N1M0	54	23,8	23,8
T3N1M1	27	11,9	11,9
T3N2M0	21	9,3	9,3
T3N2M1	7	3,1	3,1
T4N0M0	7	3,1	3,1
T4N0M1	2	,9	,9
T4N1M0	11	4,8	4,8
T4N1M1	4	1,8	1,8
T4N2M0	3	1,3	1,3
T4N2M1	4	1,8	1,8
Total	227	100,0	100,0

Estadaje al diagnóstico (pretratamiento).

Tabla 1

se administró al 58,1% de pacientes. Durante el seguimiento, 42 pacientes (18,5%) tuvieron recurrencia de la enfermedad (predominantemente por metástasis hepáticas, 42,8%), recibiendo una mediana de tres líneas de quimioterapia tras la recidiva (Tabla 2). Fallecieron 68 pacientes (29,9%); el 98% a causa de la enfermedad oncológica.

Esquemas tratamiento

Quimiorradioterapia neoadyuvante	N 52 (22,9%)
Quimioterapia preoperatoria	N 60 (26,4%)
Cirugía	N 169 (74,4%)
Quimioterapia adyuvante	N 132 (58,1%)
Cirugía de rescate	N 19 (8,4%)
Quimioterapia recurrencia	N 35(15,4%)

Estrategias de tratamiento.

Tabla 2

Conclusiones

El CCR es un problema de salud pública emergente. Se trata de un perfil de paciente con particularidades, por la elevada frecuencia de estadios avanzados al diagnóstico aunque, por otro lado, potenciales candidatos a terapias más agresivas. Hacen falta estudios prospectivos que evalúen a este subgrupo de pacientes, así como un enfoque multidisciplinar que garantice planes de tratamiento integrales y personalizados.

CO-15. DIETA MEDITERRÁNEA SUPLEMENTADA CON ACEITE DE OLIVA VIRGEN EXTRA. ESTUDIO ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL IMPACTO EN LA EHGNA.

Del Pino Bellido P, Delgado Rodríguez C, Vías Parrado C, Cordero Ruiz P, Bellido Muñoz F, Valladolid León JM, Caunedo Álvarez A, Sánchez Margalet V, Jiménez Cortegana C, Carmona Soria I

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

Introducción

La inflamación del tejido adiposo y el estrés oxidativo se han relacionado con la progresión de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA). En situaciones de inflamación crónica se ha descrito una acumulación de células mieloides inmaduras con función inmunosupresora (MDSC). Aunque se ha descrito su papel en neoplasias, también se ha sugerido que el número de MDSC se relaciona con la fibrosis y la inflamación hepática.

La intervención dietética es el único tratamiento eficaz en la EHGNA. El aceite de oliva virgen extra (AOVE) parece tener un papel “protector”, puesto que parece reducir la resistencia a la insulina y favorecer la regulación a la baja de los genes lipogénicos.

Objetivos

1. Evaluar el impacto de la DM suplementada con AOVE sobre los índices no invasivos en EHGNA, parámetros antropométricos y analíticos.
2. Evaluar la repercusión de ambas dietas en las poblaciones celulares linfocitarias T y MDSC determinadas en sangre periférica, implicadas en la historia natural de los procesos inflamatorios crónicos.

Material y métodos

Estudio aleatorizado controlado, en el que se incluyeron pacientes con EHGNA de la consulta de Hepatología del Hospital Virgen Macarena desde Abril a Septiembre 2021.

- Criterios de inclusión: diagnóstico de EHGNA por métodos no invasivos ($US \geq 2$, $FLI \geq 60$) con baja adherencia a la dieta mediterránea ($PREDIMED < 9$).
- Criterios de exclusión: hepatopatía crónica preexistente, consumo excesivo de alcohol, fármacos, enfermedad inflamatoria, Wilson, Celiaquía.

Se aleatorizaron a los pacientes en el grupo de estudio (DM+AOVE), que recibió una dieta mediterránea enriquecida con AOVE y en el grupo control (DM), que recibió dieta mediterránea. Se realizó seguimiento durante 6 meses, con analítica con determinación de poblaciones celulares, ecografía y elastografía al inicio y a los 6 meses.

Resultados

Se incluyeron 51 pacientes (DM: n=26, DM+AOVE: n=25).

La DM se relacionó con reducción del peso, IMC, transaminasas y ascenso del HDL con respecto a una DM enriquecida en AOVE (**Figuras 1 y 2**). En ambos grupos existió reducción de marcadores de esteatosis respecto al valor basal (**Figura 3**).

Ambas dietas produjeron aumento significativo de linfocitos T CD8, así como reducción de las MDSC totales, subpoblaciones de MDSC y linfocitos T reguladores, pero no hubo diferencia entre ambos grupos (**Tabla 1**).

Conclusiones

- El suplemento con AOVE no incrementa el beneficio de la DM sobre la esteatosis medida mediante parámetros no invasivos.
- En ambas dietas se evidenció una mejoría del estado inflamatorio medido por la disminución de las MDSC y de los linfocitos T reguladores.

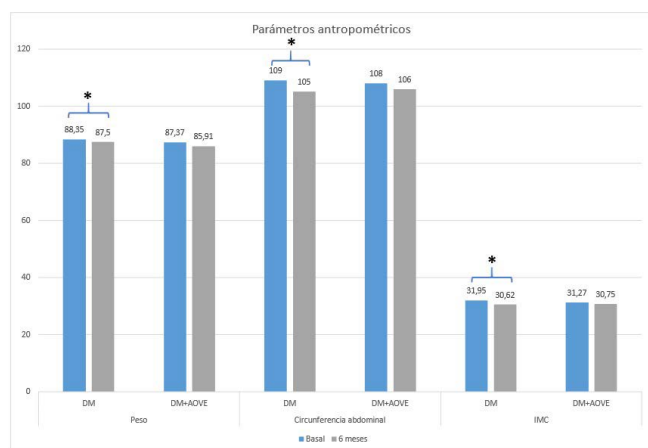


Figura 1

Efecto de la intervención sobre parámetros antropométricos.

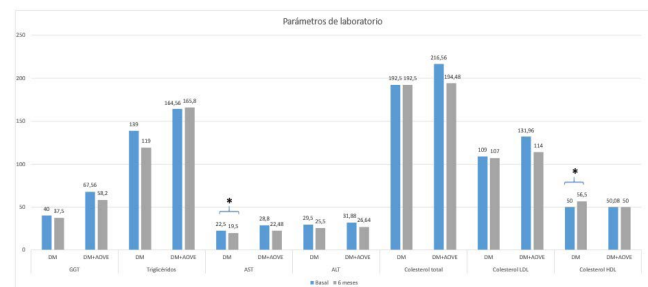


Figura 2

Efecto de la intervención sobre parámetros de laboratorio.

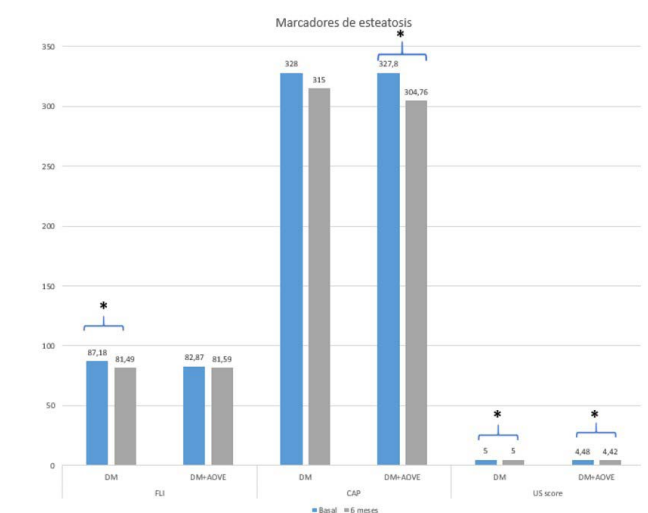


Figura 3

Efecto de la intervención sobre marcadores no invasivos de esteatosis.

	DM (n=26)			DM + AOVE (n=25)		
	Basal	Después de 6 meses	P	Basal	Después de 6 meses	P
Células T CD4+	1224 (945-1555)	928 (796-1264)	0.1870	1228 (1015-1482)	908 (696-1466)	0.0839
Células T CD8+	610 (398-723)	753 (581-911)	0.0275	493 (456-622)	738 (577-1105)	0.0003
CD4/CD8 ratio	2.26 (1.55-2.90)	1.43 (1.04-2.30)	0.0022	2.30 (1.85-3.15)	1.30 (0.92-2.00)	0.0002
M-MDSCs	36 (22-47)	13 (6-18)	0.0001	22 (13-35)	17 (9-22)	0.0007
G-MDSCs	12 (7-17)	5 (3-9)	0.0008	11 (7-14)	6 (3-8)	0.0020
MDSCs Total	54 (34-63)	18 (13-25)	<0.0001	35 (25-53)	22 (14-32)	0.0001
Tregs	59 (49-69)	45 (37-62)	0.0016	63 (51-72)	51 (36-62)	0.0105

Tabla 1

Efecto de la intervención sobre las poblaciones celulares.

SESIÓN IV

CO-16. EVALUACIÓN DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA. ABORDAJE MEDIANTE ECOENDOSCOPIA

Fernández Alvarez P¹, Romero Castro R¹, Tous Romero M², Conde Martín F³, Gutierrez Domingo A³, Jiménez García VA¹, Dominguez Adame E⁴, Cordero Ruiz P¹, Bellido Muñoz F¹, Rodríguez Téllez M¹, Caunedo Álvarez A¹, Carmona Soria I¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ³UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ⁴UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Los pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica tienen una elevada prevalencia de enfermedad hepática esteatósica asociada a disfunción metabólica (MASLD). La biopsia hepática (BH) percutánea está dificultada técnicamente y la precisión de los métodos no invasivos no ha sido validada correctamente en estos pacientes.

La ecoendoscopia permite en una sola sesión la toma de BH y determinación del gradiente de presión venosa hepática (GPVH).

Evaluar la prevalencia de MASLD e hipertensión portal en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, mediante BH y medición del GPVH dirigidas por ecoendoscopia. Analizar la seguridad y rendimiento

diagnóstico de la BH, y correlación con métodos no invasivos.

Material y métodos

Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Criterios de inclusión: sospecha de MASLD (ecografía o FLI-SCORE >60). Criterios de exclusión: otras hepatopatías, LOES hepáticas, coagulopatía.

Se evaluaron variables demográficas, antropométricas y analíticas, scores no invasivos (FLI, NAFLD, HEPAMET FS, APRI, FIB-4) y elastografía de transición (ET) con sonda XL.

La ecoendoscopia se realizó con sedación profunda (propofol), identificándose por ecografía estructuras vasculares, seguida de punción transhepática con aguja específica de 25G y manometría. Tres determinaciones de presión de vena suprahepática media (PVSH). Tres determinaciones de presión de vena porta izquierda (PVP). GPVH: PVP-PVSH (mmHg).

BH bi-lobar mediante aguja de 19G.

Resultados

Se evaluaron 48 pacientes entre agosto de 2022 y junio de 2023 (10 rechazan, 4 excluidos, 1 imposibilidad técnica). Se incluyeron 33 pacientes con estudio ecoendoscópico, toma de BH y GPVH. Datos demográficos, antropométricos y clínicos (Tabla 1).

CARACTERÍSTICAS		PACIENTES (n = 33)
Edad (años), mediana (IQR)		45 (39; 50)
Sexo, n (%)	Masculino	13 (39,4)
	Femenino	20 (60,6)
IMC, mediana (IQR)		46,8 (43,5; 52,4)
Perímetro cintura, mediana (IQR)		134 (122,5; 145,5)
Perímetro cadera, mediana (IQR)		145 (132; 155)
Insulina, mediana (IQR)		21,6 (14,0; 38,1)
HOMA, mediana (IQR)		5,2 (3,1; 8,7)
HbA1c, mediana (IQR)		5,7 (5,4; 6,2)
HDL, mediana (IQR)		42 (39,0; 55,8)
LDL, mediana (IQR)		112 (87,0; 128,3)
TGL, mediana (IQR)		143 (92; 187)
Grado Obesidad, n (%)	1	-
	2	4 (12,1)
	3	18 (54,5)
	4	11 (33,3)
Prediabetes, n (%)		18 (54,5)
DM, n (%)		12 (36,4)
HTA, n (%)		18 (54,5)
Dislipemia, n (%)		6 (18,2)
Tratamiento con estatinas, n (%)		5 (15,2)

Tabla 1

Características demográficas, antropométricas y clínicas de los pacientes.

Prevalencia de MASLD 68,8%, esteatohepatitis asociada a disfunción metabólica (MASH) 54,5% y fibrosis (F1-F2) 12,6% (Figura 1). GPVH fue 4,25 mmHg (1,15;6,0). A destacar un GPVH 6 mmHg en 27,7% (Tabla 2), de estos 77,8% presentaban MASLD.

Pacientes MASLD presentaron mayor rigidez hepática por ET, CAP y PVP, sin llegar a alcanzar la significación

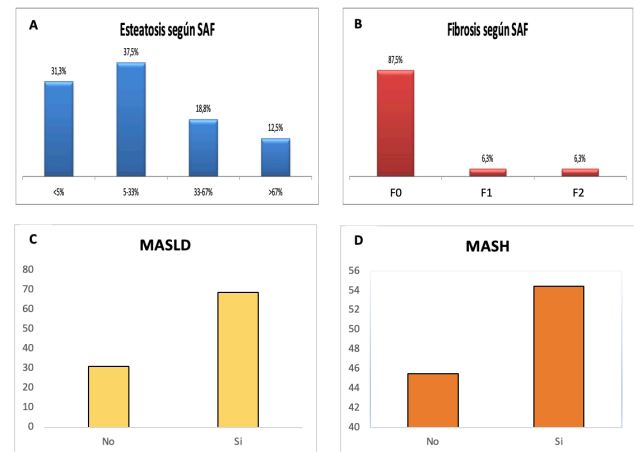


Figura 1

Grado de esteatosis y fibrosis según la escala histológica SAF (A y B). Prevalencia de MASLD (C) y MASH (D).

PACIENTES (n = 33)	
Métodos serológicos no invasivos	
FLI, mediana (IQR)	99,6 (98; 100)
FIB-4, mediana (IQR)	0,66 (0,46; 0,94)
APRI, mediana (IQR)	0,18 (0,15; 0,27)
NAFLD, mediana (IQR)	-0,5 (-1,0; 0,7)
Hepamet, mediana (IQR)	0,04 (0,03; 0,1)
Métodos físicos no invasivos	
ET, mediana (IQR), mediana (IQR)	11,8 (6,6; 18,1)
CAP, mediana (IQR), mediana (IQR)	347 (295,8; 397,5)
Shear Wave, mediana (IQR), mediana (IQR)	7,7 (6,1; 10,9)
Medición presiones guiadas por ecoendoscopia	
PVSH, mediana (IQR)	14,5 (10,5; 19,0)
PVP, mediana (IQR)	17,3 (14; 23)
GPVH, mediana (IQR)	4,25 (1,15; 6,00)
GPVH > 6 mmHg, n (%)	9 (27,7)

Tabla 2

Determinación de los métodos no invasivos y medición de presiones hepáticas por ecoendoscopia.

	Ausencia MASLD n = 10 (31,3%)	MASLD n = 22 (68,8%)	p
DM, n (%)	1 (10)	11 (50)	0,034
Insulina, mediana (IQR)	14,5 (10; 20)	27,7 (17,5; 41,4)	0,004
HOMA, mediana (IQR)	3 (2,2; 4,8)	8,1 (4,9; 9,6)	0,004
HbA1c, mediana (IQR)	5,5 (5,3; 5,8)	6,1 (5,6; 6,5)	0,043
LDL, mediana (IQR)	126,5 (110; 162)	99 (83,5; 122)	0,005
ET, mediana (IQR)	10,3 (5,9; 14,8)	15,7 (7,4; 20,3)	0,306
CAP, mediana (IQR)	326 (275,8; 369,3)	369 (296,5; 395)	0,287
FIB-4, mediana (IQR)	0,76 (0,59; 1,02)	0,63 (0,44; 0,92)	0,305
APRI, mediana (IQR)	0,22 (0,15; 0,25)	0,18 (0,15; 0,34)	0,999
NAFLD, mediana (IQR)	0,01 (-0,8; -1,1)	-0,68 (-1,03; 0,47)	0,404
Hepamed, mediana (IQR)	0,03 (0,03; 0,08)	0,05 (0,03; 0,10)	0,356
PVP, mediana (IQR)	15,8 (12,3; 21,3)	17,3 (12,8; 24,8)	0,327
GPVH, mediana (IQR)	4,5 (1,0; 5,4)	4,3 (1,3; 6,0)	0,550

Tabla 3

Diferencias en parámetros analíticos, métodos no invasivos y medición de presiones hepáticas por ecoendoscopia entre grupos.

estadística (Tabla 3). No diferencias entre ambos grupos en FIB-4, NAFLD y Hepamet.

Calidad de las biopsias adecuada, con una mediana de espacios porta de 7 (3;10).

En dos pacientes eventos adversos tras procedimiento inmediato; un episodio de fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y síndrome coronario aguda secundario que se revirtió farmacológicamente y epigastralgia autolimitada.

Conclusiones

La prevalencia de MASLD y MASH es elevada en pacientes con obesidad candidatos a cirugía bariátrica.

La toma de BH y medición de GPHV guiada por ecoendoscopia es segura y permite la obtención de muestras adecuadas y descartar la presencia de hipertensión portal en un solo acto.

CO-17. COMPLICACIONES EN EL PRIMER MES TRAS PROCEDIMIENTO ENDOSCÓPICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Prieto De La Torre M, Alañón Martínez P, González Castilla ML, Ladehesa Pineda MJ, Serrano Ruiz FJ, Hervás Molina A

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

Introducción

Las técnicas endoscópicas suponen una herramienta de gran utilidad en el diagnóstico y tratamiento de las patologías digestivas. Sin embargo, la creciente indicación de estos procedimientos en una población envejecida condiciona una mayor frecuencia de eventos adversos. La incidencia global de complicaciones oscila entre 0.25-3%, aunque la tasa real es incierta. La mayoría de los datos publicados corresponden a eventos adversos intraprocedimiento; la dificultad de seguimiento de los pacientes limita el conocimiento de las complicaciones que se producen de forma diferida. El objetivo del presente estudio es determinar el porcentaje de complicaciones dentro de los primeros 30 días post-procedimiento endoscópico, tanto diagnóstico como terapéutico, en pacientes ambulatorios en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes ambulatorios (pacientes no ingresados que acudieron desde su domicilio) sometidos a exploraciones endoscópicas digestivas (endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecoendoscopia, videocápsula endoscópica, enteroscopia y colocación de SNG) entre 01.10.2019 a 30.09.2022.

Resultados

Se realizaron 35.327 exploraciones digestivas en 26859 pacientes en el periodo indicado. 1216 pacientes ingresaron en los 30 días posteriores. 790 (65%) ingresaron de forma

programada, 317 (26%) por causas ajenas a la exploración y 112 (9.2%) por una complicación del procedimiento.

Entre estos últimos, 70 (62.5%) eran varones, con una mediana de edad de 69 años (DE 12.6). El factor cardiovascular (FRCV) más frecuente era la hipertensión (80, 71.4%), seguido de diabetes mellitus (34, 30.4%) y dislipemia (57, 50.9%). 15 pacientes no presentaban FRCV.

La colonoscopia fue la exploración digestiva más realizada (83, 74%), seguida de la endoscopia digestiva alta (22, 20%).

Se produjeron los siguientes eventos adversos: hemorragia digestiva (43, 0.12%), eventos infecciosos (22, 0.06%), eventos tromboembólicos (21, 0.06%), perforación (11, 0.03%), descompensación cardio-respiratoria (9, 0.025%) y síndrome post-polipectomía (6, 0.017%). 13 pacientes

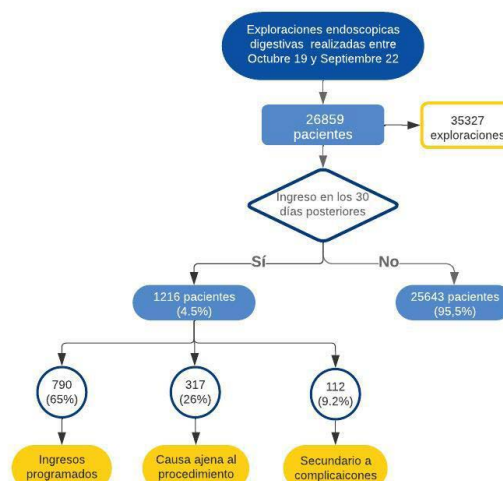
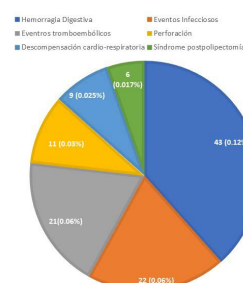


Diagrama de pacientes incluidos en el estudio.

Figura 1



Tipo de complicaciones. Numero de casos (%) sobre el total de exploraciones realizadas.

Figura 2

Características	N= 112
Sexo V/M, n (%)	70/42 (62.5%/37.5%)
Edad, años (DE)	69 (DE +/- 12.6)
Factores de riesgo cardiovascular (FRCV)	
- Hipertensión, n (%)	- 80 (71.4%)
- Diabetes Mellitus, n (%)	- 34 (30.4%)
- Dislipemia, n (%)	- 57 (50.9%)
- Ninguno	- 15 (13.4%)
Tratamiento habitual:	
- Antiagregantes, n (%)	- 25 (22.32%)
- Anticoagulantes, n (%)	- 34 (30.35%)

Tabla 1

Características basales de los pacientes que ingresaron por una complicación del procedimiento.

(0.036%) fallecieron durante el ingreso, siendo el desarrollo de un evento tromboembólico la causa más frecuente de mortalidad.

Conclusiones

La endoscopia digestiva es una técnica segura, con bajo número de complicaciones, la mayoría leves. No obstante, identificar qué factores de riesgo se asocian a eventos adversos permitiría establecer protocolos de prevención para su completa reducción.

CO-18. FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD EN LA HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA.

Tendero Peinado C, Lecuona Muñoz M, Lancho Muñoz A, Redondo Cerezo E, Jiménez Rosales R

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

Introducción

La hemorragia digestiva alta masiva (HDAM) es una patología potencialmente mortal que requiere de un reconocimiento y actuación precoces.

El objetivo de nuestro estudio es analizar los factores de riesgo para su aparición, características y evolución de los pacientes con HDAM.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes con HDA atendidos en el Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" entre 2013-2020.

Se define la HDAM como aquella que presenta signos de shock y requiere transfusión de >2 concentrados de hemáties en urgencias o en las primeras 24h.

Los resultados de interés fueron mortalidad, resangrado y complicaciones graves durante el ingreso y en los primeros 6 meses tras el alta (cardiovasculares, hemorrágicas y mortalidad).

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS.

Resultados

Del total de 1213 pacientes con HDA, 171 presentaron HDAM.

Los factores de riesgo independientes para el desarrollo de HDAM fueron los antecedentes de enfermedad sistémica, neoplasia metastásica o comorbilidad importante (ASA 3-4) así como la presencia de HDA estando ingresado por otra patología (Tabla 1).

De los pacientes con HDAM el 21% fallecieron, 10% en relación a la HDA y 11% por complicaciones.

	OR	IC 95%	p
Cirrosis	0.78	0.37-1.64	n.s.
Ingresado por otra patología	1.72	1.04-2.88	0.036
Neoplasia diseminada	2.07	1.02-4.21	0.045
Comorbilidades ASA 3 - 4	2.21	1.25-3.91	0.009
Varices esofágicas	1.65	0.73-3.77	n.s.
Enfermedad sistémica	2.30	1.22-5.32	0.045
Trasplante hepático	1.28	0.26-6.14	n.s.

Tabla 1

Análisis multivariante para la hemorragia digestiva alta masiva.

En la **tabla 2** se muestran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con HDAM que fallecen y sobreviven.

En el análisis multivariante para la mortalidad por HDAM, el sangrado activo en la endoscopia y las complicaciones durante el ingreso fueron factores de riesgo independientes de mortalidad, siendo los niveles de calcio un factor protector (**Tabla 3**).

	Muertes	Supervivientes	p
Enfermedad renal crónica (%)	19.1	0	0.005
Cirrosis (%)	46.7	27.2	0.037
Hábito alcohólico (%)	33.3%	17.2%	0.046
Comorbilidades ASA 3-4 (%)	96.7%	78.5%	0.0018
Sangrado activo endoscopia (%)	76.3	43.3	0.007
Radiología intervencionista (%)	13.3	3.7	0.034
TAS (media ± DS mmHg)	79±8	84±9	0.025
Albumina (media ± DS mg/dl)	2.4±0.5	2.8±0.6	0.011
Calcio (media ± DS mg/dl)	7.7±0.6	8.2±0.8	0.032
Plaquetas (media ± DS /mm³)	158*10³±101*10³	206*10³±106*10³	0.027
Complicaciones ingreso (%)	76.7	22.1	<0.0001
Hemorragia incoercible (%)	63.3	17.6	<0.0001
Re-sangrado (%)	40	17	0.005

Tabla 2

Factores relacionados con la muerte en la hemorragia digestiva alta masiva.

Entre los supervivientes al episodio índice, el 14% fallece a los 6 meses, siendo las causas principales: recidiva HDA (5,2%), neoplasia (4,4%), complicaciones cirrosis (2%), enfermedades cardiovasculares (1,5%) y sepsis (1,5%).

	OR	IC 95%	P
Niveles calcio	0.41	0.16-0.94	0.045
Sangrado activo endoscopia	4.80	1.06-21.62	0.041
Complicaciones ingreso	14.03	3.30-59.60	<0.0001

Tabla 3
Análisis multivariante para la mortalidad en hemorragia digestiva alta masiva.

Los eventos hemorrágicos diferidos a 6 meses fueron: HDA 86,6%, hemorragia digestiva baja 10% y origen no gastrointestinal 3,4%.

Los eventos cardiovasculares diferidos fueron por insuficiencia cardíaca 46%, eventos tromboembólicos 23%, isquemia miocárdica 15,4% y fibrilación auricular 15,6%.

Conclusiones

Nuestro estudio parte de un registro prospectivo de pacientes con HDA en el cual se postulan como factores de riesgo independientes para el desarrollo de HDAM los antecedentes de comorbilidad importante, así como el desarrollo de la hemorragia estando ingresado por otra patología. La mortalidad en la HDAM se relacionó con la enfermedad renal crónica, la cirrosis, las comorbilidades graves y el consumo excesivo de alcohol. Además, estos pacientes tienen una mayor mortalidad a 6 meses, probablemente en relación a un peor estado de salud basal exacerbado por la hemorragia.

CO-19. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE CITOLOGÍA EN ESTENOSIS BILIARES: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL (2016-2022)

Alañón Martínez PE¹, Orti Cuerva M¹, Gros B², Aparicio Serrano A¹, Gallego Jiménez E¹, Santos Lucio A³, Pleguezuelo M¹, Hervás Molina A¹, Serrano Ruiz FJ¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. WESTERN GENERAL HOSPITAL, EDIMBURGO. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DEL ÁREA DE SALUD DE MÉRIDA, MÉRIDA.

Introducción

La citología con cepillo durante la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se emplea habitualmente en el estudio de las estenosis biliares. Presenta una baja tasa de complicaciones, excluyendo las propias de la realización de CPRE; sin embargo, su baja sensibilidad dificulta la exclusión de malignidad. Conocer qué factores del paciente, de la lesión o de la propia técnica aumentan la rentabilidad diagnóstica pueden ayudar a mejorar el rendimiento de la prueba.

El objetivo del estudio fue evaluar la rentabilidad diagnóstica de la citología con cepillo en estenosis biliares e identificar

qué factores se asociaban con un diagnóstico positivo de malignidad.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluyó a todos los pacientes sometidos a CPRE con citología de estenosis biliopancreáticas en un centro terciario entre enero 2016 y diciembre 2022.

Resultados

Se realizó CPRE en 5309 pacientes durante el periodo indicado. Se tomaron 568 citologías en 518 pacientes, de los cuales el 57,7% (299) eran varones, con una edad media de 73,6 años (DE 13). El origen de la estenosis era benigno en el 24% (126) de los pacientes, mientras que el 76% (392) presentaban un origen maligno, siendo las etiologías más frecuentes el adenocarcinoma de páncreas 56% (220) y el colangiocarcinoma extrahepático 19,4% (76).

Se produjeron un 4,4% (25) de complicaciones precoces post-CPRE: pancreatitis 1,9% (11), hemorragia 1,7% (10), bacteriemia 0,5% (3) y perforación 0,2% (1).

La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de la citología fue del 48%, 98%, 98% y 37%, respectivamente. La sensibilidad fue 45% para el adenocarcinoma de páncreas y 52% para colangiocarcinoma.

En el análisis univariante se detectó que la edad, los valores de bilirrubina total, alanina-aminotransferasa (ALT), fosfatasa alcalina (FA) y gamma-glutamyl transferasa (GGT) eran mayores en patología maligna que en benigna. Sin embargo, en el análisis multivariante, únicamente la edad ($p=0.005$), leucocitos (0.017) y bilirrubina ($p<0.0001$) fueron estadísticamente significativos, siendo mayores en patología maligna.

Conclusiones

La citología con cepillo durante la CPRE es un procedimiento seguro con baja sensibilidad, pero alta especificidad. La edad, la bilirrubina y leucocitosis se asocian a un resultado citológico positivo para malignidad.

CO-20. IMPACTO DEL USO DE PROBIÓTICOS EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR PARA LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI: DATOS DEL REGISTRO EUROPEO (HP-EUREG) EN ANDALUCÍA

Perez Aisa Á¹, Rivas Ruiz F¹, Gomez Rodriguez BJ², Castro Fernández M³, Perona M⁴, Parra P⁵, Cano-Catalá A⁶, Keco-Huerga A³, Hernández L⁷, Moreira L⁸, Nyssen O⁵, Gisbert JP⁵

¹UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. UNIDAD DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL. MARBELLA.

MÁLAGA. ²SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ³ SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VALME. SEVILLA. ⁴DEPARTAMENTO DE APARATO DIGESTIVO. QUIRÓNSALUD MARBELLA. MÁLAGA. ⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA (IIS-PRINCESA), UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (UAM) Y CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). MADRID. ⁶UNIT CENTRE HOSPITALARI. MANRESA, BARCELONA. ⁷UNIDAD DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL SANTOS REYES. ARANDA DE DUERO. BURGOS. ⁸CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER. BARCELONA.

Introducción

Evaluar la eficacia de la adición de probióticos en los resultados del tratamiento erradicador frente a la infección por HP, tanto en primera como en sucesivas líneas, en Andalucía.

Material y métodos

Hp-EuReg es un registro multicéntrico europeo sistemático y prospectivo de práctica clínica en el manejo de la infección por HP, mediante cuaderno de recogida de datos electrónico (e-CRD) en la plataforma AEG-REDCap. Se realiza análisis intermedio en los hospitales andaluces.

Se estudiaron las siguientes variables: demográficas, indicación de la erradicación, terapias erradicadoras, efectividad, seguridad y cumplimiento. Se realizó análisis descriptivo utilizando distribución de frecuencias para las diferentes variables cualitativas, valorando diferencias entre resultados categóricos estratificados por líneas de tratamiento mediante el test de χ^2 .

Resultados

Desde 2013 hasta junio de 2023 se han incluido 6.368 pacientes (64% mujeres, 98% caucásicos). En relación a las indicaciones: 44% dispepsia funcional, 34% dispepsia no investigada, y 13% úlcera péptica. No habían recibido ningún tratamiento erradicador previo 4.865 pacientes (76%), 1.166 (18%) recibieron segunda línea y 334 (5%) una tercera línea y sucesivas. Un 4% presentaron alergias (299 pacientes), 289 del total (5%) a penicilina.

Se añadieron probióticos a las diferentes líneas en 646 (10%) de los pacientes, con mayor frecuencia en las pautas de primera línea y sobre todo en la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única tres-en-uno (BQTsc) durante 10 días. (Tabla 1)

La efectividad de los diferentes tratamientos se recoge en la tabla 2. La adición de probióticos mejoró la efectividad en los tratamientos de primera línea. No se observó una disminución de los efectos secundarios ni en primera (17%

		Uso de Probióticos					p
		No (n: 5.722)		Sí (n: 646)			
		n	%	n	%		
Duración máxima tratamiento	Naive	7-10 días	3.333	76,4	423	87,0	<0,001
		14 días	1.030	23,6	63	13,0	
	Rescate*	7-10 días	921	69,2	115	72,8	0,403
		14 días	410	30,8	43	27,2	
Potencia de inhibición ácida**	Naive	Bajo	1.425	32,7	74	15,2	<0,001
		Standard	1.056	45,0	236	48,5	
		Alto	970	22,3	177	36,3	
	Rescate	Bajo	411	31,0	27	17,3	<0,001
		Standard	467	37,5	64	41,0	
		Alto	416	31,4	65	41,7	
Régimen prescrito	Naive	Triple IBP+C+A	1.122	25,7	160	32,9	<0,001
		Cuádruple - M+Tc+B	1.812	41,4	82	16,9	
		Pylora	1.430	32,9	244	50,2	
	Rescate	Triple IBP+C+A	491	37,3	78	49,7	0,016
		Cuádruple - M+Tc+B	419	31,8	31	19,7	
		Pylora	406	30,9	48	30,6	

IBP – inhibidor de la bomba de protones; C – claritromicina; M – metronidazol; A – amoxicilina; L – levofloxacino B; – sales de bismuto; Tc – tetraciclina;

*Se engloba desde tercera a sexta línea de tratamiento

**Potencia de inhibición ácida con inhibidores de bomba de protones (IBP): *Dosis bajas IBP – 4,5 a 27 mg omeprazol equivalente/12h; dosis estándar IBP – 32 a 40 mg omeprazol equivalente/12h; dosis altas IBP – 54 a 128 mg omeprazol equivalente/12h.

Uso de probióticos en las diferentes líneas de tratamiento.

Tabla 1

		Uso de Probióticos				p	
		No (n: 5.722)		Si (n: 646)			
		n	%	n	%		
Resultado ITT modificado	Naive	Fracaso	447	10,4	22	4,6	<0,001
		Éxito	3.831	89,6	460	95,4	
	Rescate	Fracaso	285	22,1	26	16,9	0,164
		Éxito	1.003	77,9	128	83,1	
Cumplimiento terapéutico	Naive	No (<90%)	82	1,9	5	1,0	0,243
		Si (>90%)	4.267	98,1	481	99,0	
	Rescate	No (<90%)	33	2,6	3	1,9	0,880
		Si (>90%)	1.269	97,5	163	98,1	
Observación de al menos un evento adverso	Naive	No	3.886	89,4	406	83,4	<0,001
		Si	463	10,6	81	16,6	
	Rescate	No	1.151	86,3	136	87,2	0,653
		Si	153	13,7	20	12,8	

ITT: intención de tratar.

Eficacia de la adición de probióticos en las diferentes líneas de tratamiento y su impacto en cumplimiento terapéutico y efectos adversos.

Tabla 2

vs 11% en grupo de probióticos) ni en segunda línea (14% vs 13%). No se observó un grado de cumplimiento mayor en el grupo de probióticos.

El efecto del uso de probióticos en la eficacia de los diferentes tratamientos se recoge en la tabla 3. Se observó un aumento de la tasa de erradicación en la combinación de la terapia BQTsc durante 10 días con probióticos.

		Uso de Probióticos					
		No (n: 5.722)		Sí (n: 646)		P	
		n	%	n	%		
Naive	Triple IBP+C+A	Fracaso	160	14,6	15	9,6	0,118
		Éxito	934	85,4	141	90,4	
	Cuádruple - M+Tc+B	Fracaso	198	11,1	4	4,9	0,118
		Éxito	1584	88,9	77	95,1	
	Pylora	Fracaso	92	6,6	4	1,6	0,040**
		Éxito	1310	93,4	240	98,4	
Rescate	Triple IBP+C+A	Fracaso	121	25,4	19	25,3	0,889
		Éxito	355	74,6	56	74,7	
	Cuádruple - M+Tc+B	Fracaso	93	23,1	4	13,8	0,354
		Éxito	310	76,9	25	86,2	
	Pylora	Fracaso	57	15,0	3	6,3	0,153
		Éxito	322	85,0	46	93,8	

IBP – inhibidor de la bomba de protones; C – claritromicina; M – metronidazol; A – amoxicilina; L – levofloxacino B; – sales de bismuto; Tc – tetraciclina;

Efecto del uso de probióticos en la eficacia de las diferentes líneas erradicadoras.

Tabla 3

Conclusiones

Los probióticos se añaden en un 10% de los tratamientos erradicadores, siendo más frecuente en primera línea que en los tratamientos de rescate.

Su uso no se asocia a una disminución significativa de los efectos secundarios ni a un aumento del cumplimiento del tratamiento

SESIÓN V

CO-21. MEDICIÓN DE GLUCOSA TRAS PUNCIÓN DE LESIONES QUÍSTICAS PANCREÁTICAS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL PUERTA DEL MAR.

Alía Verdejo T, Hidalgo Blanco A, Bernal Torres Álvaro, Rendón Unceta Paloma, Macías Rodríguez MA

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

1. Análisis descriptivo de las características morfológicas observadas mediante ecoendoscopia (USE) en las lesiones quísticas pancreáticas (LQP) en nuestro centro.
2. Medición de glucosa y CEA en LQP con características mucinosas y comparación de dichos resultados con los descritos en la bibliografía.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes sometidos a USE diagnóstica de LQP entre abril 2022 y julio 2023. Se evaluaron datos demográficos y características morfológicas ecoendoscópicas. En los casos en los que se realizó punción se evaluaron niveles de glucosa y CEA intraquísticos.

Se realizó análisis descriptivo de la muestra expresándose las variables cualitativas en términos de porcentajes y las cuantitativas mediante parámetros de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica, cuartiles y rango intercuartil para los diagramas de cajas).

Resultados

Fueron recogidos 19 pacientes con LQP. De dichas lesiones, 16 presentaban características compatibles con lesiones mucinosas (82,21%) y 3 con lesiones serosas (17,78%). Las características morfológicas quedan recogidas en las **Figura 1**.

No se realizó punción sobre ninguna lesión característicamente serosa. En el caso de las LQP de

	MORFOLOGÍA		CONSISTENCIA		COMUNICACIÓN DPP	
MUCINOSOS	Unilocular	12 (75%)	Solidoquístico	7 (43.8%)	Si	6 (37.5%)
	Multilocular	4 (25%)	Anecoico	9 (56.3%)	No	9 (56.3%)
SEROSOS	Unilocular	0 (0%)	Solidoquístico	0 (0%)	Si	0 (0%)
	Multilocular	3 (100%)	Anecoico	3 (100%)	No	3 (100%)

Figura 1

Características morfológicas de las LQP. DPP: Ducto pancreático principal.

características mucinosas, se realizó punción diagnóstica en 15 (93,75%) de las cuales se obtuvieron mediciones de glucosa en 11 casos (73,33%) y de CEA en 13 casos (86,66%).

La glucosa media en líquido quístico fue de $27,81 \pm 33,99$ mg/dl (**Figura 2**) y en el caso de CEA la media fue de $207,66 \pm 284,08$ mg/dl (**Figura 3**).

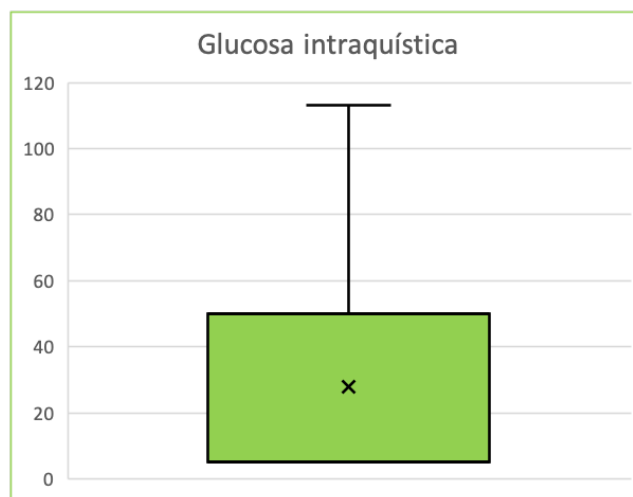


Figura 2

Representación en diagrama de cajas de los niveles intraquísticos de glucosa.

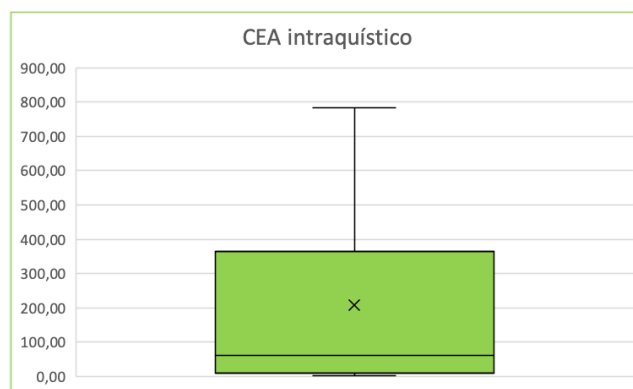


Figura 3

Representación en diagrama de cajas de los niveles intraquísticos de CEA.

Cabe destacar que en el caso de las mediciones de CEA se tuvieron que desechar dos niveles por encontrarse alejados de la media más allá de 3 desviaciones típicas, considerándose valores atípicos.

Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio muestran una glucemia media en líquido quístico 192 mg/dl en el caso de las LQP con características mucinosas. Estos valores han sido tomados como puntos de corte en los estudios encontrados en la bibliografía para la distinción entre LQP de etiología mucinosa vs serosa.

Además, de acuerdo a lo recogido en los últimos estudios, se ha encontrado una mayor variabilidad en los niveles de CEA obtenidos en las muestras que en los obtenidos en la medición de glucosa.

Por todo ello y, si bien es cierto que nuestro estudio se ve limitado por el escaso número de pacientes recogidos, parece apoyar la utilidad de la medición de glucosa intraquística para la distinción de lesiones de origen mucinoso, y su probable superioridad frente al CEA.

CO-22. UTILIDAD DE LA BIOPSIA RENAL TRANSYUGULAR EN LA EVALUACIÓN PRETRASPLANTE DE PACIENTES CON HEPATOPATÍA Y DATOS SIMULTÁNEOS DE ENFERMEDAD RENAL

Suárez Toribio A¹, Agulleiro Beraza I¹, Román García P², Temprado Collado A³, Domínguez Borrero MF¹, Nacarino Mejías V², Sousa Martín JM¹, Naranjo Arellano M³, Giráldez Gallego A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²SERVICIO RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ³SERVICIO NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Pretendimos analizar la utilidad de la biopsia renal transyugular (BRTY) en pacientes con hepatopatía, fundamentalmente dentro de la evaluación de su idoneidad como candidatos a trasplante hepático (TH) aislado o combinado con trasplante renal (THR).

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de nuestra serie de casos de pacientes hepatopatas con sospecha de enfermedad renal primaria simultánea, por la que se sometieron a una BRTY. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de la función renal y hepática, así como relacionadas con el procedimiento (tasa de éxito y complicaciones).

Resultados

Entre enero de 2017 y junio de 2023, 26 pacientes con hepatopatía (edad media 55,8±9,3 años; 76,9% hombres) fueron sometidos a una BRTY. La principal causa fue el alcohol (42,3%), seguida de las etiologías viral y metabólica, ambas 19,2%. Un 61,5% tenía Diabetes mellitus. La mediana de filtrado glomerular era de 38(27-43) ml/min, un 57,7% presentaban hematuria significativa y la mediana de proteinuria era de 956(192-4575) mg/24h. El 92,3% de pacientes presentaba cirrosis hepática (MELD 16[13-20]; Child 8[6-9]), principalmente con hipertensión portal: varices esofagógicas o ascitis (58,3%) y esplenomegalia (mediana del tamaño del bazo 16[15-18]). Se obtuvo éxito técnico de la biopsia en 23/26 casos (88,5%), y el 95% de estas muestras fueron representativas (22/23). El principal diagnóstico histológico fue de nefropatía diabética (31,8%) seguido de glomerulonefritis IgA (18,2%). Hubo cinco complicaciones relacionadas con la biopsia (19,2%). La BRTY permitió la toma de decisiones sobre la idoneidad del TH aislado o combinado en 13 pacientes (50%), siendo favorable en diez casos (76,9%). Durante el seguimiento (mediana 374[117-917] días), cinco pacientes se sometieron a doble trasplante hepatorenal, uno a trasplante hepático, ocho fallecieron y doce se encuentran vivos (uno de ellos en lista de THR).

Conclusiones

La BRTY es una herramienta útil que permite tomar decisiones adecuadas, muchas veces vinculantes, sobre la idoneidad del TH(R).

CO-23. MODELO CRÓNICO OPTIMIZADO DE ENFERMEDAD DE CROHN EN RATONES BALB/C: POLIFENOLES PROCEDENTES DE ARISTOTELIA CHILENSIS (ACH) PROVOCAN CAMBIOS CLÍNICOS Y MICROSCÓPICOS DEL TEJIDO INTESTINAL.

García García MD¹, Ortiz-Cerda T², Merinero M³, Macías-García L³, Kangzhe X², Argüelles Árias F¹, De-Miguel Rodríguez M⁴

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SCHOOL OF MEDICAL SCIENCES, FACULTY OF MEDICINE AND HEALTH. CHARLES PERKINS CENTRE, THE UNIVERSITY OF SYDNEY, SYDNEY. ³DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por una respuesta inmune aberrante que resulta en una distorsión arquitectural y necrosis del tejido intestinal. Previamente hemos demostrado que el extracto del fruto *Aristotelia chilensis* (Ach), presenta significativos efectos antiinflamatorios y antioxidantes en un modelo agudo de

EC. El objetivo de este estudio fue desarrollar un modelo animal crónico y conocer la capacidad de Ach para mejorar la respuesta clínica y aliviar el daño intestinal.

Material y métodos

El modelo crónico de EC (Figura 1) se llevó a cabo utilizando ratones macho BALB/C de 12 semanas mediante la administración intracolónica de ácido trinitrobenzenosulfónico (TNBS) en dosis crecientes (0.75, 1.25 y 2.50mg/ratón) (Figura 2) con previa sensibilización tópica (100µl TNBS y/o EtOH 50%) (Figura 3). Se dividieron en 5 grupos (n=20): (a) control negativo (EtOH50%), (b) control positivo (EtOH 50%+TNBS), (c) 5-ASA (TNBS + 350mg/Kg/día 5-ASA), (d) Ach (TNBS + 50mg/Kg), (e) Ach + 5-ASA (TNBS+ Ach 50mg/Kg + 5-ASA 350mg/Kg/día). Los tratamientos fueron administrados mediante vía oral, utilizando crema de cacahuete (vía fisiológica y segura, previo entrenamiento durante 1 semana). Se realizó un seguimiento diario de la respuesta clínica al tratamiento mediante Índice de Actividad de Enfermedad (DAI). Al finalizar el experimento, los ratones fueron sacrificados y las muestras de colon fueron teñidas con H-E y analizadas mediante score histopatológico.

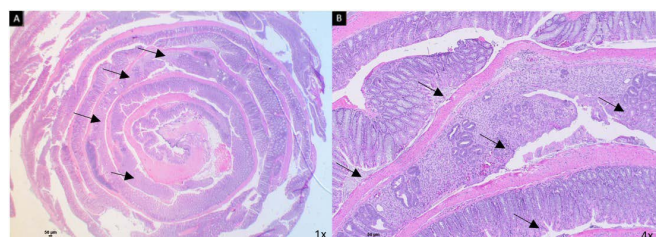


Figura 1

Estudio histopatológico de colon enfermo (modelo crónico EC). A. Focos de distorsión arquitectural parcheado (flechas negras). B. Necrosis intestinal en epitelio y criptas (flechas negras).

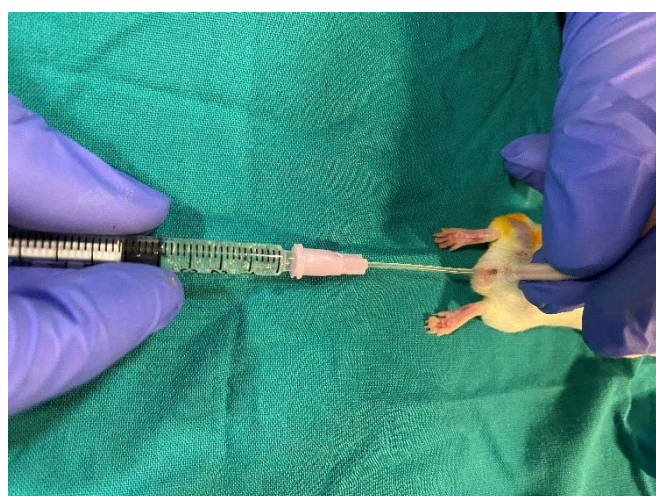


Figura 2

Administración intracolónica de TNBS, tratamiento inductor de la enfermedad.



Figura 3

Proceso de sensibilización. Administración cutánea de TNBS 1 semana antes de la inducción de la enfermedad.

Resultados

Nuestros resultados mostraron que tras la inducción con TNBS, los ratones incrementan significativamente el score DAI comparado con el grupo control (p-valor 0.0370). Tras la administración de los diversos tratamientos, se observó una importante reducción del score DAI, siendo estadísticamente significativo el tratamiento con Ach (p-valor 0.0007) (Figura 4A). En cuanto al análisis histopatológico, todos los grupos tratados consiguieron una reducción del % de necrosis con respecto al control (Figura 4B), aunque sin significancia estadística. En la figura 5 ilustramos las diferencias histopatológicas de cada grupo de tratamiento.

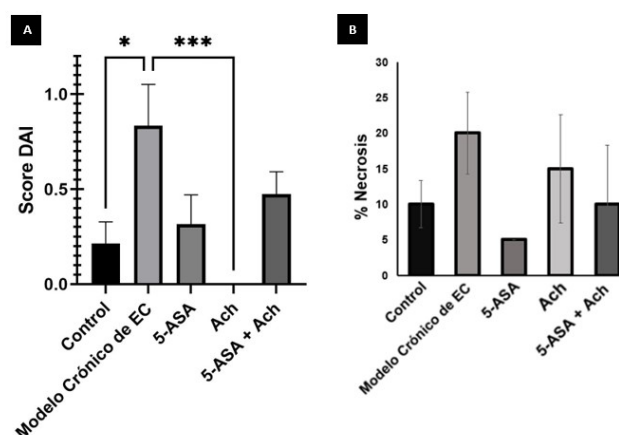


Figura 4

A. Score DAI de los grupos experimentales. B. Porcentaje de necrosis de los grupos experimentales.

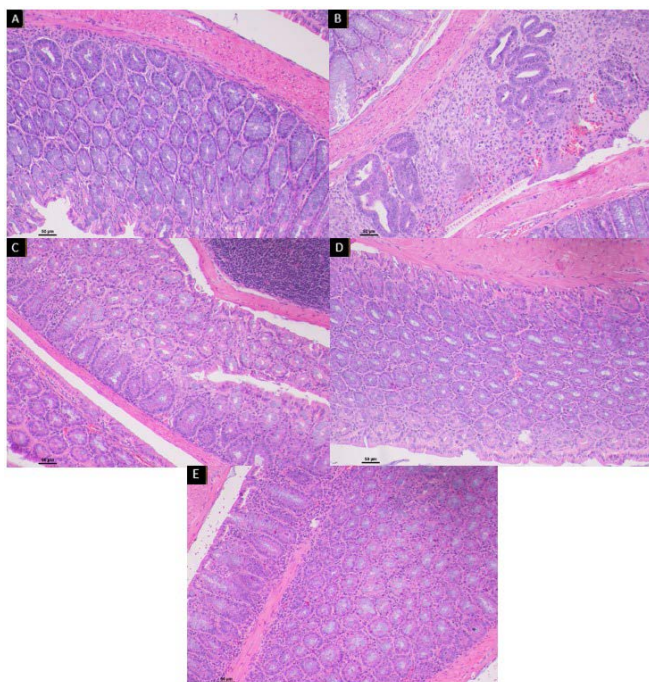


Figura 5

A, C, D y E muestran arquitectura intestinal conservada. B muestra pérdida del epitelio glandular (*), focos de necrosis (flecha continua) e infiltrado inflamatorio mixto (flecha discontinua).

Conclusiones

La optimización de un modelo crónico de EC permite evaluar daño intestinal (necrosis y distorsión arquitectural) y respuesta a nuevos tratamientos. En este estudio piloto, hemos demostrado que Ach puede mejorar el desarrollo clínico de la enfermedad y reducir la necrosis histológica. Futuros estudios con mayor tamaño muestral y poder estadístico son necesarios para validar esta tendencia y considerar el uso de polifenoles como un posible tratamiento en la EII.

CO-24. OPTIMIZACION DE LA DOSIS DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN LOS TRATAMIENTOS ERRADICADORES DE PRIMERA Y SEGUNDA LINEA FRENTE A HELICOBACTER PYLORI: RESULTADOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI (HP-EUREG)

Keco-Huerga A¹, Castro-Fernández M¹, Pabón-Carrasco M¹, Pérez-Aisa A², Lucendo AJ³, Lanás A⁴, Martínez-Dominguez SJ⁴, Alfaro-Almajano E⁴, Rodrigo L⁵, Bujanda L⁶, Huguet JM⁷, Fernández-Salazar L⁸, Alcaide N⁸, Velayos B⁸, Barrio J⁹, Perona M¹⁰, Nuñez O¹¹, Gómez-Rodríguez BJ¹², Ledro-Cano D¹², Domínguez-Cajal M¹³, Almela P¹⁴, Gómez-Camarero J¹⁵, Cano-Catalá A¹⁶, Moreira L¹⁷, Parra-Pineda P¹⁸, Nyssen OP¹⁸, Gisbert JP¹⁸

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

³DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE TOMELLOSO, TOMELLOSO. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA, ZARAGOZA.

⁵UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA, DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN. ⁷UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA, VALENCIA. ⁸DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID, VALLADOLID.

⁹UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA, VALLADOLID. ¹⁰UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA), MARBELLA. ¹¹UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL LA MORALEJA, MADRID. ¹²DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ¹³UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL SAN JORGE, HUESCA.

¹⁴SERVICIO MEDICINA DIGESTIVA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CASTELLÓN, CASTELLÓN DE LA PLANA/CASTELLÓDELAPLANA. ¹⁵DEPARTAMENTOGASTROENTEROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS, BURGOS.

¹⁶GRUPO INVESTIGACIÓN. CENTRE HOSPITALARI, MANRESA. ¹⁷DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA, BARCELONA. ¹⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID.

Introducción

Las dosis altas de inhibidores de la bomba de protones (IBP) incrementan la efectividad de la triple terapia clásica y probablemente también, aunque no está bien establecido, de las cuádruples terapias actualmente recomendadas. Se objetiva evaluar el papel de los IBP, a distintas dosis, en la efectividad de los tratamientos erradicadores de *H. pylori* más frecuentes de primera y segunda línea en Europa.

Material y métodos

Registro europeo prospectivo, multicéntrico, no intervencionista del manejo de la infección por *H. pylori* (HpEuReg). Se analizaron todos los tratamientos que incluían un IBP desde 2013 a 2021. La dosis de IBP (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol o esomeprazol) se clasificó según potencia antisecretora en: alta (54-128 mg equivalentes de omeprazol [OE]), estándar (33-40 mg OE) y baja (4,5-27 mg OE) administradas 12 horas (Tabla 1). El análisis se realizó por intención-de-tratar modificado incluyendo los países con > 1.000 casos. Los datos se sometieron a revisión de calidad.

Resultados

Se evaluaron 36.579 casos (80% del total) de España, Rusia, Italia, Eslovenia y Lituania. En primera línea se obtuvo una efectividad óptima (~90%) con todas las terapias de 10 o

14 días con dosis altas de IBP y con la cuádruple secuencial y cuádruples con bismuto de 10 días, y con la cuádruple concomitante de 14 días con dosis estándar. En segunda línea se obtuvo una efectividad óptima con dosis altas de IBP con la triple terapia con levofloxacin y amoxicilina de 14 días y con la cuádruple clásica con bismuto de 10 y 14 días, en este último caso también con dosis estándar. Ninguna terapia de 7 días logró tasas de curación óptimas (Tabla 2).

Efectividad primera línea tratamiento Según duración y dosis de IBP n/N (%)- mITT					
		Baja	Estándar	Alta	p-valor
10 días N: 12214 (55.3%)	Triple IBP-C+M/A	1277/1634 (78)	1088/1261 (86)	417/466 (90)	0.0001
	Cuádruple secuencial IBP-C+A+M	981/1112 (88)	48/51 (94)	603/647 (93)	0.002
	Cuádruple concomitante IBP-C+A+M	1262/1437 (88)	507/580 (87)	440/476 (92)	0.013
	Cuádruple con bismuto IBP-C+A+B	200/233 (86)	213/235 (91)	93/101 (93)	0.137
	Pylera® Cuádruple con bismuto IBP-M+T+B	1533/1683 (91)	865/917 (94)	1300/1371 (95)	0.0001
14 días N: 7782 (35.2%)	Triple IBP-C+M/A	426/528 (81)	758/850 (89)	1273/1391 (92)	0.0001
	Cuádruple concomitante IBP-C+A+M	597/702 (85)	385/429 (90)	1573/1685 (93)	0.0001
	Cuádruple con bismuto IBP-C+A+B	165/180 (92)	797/859 (93)	969/1067 (91)	0.299
	Pylera® Cuádruple con bismuto IBP-M+T+B	18/20 (90)	55/59 (93)	11/12 (92)	0.893
Efectividad segunda línea tratamiento Según duración y dosis de IBP n/N (%)- mITT					
		Baja	Estándar	Alta	p-valor
10 días N: 2.203 (54.9%)	Triple IBP-L+A	366/497 (84)	199/256 (78)	178/213 (84)	0.015
	Cuádruple concomitante IBP-C+A+M	58/79 (73)	15/18 (83)	54/69 (78)	0.605
	Cuádruple con bismuto IBP-L+A+B	12/14 (86)	7/9 (78)	3/3 (100)	0.643
	Pylera® Cuádruple con bismuto IBP-M+T+B	404/467 (87)	169/191 (89)	357/387 (92)	0.028
14 días N: 1288 (38.1%)	Triple IBP-L+A	45/57 (79)	35/43 (81)	318/341 (93)	0.0001
	Cuádruple concomitante IBP-C+A+M	36/54 (67)	46/51 (90)	73/83 (88)	0.001
	Cuádruple con bismuto IBP-L+A+B	36/50 (72)	43/49 (88)	416/462 (82)	0.001
	Pylera® Cuádruple con bismuto IBP-M+T+B	14/19 (74)	43/45 (96)	33/34 (97)	0.005

A: amoxicilina; B: bismuto; C: claritromicina; L: levofloxacin; M: metronidazol; T: tetraciclina; mITT: intención de tratamiento modificado; IBP: inhibidor bomba de protones; N: Total tratados; n: Total curados; Dosis baja IBP - 4.5 a 27 mg equivalentes de omeprazol; Dosis estándar IBP- 32 a 40 mg equivalentes de omeprazol; Dosis alta IBP - 54 a 128 mg equivalentes de omeprazol, todos ellos, dos veces al día.

Conclusiones

En primera línea de tratamiento son aconsejables dosis altas de IBP en la cuádruple terapia concomitante, mientras que son suficientes dosis bajas en la cuádruple terapia con metronidazol-tetraciclina-bismuto. En segunda línea son aconsejables dosis altas de IBP en la triple terapia con levofloxacin y amoxicilina de 14 días, siendo suficientes dosis estándar en la cuádruple con metronidazol-tetraciclina-bismuto.

CO-25. VALORACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LAS GUÍAS CLÍNICAS SEGÚN EL RIESGO HISTOLÓGICO EN LOS TUMORES COLORRECTALES PT1

Rodríguez Gallardo M¹, González Antuña J¹, Sánchez Arenas R¹, Machuca Aguado J², Muñoz García-Borrue M¹, Caunedo Álvarez Á

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

El programa de cribado de cáncer colorrectal (CCR) y el avance de la endoscopia terapéutica en los últimos años ha incrementado el diagnóstico precoz de CCR, siendo cada vez más frecuentes los tumores pT1. Nuestros objetivos son describir los factores que determinaron el tratamiento de los CCR-pT1 al diagnóstico y analizar el cumplimiento de las recomendaciones de las guías actuales respecto al riesgo histológico.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los CCR-pT1 registrados en la base de datos de anatomía patológica desde enero 2018 a diciembre 2022. Analizamos variables

Tabla 1

Relativa potencia de los inhibidores de la bomba de protones.

	Dosis baja (mg)	Dosis estándar (mg)	Dosis alta (mg)
	4.5-27 mg OE	32-40 mg OE	54-128 mg OE
Omeprazol	20	40	80
Lansoprazol	30	45	80
Pantoprazol	80	160	240
Rabeprazol	10	20	40
Esomeprazol	10	20	40

OE: omeprazol equivalentes; b.i.d: dos veces al día.

Tabla 2

Efectividad de las primeras y segundas líneas de tratamiento de la infección por H. pylori según duración y dosis de IBP.

Alto riesgo (≥1 criterio)

Grado histológico	Alto o indiferenciado
Invasión linfocelular	Presente
Budding tumoral	Presente
Margen de resección	No respetado
Invasión submucosa profunda	Presente

Factores de alto riesgo histológico.

Tabla 1

demográficas, endoscópicas e histológicas. Las lesiones se clasificaron en alto riesgo (≤ 1 criterio: poco diferenciada o indiferenciada, invasión linfovascular, budding, invasión submucosa profunda (ISP) o margen de resección no respetado) y bajo riesgo.

Resultados

Se incluyeron 161 CCR-pT1, 53 fueron resecados endoscópicamente. De este grupo, el 64,2% (n=34), fueron varones con edad media de 64±10 años. El 28,3% (n=15) fueron colonoscopias del cribado poblacional. El 58,5% (n=31) eran lesiones pediculadas y el 88,6% (n=47) estaban localizadas en colon izquierdo. La resección fue en bloque en el 75,5% (n=40) de los casos. 17 cumplían al menos un criterio de alto riesgo, siendo la ISP el único criterio en 12. Tras decisión en comité multidisciplinar se remitieron 7 a cirugía (4 con ISP) y 2 a tratamiento con TAMIS. Se observó extensión linfática en uno de los pacientes operados. Los otros 8 pacientes se siguieron de forma conservadora hasta 2022 sin signos de recidiva.

	Cirugía tras REM N=20	Seguimiento tras REM N=29	P
Varón	12 (60%)	19 (65,5%)	
Edad	62±12,43	66,26±8,31	
Pólipos pediculados	12 (60%)	19 (65,5%)	
Colon izquierdo	17 (85%)	26 (89,7%)	
Tamaño pólipo (mm)	28,25±17	23,63±6	
REM en bloque	11 (55%)	25 (86,2%)	
Alto grado diferenciación	12 (60%)	20 (69%)	
Sin invasión de márgenes	14 (70%)	27 (93,1%)	0,035
Sin invasión linfovascular	18 (90%)	26 (89,7%)	
Invasión SM profunda	6 (54,5%)	6 (20,7%)	0,015
N+	1 (0,05%)	0	
Meses seguimiento (mediana)	6	15	

Tabla 2

Características de los pacientes según actitud tras resección endoscópica mucosa (REM) sin reflejar a los pacientes que se han realizado TAMIS.

Conclusiones

En nuestra serie, la mayoría de los CCR-pT1 tratados endoscópicamente eran de bajo riesgo. Aquellos de alto riesgo en los que se decidió seguimiento tras resección endoscópica no presentaron recidiva ni metástasis ganglionar durante el seguimiento. La ISP como único criterio de alto riesgo podría ser insuficiente para una indicación de cirugía complementaria tras la resección endoscópica.

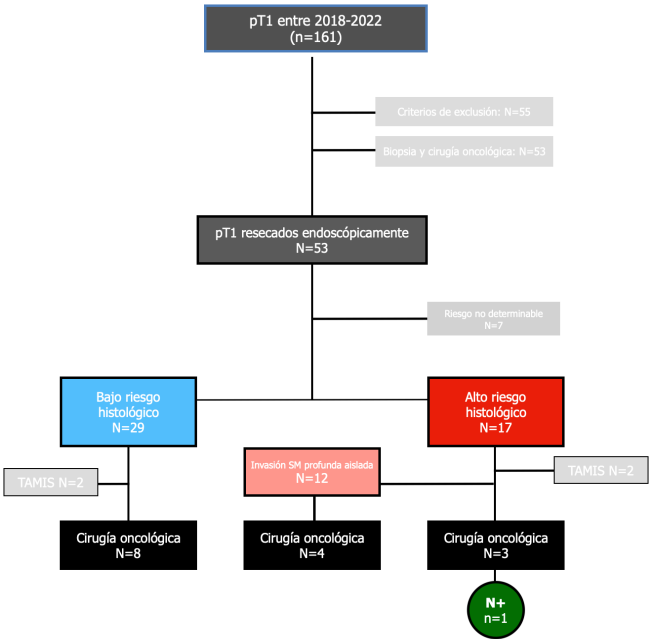


Diagrama flowchart del estudio.

Figura 1

VFO-01. DISECCIÓN INTERMUSCULAR ENDOSCÓPICA (DEI) PARA EL CÁNCER INVASOR PROFUNDO DE LA SUBMUCOSA EN EL RECTO: UN NUEVO ABORDAJE ENDOSCÓPICO

Rosón Rodríguez PJ, Fernandez Cano FM, Marques A, Cotta Rebollo J, Verdejo C, Romero MA

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

Introducción

La disección endoscópica de la submucosa (DES) se ha convertido en la técnica de referencia para la resección de las neoplasias colorrectal superficiales. Sin embargo, la tasa de resección R0 para los cánceres T1 con patrones invasivos focales está lejos de ser perfecta en el margen vertical.

Caso clínico

Recientemente se ha descrito la disección intermuscular endoscópica (DIE) como un método para lograr márgenes verticales libres, mediante la disección entre las dos capas musculares de la pared colónica. Este abordaje, es factible en el recto donde las dos capas son gruesas y presentan un tejido conectivo entre ambas, que permite disecar este espacio.

La técnica tiene dos beneficios potenciales: 1) mantener el músculo longitudinal rectal sin perforación ni siembra de células, y 2) disección más profunda que la estándar para lograr márgenes verticales libres claros cuando la submucosa profunda está invadido

Con este abordaje el riesgo de metástasis linfática asociado con la invasión de la submucosa profunda debe equilibrarse con la mortalidad y la morbilidad de la escisión total del mesorrecto (TME).

Técnica

Se inicia una disección estándar, hasta alcanzar la zona de la lesión sospechosa de invasión profunda. Se incide la muscular propia hasta exponer la longitudinal. Se va disecando por el espacio intermuscular hasta superar la zona.

Finalmente se recupera progresivamente el plano submucoso y se finaliza la disección. Dependiendo de la altura de la lesión será obligatorio o no el cierre endoscópico, que de todas formas es deseable para disminuir el riesgo de infección de los espacios mesorectales.



VFO-02. FUNDUPPLICATURA ANTERIOR ENDOSCÓPICA TRAS MIOTOMIA POEM EN LA MISMA SESIÓN. POEM-F

Rosón PJ, Romero MA, Paris A, Fernandez FM, Marques A, Calle J

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

Introducción

La miotomía endoscópica peroral (POEM) es un tratamiento bien establecido para la acalasia, sin embargo, el reflujo gastroesofágico tras POEM sigue siendo un problema.

Caso clínico

Recientemente se ha descrito la funduplicatura endoscópica tras POEM (POEM + F) para reducir el ERGE post-POEM.

El procedimiento consta de dos pasos: POEM anterior y funduplicatura.

La fase inicial consiste en realizar un POEM estándar anterior. Un endoscopio pediátrico en retroflexión en la cavidad gástrica evalúa los movimientos y la posición del endoscopio "principal" en la cavidad abdominal

Acabada la miotomía se realiza la disección del peritoneo. Sobre esta zona se localiza el lóbulo hepático izquierdo, así que se debe usar una pinza coagrasper para disecar suavemente el peritoneo usando una combinación de coagulación suave y forzada.

Tras entrar a cavidad abdominal se crea el neumó usando la insuflación de CO2 y se realizan múltiples "simulaciones" tirando de la pared gástrica anterior hacia la UGE. La zona elegida se marca con diatermia.

Un endoloop se coloca y se fija con la ayuda de cuatro clips al sitio de anclaje distal y proximal, y en los bordes finales de la miotomía del músculo esofágico

Finalmente se cierra el loop creando la funduplicatura anterior, se cortan y retiran los extremos sobrantes y se revierte todo hacia la cavidad abdominal.

Discusión

Disponemos todavía de muy pocos datos de seguimiento a largo plazo de la técnica, si bien los resultados a corto plazo parecen muy prometedores. Todo el procedimiento añadió 45 minutos a la técnica estándar de POEM.



VFO-03. RESECCIÓN TRANSMURAL DE LESIONES COLÓNICAS EN DISTINTOS ESCENARIOS

Viejo Almanzor A, Sotomayor Orellana M, Hidalgo Blanco A, Ramírez Raposo R, Rodríguez Ramos C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

La resección endoscópica transmural (EFTR) mediante el dispositivo Fullthickness-resection-device® (FTRD) es una técnica desarrollada para el tratamiento de algunas lesiones colorrectales no resecables mediante polipectomía/mucosectomía habitual, y constituye una alternativa a la DSE en lesiones menores de 30mm.

Caso clínico

Caso-1:

Mujer de 67 años con lesión polipoidea plana (0-IIa) de 15-20mm de diámetro a 70cm del MAE. Asentaba sobre un pliegue y no se elevaba tras la inyección submucosa,

considerándose no resecable. Se realizó una segunda colonoscopia que logró una resección parcial a pesar de inmersión bajo agua y precorte mucoso. Ante dos intentos fallidos, se decidió realizar EFTR tras realizar marcaje perimetral con sonda de calor, logrando su extracción completa. Nos ayudamos con inmersión bajo el agua para facilitar el avance del dispositivo, así como la inclusión de la pieza en el mismo. La paciente no presentó complicaciones inmediatas ni tardías. El estudio anatomopatológico fue informado como adenoma tubular de 1.4cm con displasia de bajo grado, que dista 0.3cm del borde quirúrgico más cercano.

Caso-2:

Mujer de 56 años con antecedente de LST-G de 20mm en ciego, resecada, que presenta en colonoscopias de revisión recidiva adenomatosa sobre cicatriz de polipectomía previa hasta en 3 ocasiones a pesar de realizar resección completa con asa fría en cada una de ellas. Ante la recurrencia, programamos una EFTR. Se realizó marcaje perimetral de la lesión previa cromoendoscopia virtual y directa con índigo carmín para asegurar identificación de los bordes. Accedimos hasta el ciego, lo cual fue dificultoso por tener que intubar todo el colon, pasar varios ángulos y presentar una sigma de calibre estrecho. Con maniobras de rectificación, compresión abdominal e inmersión con agua, conseguimos alcanzar la lesión y procedimos a su resección transmural con técnica habitual, logrando su extracción completa. Durante su vigilancia hospitalaria posterior, presentó rectorragia leve no anemizante en probable relación a laceraciones mucosas secundarias a la intubación con el dispositivo. No presentó otras complicaciones. El estudio anatomopatológico fue informado como adenoma tubulovelloso de 1.5cm con displasia de bajo grado, que dista 0.2cm del borde quirúrgico más cercano.

Discusión

La EFTR mediante FTRD es una técnica endoscópica eficaz para la resección de lesiones colorrectales adecuadamente seleccionadas. La inmersión con agua puede facilitar tanto el avance del dispositivo como la inclusión de la lesión en el capuchón



VFO-04. GASTROENTEROANASTOMOSIS GUIADA POR ECOENDOSCOPIA EN OBSTRUCCIÓN AL VACIAMIENTO GÁSTRICO

Viejo Almanzor A, Alía Verdejo T, Ramírez Raposo R, Hidalgo Blanco A, Macías Rodríguez MA, Rodríguez Ramos C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

La gastroenteroanastomosis guiada por ecoendoscopia mediante el uso de prótesis de aposición luminal es una alternativa al tratamiento clásico con prótesis duodenal metálica autoexpandible en los casos de estenosis duodenal.

Caso clínico

Varón de 72 en estudio por ictericia y dilatación de vías biliares, de probable etiología maligna, pero sin confirmación radiológica. Se realiza CPRE con visualización de úlcera duodenal sugestiva de neo-plasia, con histología negativa. Posteriormente desarrolla cuadro de intolerancia oral y vómitos, observándose estómago de retención secundario a estenosis en primera rodilla duodenal, con biopsias repetidas normales. Se realiza ecoendoscopia en la que se visualiza lesión focal sólida de 2 cm en cabeza de páncreas, con punción negativa. Se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico sin hallazgos patológicos y PET-TAC en el que se describe lesión en segmento VIII hepático sugestiva de metástasis que es biopsiada con resultado de infiltración por adenocarcinoma de origen bilio-pancreático.

Dada la pluripatología del paciente y el alto riesgo quirúrgico, se plantea realización de gastroenteroanastomosis USE-guiada.

Con gastroscopio terapéutico se hace pasar una sonda enteral de 10F sobre guía a través de la estenosis duodenal, para rellenar la luz intestinal con solución salina templada teñida con azul de metileno. Durante el intercambio del gastroscopio por ecoendoscopia la sonda se retrae a cámara gástrica en repetidas ocasiones, por lo que finalmente se coloca a través de la estenosis un drenaje nasobiliar con extremo pigtail para hacer la infusión del fluido. Tras ello, localizamos por escopia el ángulo de Treitz y se procede a buscar el punto de punción con ecoendoscopia terapéutico. Visualizada el asa intestinal diana, distendida con solución salina en su interior, se procede a colocar una prótesis de aposición luminal HOT-AXIOS de 20mm*10mm con técnica habitual, apreciándose salida de solución teñida de azul tras liberación de la copa proximal en cámara gástrica.

No se producen complicaciones inmediatas ni tardías.

Discusión

La gastroenteroanastomosis guiada por USE es una técnica con elevada tasa de éxito técnico y clínico (en torno al 90%) en el tratamiento de la obstrucción al vaciamiento gástrico, que permite la reintroducción precoz de la dieta con corta estancia hospitalaria.

Frente a la prótesis duodenal clásica, tiene la ventaja de disminuir el número de nuevas endoscopias por migración, crecimiento del tumor a través de la malla y obstrucción. Como desventaja, es una técnica más invasiva, con una tasa de efectos adversos del 12-15% (migración, malposición, hemorragia, dolor...), por lo que es fundamental una adecuada selección de pacientes.



VFO-05. HIDRODISECCIÓN CON HYBRIDKNIFE FLEX EN MODO SONDA: UNA VARIANTE TÉCNICA FACTIBLE, SEGURA Y REPRODUCIBLE PARA LA DSE COLORRECTAL EN NUESTRO MEDIO

Gallego Rojo FJ¹, Ramos Zabala F², Guilarte J³, Gallardo F¹, Reina S¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. ²UNIDAD ENDOSCOPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO HM MONTEPRÍNCIPE. UNIV. CEU SAN PABLO, BOADILLA DEL MONTE. ³UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA, BAZA.

Introducción

La hidrodisección colorrectal con el bisturí Hybrid Knife y el sistema Erbejet 2 en modo sonda ha sido previamente descrita por uno de los autores como un método sencillo, seguro y reproducible en nuestro medio. El desarrollo de nuevos bisturíes del tipo Hybrid Knife Flex puede hacer más segura, sencilla y eficaz la técnica y ampliar su difusión en las unidades de endoscopia digestiva de nuestro entorno. Se describe un caso de hidrodisección rectal con este sistema y el nuevo bisturí Hybrid Knife Flex tipo T 1.5 mm.

Caso clínico

Lesión rectal baja de 40 mm con morfología LST-GM (lesión rectal de extensión lateral con morfología mixta) según la clasificación de Kudo y Is + Ila según la clasificación de París, tratada mediante hidrodissección con el sistema ERBEJET 2 y el nuevo bisturí Hybrid Knife Flex T 1.5 mm en modo sonda. Como electrobisturí se ha utilizado la unidad VIO-3 con la siguiente configuración: marcaje (soft coag 4.5), incisión mucosa (endocut Q, 2-3-3), precoagulación vasos (soft coag 4.5) y para la disección, precise sect 4.0.

El endoscopio elegido ha sido el modelo EC-740-TM de Fujifilm, con un capuchón recto Olympus adaptado en la punta del endoscopio. Como solución de inyección submucosa se ha usado suero salino fisiológico teñido ligeramente con índigo carmín.

Discusión

La disección colorrectal continúa siendo un reto en las unidades de endoscopia digestiva de nuestro país por su complejidad, duración de la técnica y potenciales complicaciones graves.

Las complicaciones más frecuentes continúan siendo la hemorragia y la perforación.

El sistema de hidrodissección con el bisturí Hybrid Knife Flex en modo sonda, hace reproducible la técnica de forma más segura y rápida.



La configuración "Precise Sect" con la unidad electroquirúrgica VIO-3 en la fase de disección, aporta seguridad, rapidez y menor carbonización del tejido (escara limpia). La precoagulación de vasos de mediano calibre (hasta 1.2 mm) es muy eficaz con este bisturí disminuyendo el uso del fórceps hemostático. El sistema de hidrodissección en modo sonda descrito puede representar un modelo más adaptado a nuestro entorno que los orientales.

VFO-06. QUE HACER CUANDO FALLA EL SISTEMA DE LIBERACIÓN DE LA PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL Y YA TIENES ABIERTO EL ORIFICIO DE COLEDODUODENOSTOMIA

Sanchez Yague A, Lopez Muñoz C, Gonzalez Canoniga A, Rivera Irigoin R, Perez Aisa A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

La coledocoduodenostomia con protesis de aposición luminal es una opción de drenaje biliar sobre todo en patología maligna especialmente cuando la CPRE resulta fallida, no es posible infiltración del área papilar o por obstrucción duodenal. Se han descrito diversas incidencias y complicaciones durante la creación de la coledocoduodenostomia siendo las más comunes las relacionadas con la liberación de los extremos distal o proximal aunque también se han descrito otras más graves como la punción de la vena porta.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 72 años con un cáncer de cabeza de páncreas con infiltración duodenal que hacia la CPRE impracticable. Se decidió realizar una coledocoduodenostomia con protesis de aposición luminal. El coledoco media 21mm. Tras acceder con la punta energizada del catéter se procedió a quitar el seguro que permite la liberación del extremo distal sin embargo en ese momento toda la pestaña de liberación se desmontó. Inicialmente intentamos reconstruir el sistema sin éxito. Como sabíamos que la vaina externa era accesible desde el mando utilizamos una pinza de Kocher para atrapar la vaina externa y deslizarla permitiendo la liberación del extremo distal y posteriormente el proximal.

Discusión

Aunque lo ideal es no tener complicaciones, lo realmente importante es saber cómo resolverlas. Este caso pone de relieve la importancia de conocer el material a fondo para poder solventar los problemas técnicos que pudieran aparecer. En el caso de este dispositivo de liberación de prótesis de aposición luminal, la vaina externa es accesible desde el mango por lo que la utilización de una pinza de Kocher permite la liberación en caso de rotura del sistema de liberación.



VF-01. USO DE NUEVO SISTEMA DE TRACCIÓN FLEX-LIFTER PARA FACILITAR LA DISECCIÓN ENDOSCÓPICA EN COLON

Rosón Rodríguez PJ, Fernandez Cano F, Paris Garcia A, Romero Ordoñez MA, Calle Calle J, Palma Verduquez Y

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

Introducción

La disección endoscópica submucosa es una técnica que permite reseccionar en bloque lesiones neoplásicas del tubo digestivo, con menos tasas de recidiva y un mejor estudio histológico, que las técnicas de mucosectomía clásica.

Caso clínico

No obstante en muchas ocasiones el lograr un acceso fácil a la submucosa o mantenerlo, para realizar la fase de disección es difícil, sobre todo cuando las lesiones asocian cierto grado de fibrosis en la submucosa, lo que estrecha el espacio submucoso y hace difícil trabajar en él.

Los endoscopistas no contamos con la ayuda de un segundo operador que pueda traccionar de la pieza (como hacen los cirujanos) y hemos tenido que recurrir a múltiples técnicas de tracción interna y externa, para mimetizar lo que hacen los cirujanos y facilitar nuestra técnica.

Se han descrito múltiples sistemas de tracción diferentes, y se ha publicado en múltiples artículos que su uso acorta los tiempos de realización de la disección, aumenta el porcentaje de resección en bloque y disminuye las complicaciones.

La búsqueda del sistema de tracción perfecto sigue y recientemente varias casas comerciales están apostando por sistemas articulados y por fuera del canal de trabajo que permitan reposicionar la tracción y mover el sistema dentro del colon.

El sistema Flexlifter consta de una pinza atraumática montada en un capuchón que se coloca en la punta del endoscopio y permite adaptar la tracción a la necesidad. La pinza una vez cogido el Flap se queda fija y permite realizar movimientos horizontales con el bisturí, para ir disecando la submucosa.



VF-02. RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LA MUCOSA COMO ALTERNATIVA DEFINITIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ANGIODISPLASIAS COLÓNICAS.

Roson PJ, Paris A, Gonzalo J, Fernandez FM, Palma Y, Verdejo C

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

Introducción

Las angiodisplasias digestivas son responsables de alrededor del 10% de las hemorragias digestivas bajas. Son frecuentes en poblaciones de edad avanzada con antecedentes de enfermedad cardíaca o tratamiento anticoagulantes medicamento.

Caso clínico

Se han descrito múltiples modalidades endoscópicas para el tratamiento de la angiodisplasia colónica. El más método más utilizado es la coagulación con plasma de argón (APC), pero también se ha publicado la coagulación bipolar o con sonda térmica, los clips endoscópicos y la escleroterapia.

El APC es simple de usar y ampliamente aceptada pero no está exento de complicaciones con una tasa de perforación del 1%, y de resangrado postratamiento de hasta el 34%

Ya sabemos que la Vascularización del colon presenta forma de "árbol", con un tronco en la muscular que se ramifica hacia la mucosa, pues bien, todas estas terapias endoscópicas existentes tienen como objetivo la expresión mucosa (copa) de la lesión vascular subyacente (tronco), que es imposible tratar con APC ya que este solo trata superficialmente. Además el APC induce con frecuencia sangrado inmediato y formación de coágulos, lo que reduce su eficacia y conduce a una alta tasa de resangrado.

Por último, el coste del procedimiento no es despreciable y con mucha frecuencia se requieren tratamientos múltiples

Discusión

Presentamos la resección endoscópica de la mucosa (RME) como alternativa barata y rápida para el tratamiento de las angiodisplasias colónica.

Se realiza una mucosectomía clásica con suero fisiológico para exponer el vaso nutricional, y finalmente se coagula el mismo con la punta del asa. Se puede cerrar el defecto con clips para más seguridad.



VF-03. RESECCIÓN “FULL-THICKNESS” MEDIANTE FTRD COMO TRATAMIENTO DE LESIONES COLÓNICAS PT1.

Lecuona Muñoz M, López De Hierro Ruiz M, Martínez Cara JG, Redondo Cerezo E, Heredia Carrasco C

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

Introducción

En la última década se han desarrollado técnicas que permiten el tratamiento de lesiones no abordables mediante terapias endoscópicas convencionales. En el presente caso clínico se describe la resección "full-thickness" asistida por dispositivo de una lesión colónica NICE 3 con extensión submucosa.

Caso clínico

Paciente de 80 años que presenta en las proximidades de la válvula ileocecal una lesión polipoidea plana y deprimida de 12 mm, tipo 0-IIa + IIc.

Para su abordaje, se realiza un marcaje circunferencial mediante coagulación con argón plasma (APC). Posteriormente, se procede a la resección transmural de la lesión empleando un dispositivo Full Thickness (FTRD). Finalmente se revisa la zona comprobando resección completa de la lesión e identificando área sugerente de

microperforación que se trata mediante clips, quedando estable.

El estudio histológico confirmó que se trataba de un adenocarcinoma intestinal con infiltración submucosa (SM1 de Kikuchi), sin invasión linfocascular ni perineural, y márgenes de resección libres (pT1 N0 M0).

Discusión

La resección endoscópica transmural mediante FTRD permite el tratamiento mínimamente invasivo de lesiones colorrectales, evitando el abordaje quirúrgico. Entre las complicaciones asociadas destacan el sangrado y la perforación, con una frecuencia del 3% y 5% respectivamente. Su eficacia es variable en los diferentes artículos publicados, con una tasa de éxito técnico que oscila entre el 80 y el 88%. Son necesarios más estudios que permitan conocer sus indicaciones y limitaciones, para sistematizar esta técnica en la práctica clínica habitual.



VF-04. UTILIDAD DE LA COLANGIOSCOPIA DIRECTA EN LAS ESTENOSIS BILIARES INDETERMINADAS

Viejo Almanzor A, Ramírez Raposo R, Bernal Torres A, Rodríguez Ramos C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Las estenosis biliares pueden suponer un reto diagnóstico. La colangioscopia directa con Spyglass-DS permite una visión directa de la vía biliar, así como la toma de biopsias en los casos en los que no es posible establecer un diagnóstico de certeza por otras técnicas.

Caso clínico

Varón de 83 años que ingresa en su hospital de referencia por ictericia indolora con dilatación de vías biliares y

colecistitis por ecografía. En colangiormn se identificó una imagen compatible con de coledocolitiasis como causa y se realizó una CPRE donde se identificaba en el colangiograma una ausencia de señal a nivel del hepatocolédoco siendo sugestivo de neoplasia y no de litiasis. Se realizó una citología y se colocó una prótesis biliar plástica. Dicha citología resultó negativa para malignidad.

Ante sospecha de colangiocarcinoma perihiliar es derivado a nuestro centro para valoración quirúrgica. Dada la discordancia entre la colangiormn y la CPRE, se decidió realizar colangioscopia directa en la que se apreciaba a nivel de hepático común una zona de mucosa nodular, excrecente, friable y con neovascularización, compatible con neoplasia biliar, próxima a la confluencia, sin afectarla compatible con colangiocarcinoma perihiliar tipo I de la clasificación de Bismuth-Corlette. Se tomaron biopsias dirigidas demostrando displasia epitelial.

Se completó el estudio con TC dinámico de hígado y de tórax, que demostró un engrosamiento mural de un segmento corto del conducto hepático común a nivel del hilio hepático, sugestivo de colangiocarcinoma, sin enfermedad a distancia.

Se realiza tratamiento quirúrgico mediante escisión de la vía principal y reconstrucción mediante hepático-yeyunostomía con buena evolución. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue informada como colangiocarcinoma bien diferenciado de colédoco proximal y hepático común, y 2 adenopatías locorregionales metastásicas.



Discusión

La colangioscopia directa permite una mejor caracterización de las estenosis biliares frente a la CPRE con citología clásica (sensibilidad 40%) y a la biopsia intraductal a ciegas (sensibilidad 45%), permitiendo la toma de biopsias dirigidas (sensibilidad >57%) así como la visualización directa de la mucosa biliar. La presencia de vasos tortuosos y dilatados es el principal hallazgo que sugiere malignidad. Su visualización en una estenosis es

diagnóstica con sensibilidad >95% y especificidad >93%, permitiendo además definir la extensión endoluminal de la neoplasia.

VF-05. POLIPECTOMÍA ISQUÉMICA ("LOOP-AND-LET-GO") DE HAMARTOMAS DUODENALES PEDICULADOS MÚLTIPLES EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PETZ-JEGHERS

García Ortiz JM, Sendra Fernández C, Rosell Martí C

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA.

Introducción

El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una enfermedad de herencia autosómica dominante que se caracteriza por el desarrollo de múltiples pólipos hamartomatosos en todo el tracto gastrointestinal, frecuentemente en el intestino delgado. El tratamiento endoscópico de estos pólipos permite prevenir la aparición de complicaciones como la obstrucción intestinal. La resección endoscópica mucosa (RME) convencional es una técnica efectiva pero no siempre es posible, y presenta un riesgo significativo de hemorragia y perforación. La polipectomía isquémica consiste en el estrangulamiento de la base del pólipo mediante el uso de lazos o clips, provocando la amputación de la lesión por cese de flujo sanguíneo.

Caso clínico

Mujer de 56 años con SPJ y antecedente de laparotomía por obstrucción de intestino delgado causada por hamartoma yeyunal. Como parte de su vigilancia se realiza endoscopia digestiva alta identificándose en segunda y tercera porción duodenal 4 pólipos pediculados de entre 15 y 35 mm de diámetro.

Se realiza polipectomía isquémica mediante colocación de lazo hemostático en todos los pólipos (técnica "loop-and-let-go"), sin complicaciones, comprobándose mediante revisión endoscópica secuencial el éxito de la técnica, con la desaparición de todas las lesiones tratadas.

Discusión

La polipectomía isquémica se postula como una alternativa factible y útil a la RME convencional dado que parece presentar un perfil de seguridad más favorable. Principalmente, reduce el riesgo de hemorragia asociado a la resección y, al no causar daño térmico al margen de resección del tejido, previene la perforación intestinal entre otras complicaciones. Como principal inconveniente, no permite la recuperación de las lesiones resegadas y su posterior análisis histológico. En el caso presentado, la técnica permitió resolver de forma segura y efectiva el problema clínico y evitar medidas más peligrosas o invasivas.



CP-001. ABORDAJE DE ÚLCERA GÁSTRICA POR DECÚBITO DE SONDA NASOGÁSTRICA EN PACIENTE DE UCI

Benavente Oyega MA¹, Moreno García A¹, Aguilar Martínez JC¹, León Sanjuan G²

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

Introducción

Aunque las causas más frecuentes de úlceras gástricas son la infección por *H. Pylori* y los fármacos antiinflamatorios, en pacientes con ingreso prolongado o factores mecánicos que puedan estar implicados, deben valorarse otras etiologías.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 83 años, intervenida por una hernia crural derecha con datos de isquemia intestinal mediante resección del asa afecta e ileostomía terminal, con posterior manejo tanto en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) por requerimiento de vasoactivos como en planta de hospitalización del servicio de Cirugía General. Tras 12 días de ingreso, interconsultan por evidenciar melenas por ileostomía que condicionan anemia con requerimiento transfusionales. Realizamos endoscopia digestiva alta (EDA) en UCI con el objetivo de descartar una potencial lesión sangrante. Se intuba el esófago siguiendo la sonda nasogástrica (SNG) que portaba la paciente sin incidencias. Al acceder a cámara gástrica se comprueba la existencia de abundantes restos hemáticos en la misma, evidenciándose en cuerpo distal una úlcera lineal que se extiende hasta fundus, con un coágulo adherido en su superficie, aunque sin sangrado activo en ese momento. Se realiza la inyección de adrenalina (8cc) antes de remover el coágulo como medida preventiva del sangrado. Posteriormente, encontramos un vaso visible sobre el que se actúa con la inyección de etoxiesclerol (5cc) y la colocación de un hemoclip, previniendo de esta forma nuevos episodios de sangrado. A continuación, comprobamos la ausencia de sangrado de la lesión. En la retirada, extraemos SNG, que probablemente sea el origen de la úlcera por decúbito de la misma. A pesar de la correcta terapéutica endoscópica y la retirada del tratamiento anticoagulante, continuó la exteriorización de sangrado y surgieron otras complicaciones, falleciendo 11 días más tarde.



Figura 1
Lesión ulcerosa en fundus gástrico con restos hemáticos.



Figura 2
Lesión ulcerosa con vaso visible tras inyección de adrenalina.

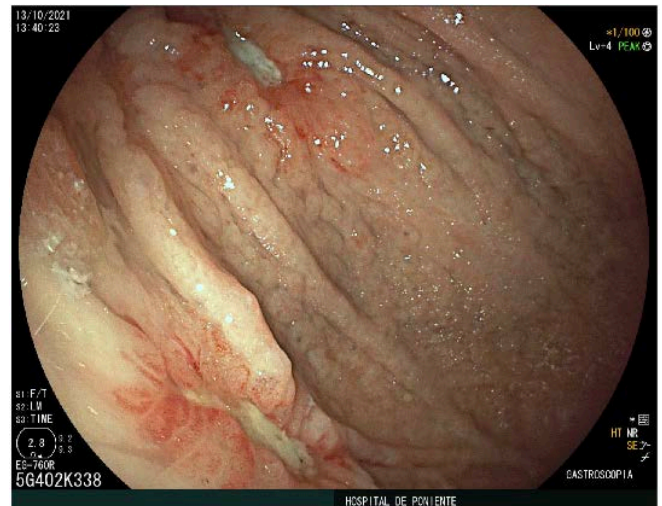
Discusión

En pacientes hospitalizados con clínica de hemorragia digestiva, es fundamental valorar causas menos frecuentes de úlceras gástricas, como las úlceras por estrés por su estancia en UCI o las úlceras por decúbito por SNG, ambos factores presentes en nuestra paciente. Además, debe valorarse la retirada de la anticoagulación, en este caso pautada por trombosis portal, para la prevención de la recurrencia del sangrado. También es importante tener en cuenta el uso de vasoactivos, necesarios por la inestabilidad hemodinámica de los pacientes críticos, pero que pueden ser origen de las lesiones sangrantes. Para el tratamiento de úlceras por SNG es fundamental la retirada de la sonda y realizar cambios posturales del paciente para evitar el íntimo contacto prolongado con la mucosa gástrica.



Lesión ulcerosa tras tratamiento con etoxiesclerol y colocación de hemoclip.

Figura 3



Úlcera gástrica.

Figura 1

CP-002. AMILOIDOSIS GÁSTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jarava Delgado M, De La Cuesta I, Fernandez A, Gallardo Sanchez F, Gallego Rojo F

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, ALMERÍA.

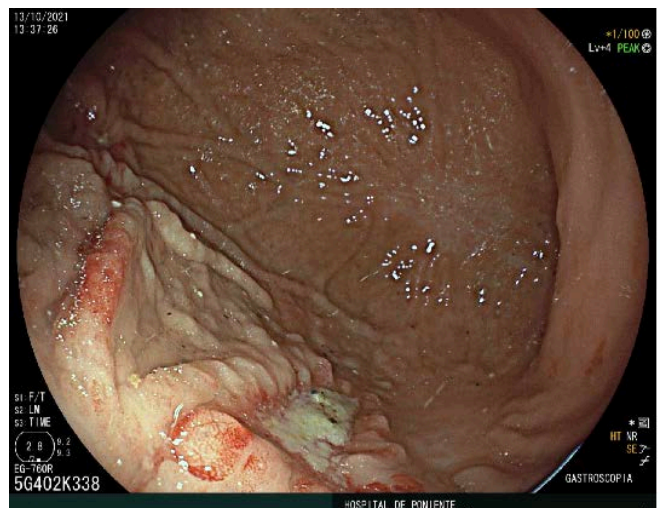
Introducción

La amiloidosis es una enfermedad por depósito extracelular, que condiciona cambios en la morfología y función del tejido donde se deposita. La afectación del aparato GI es poco frecuente y paucisintomática, siendo más común en el contexto de la amiloidosis sistémica primaria.

Caso clínico

Varón de 77 años, diagnosticado hace 2 años de mieloma múltiple quiescente y amiloidosis renal en tratamiento. Acude por disfagia a sólidos y líquidos progresiva y hábito intestinal alterado. Presenta, en gastroscopia, esófago acodado, tortuoso, sin lesiones, y, en cuerpo gástrico, pliegues engrosados de aspecto nodular y grandes úlceras fibrinadas, con bordes ligeramente sobreelevados, así como cicatrices mucosas. Las biopsias gástricas describen material amorfo que se tiñe con rojo Congo y presenta birrefringencia focal verde manzana con luz polarizada, compatible con amiloidosis gástrica. Biopsias esofágicas, normales.

Biopsias colónicas posteriores también compatibles con la enfermedad.



Úlcera gástrica.

Figura 2

Discusión

La amiloidosis GI, y en concreto la afectación gástrica, es una expresión poco frecuente de la amiloidosis sistémica primaria, estando por detrás de la afectación renal y cardíaca. Nos debe hacer sospechar su existencia la aparición de síntomas como sangrado gastrointestinal, diarrea, pérdida de peso, náuseas, vómitos, disfagia o cuadros pseudo-oclusivos, en el contexto de un paciente con una enfermedad hematológica. Los principales hallazgos endoscópicos son erosiones, ulceraciones y mucosa de aspecto nodular, así como protrusiones pseudopolipoideas. Para su diagnóstico es imprescindible la biopsia que confirme el depósito, pero menos del 50% son positivas. Las áreas de mayor rentabilidad diagnóstica para la toma de biopsia son duodeno, seguido de estómago, colon, recto y esófago.

CP-003. ANÁLISIS DE LAS SEDACIONES REALIZADAS POR INTENSIVISTAS EN PACIENTES CON ASA III-IV SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS DIGESTIVOS.

Salgado Villén M¹, Alonso Iglesias A¹, Álvarez Macías A¹, Gómez Ramos J¹, García Cobo J¹, Prieto García JL², Úbeda Iglesias A¹

¹UGC MEDICINA INTENSIVA. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS.

Introducción

Analizar los pacientes sometidos a endoscopia digestiva con ASA III y IV y compararlos con los pacientes con ASA I y II.

Material y métodos

Estudio observacional, de cohortes prospectivo, realizado en el Hospital Universitario Punta de Europa. Se incluyen las endoscopias con sedación por intensivista entre 1 de junio y 20 de septiembre de 2023. Se registraron variables demográficas, escala ASA, tipo de procedimiento, soporte respiratorio, tiempo de procedimiento y recuperación, tolerancia, fármacos sedantes y complicaciones. Análisis estadístico: variables cualitativas (n y porcentaje), variables cuantitativas (media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test Chi-cuadrado o test de Fisher para porcentajes y t-test (medias) o Wilcoxon/U de Mann-Whitney (medianas).

Resultados

Se incluyeron 404 pacientes (464 procedimientos). ASA: I (34.4%), II (45.8%), III (16.6%), IV (2.9%). Endoscopia: colonoscopia (42.3%), gastroscopia (42.8%), colonoscopia + gastroscopia (14.8%). Complicaciones (16.8%): desaturación (10.9%), alteraciones del ritmo (2.9%), náuseas (1.9%), hipotensión (1.5%), agitación (1.7%), vómitos (0.5%). Tratamiento desaturación: maniobras manuales (6.1%), ambú (2.2%), guedel (1.7%), intubación traqueal (0.2%). Procedimientos suspendidos: 1 (broncoespasmo).

Se compararon 2 grupos (ASA I-II vs. ASA II-IV): sexo (hombre [52.2% vs. 58.7%], $p = .351$), edad (64 [52; 73] vs. 72.5 [63; 79.2], $p < .001$), talla (1.68 [1.60; 1.75] vs. 1.65 [1.55; 1.71], $p = .042$), IMC (26.1 [23.5; 29.7] vs. 26.6 [24.4; 31.2], $p = .355$). Tipo de procedimiento ($p < .001$): ambulatorio (93.2% vs. 77.5%), urgente (6.8% vs. 22.5%). Soporte respiratorio ($p = .159$): gafas nasales (95.1% vs. 91.2%), ONAF (3.4%) vs. 8.7%), Vmask (0.3% vs. 0%). Procedimiento endoscópico ($p = .395$): colonoscopia (41.7% vs. 45%), gastroscopia (42.3% vs. 45%), gastro + colono (16% vs. 10%). Tiempo procedimiento (21 [14; 30] vs. 16.5 [10; 27], $p = .006$). Tolerancia ($p = .587$): muy buena (78.1% vs. 82.5%), buena (17.3% vs. 12.5%), regular (4.6% vs. 5%). Dosis carga propofol (70 [60; 90] vs. 60 [50; 80], $p = .006$). Dosis total propofol

(200 [130; 280] vs. 150 [95; 225], $p = .002$). Complicaciones (15.4% vs. 22.5%, $p = .178$): hipotensión (1.2% vs. 2.5%, $p = .471$), desaturación (9.9% vs. 15%, $p = .227$), alteración del ritmo (2.5% vs. 5%, $p = .265$). Tratamiento desaturación ($p = .178$): ambú (2.5% vs. 1.2%), guedel (1.5% vs. 2.5%), IOT (0% vs. 1.2%), maniobras manuales (5.2% vs. 10%).

Conclusiones

A pesar del mayor riesgo anestésico, los pacientes con ASA III-IV sedados por intensivistas no presentaron mayor incidencia de complicaciones. Los pacientes con ASA III-IV presentaron significativamente mayor edad, mayor porcentaje de procedimientos urgentes, menor duración del procedimiento y menor dosis de propofol que los pacientes con ASA I-II.

CP-004. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LAS CPRE REALIZADAS EN NUESTRO CENTRO

Viejo Almanzor A, Vergara Ramos J, Pérez Monzu A, Rodríguez Ramos C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Conocer las características clínicas y técnicas de las CPRE realizadas en el Hospital Universitario Puerta del Mar.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de las CPRE realizadas en nuestro centro entre 01/01/2022-31/08/2023. Determinamos la edad y sexo de los pacientes, indicación de la CPRE, tipo de sedación y la técnica endoscópica diagnóstica y/o terapéutica realizada.

Resultados

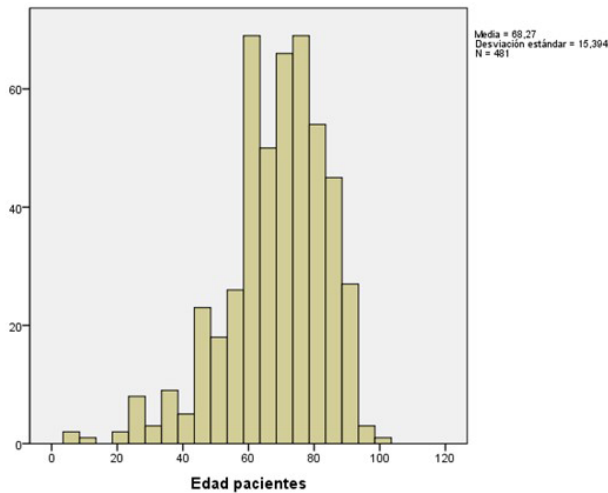
Se analizan un total de 481 exploraciones, 241 hombres y 240 mujeres, con edad media de 68.2 años (SD 15.39) (**Figura 1**).

La indicación más frecuente fue la coledocolitiasis (37.8%), seguida de patología tumoral estenosante (22%: biliar 13.93%, pancreática 8.11%) y colangitis aguda (14.6%), entre otras (**Figura 2**).

El 41.8% de los pacientes tenían CPRE previa.

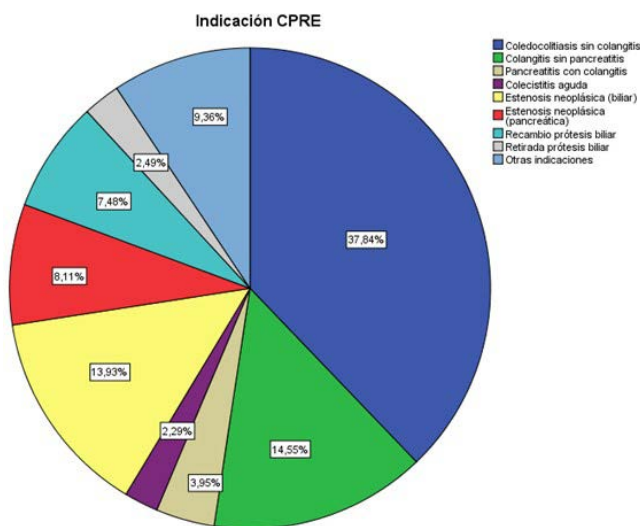
La mayoría se hicieron con sedación guiada por endoscopista (63.4%) con sedación balanceada (86.2%) o propofol en monoterapia (13.8%). El resto de las exploraciones (36.6%) se realizaron bajo anestesia general.

Todas las cateterizaciones se realizaron con esfinterotomo sobre guía. La esfinterotomía fue el procedimiento preferido (64.7%) frente a la esfinteroplastia (2.3%), lo que



Edad de los pacientes.

Figura 1



Indicaciones de las CPRE.

Figura 2

aumentaba hasta el 90% vs 0.7% cuando se analizaban sólo las papilas vírgenes. El precorte de acceso fue el método preferido como ayuda a la canulación difícil (16.4%) frente a la infundibulotomía (0.6%) y técnica de doble guía (4.6%), realizándose éste en hasta el 27% de las papilas vírgenes. 1/3 de las papilas modificadas por CPRE previas precisaron de ampliación con esfinterotomía.

El balón de Fogarty fue el más utilizado para la limpieza de la vía biliar (63.2%) frente a la cesta de Dormia (6.9%).

Se tomaron 69 citologías biliares (14.3%) con resultado diagnóstico positivo para malignidad en el 31% de ellas.

Se realizaron 12 colangioscopias directas (2.5%) con toma de biopsias en 7 casos, con resultado diagnóstico positivo para malignidad en el 40%.

Conclusiones

La CPRE es una técnica endoscópica avanzada que permite el tratamiento eficaz de múltiples patologías bilio-pancreáticas, tanto benignas como malignas, siendo la coledocolitiasis la principal indicación en nuestra serie.

La mayor parte de los casos se realizaron con sedación guiada por endoscopista sin incidencias, realizándose bajo anestesia general aquellos casos seleccionados por comorbilidades graves.

La colangioscopia directa puede ayudar a alcanzar un diagnóstico histológico definitivo con mejores resultados que la citología convencional.

CP-005. BLOQUEO DEL PLEXO CELIACO EN PACIENTE CON SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO (SLAM)

Quirós Rivero P¹, Gómez Delgado E¹, Naranjo Pérez A¹, Calderón Chamizo M¹, Pérez Quintero R², Maraver Zamora M¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²DEPARTAMENTO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

El ligamento arcuato medio (LAM) es un arco fibroso que une los pilares diafragmáticos a ambos lados del hiato aórtico. Discurre generalmente por encima del origen del Tronco Celiaco (TC). Entre el 10-24% de la población presenta una inserción baja, cruzando la porción proximal del TC y comprimiéndolo extrínsecamente, pudiendo llegar a estenotar su salida. En algunos pacientes ocasiona un compromiso isquémico visceral conocido como SLAM. Es un cuadro infrecuente que cursa con dolor abdominal postprandial, vómitos, soplo abdominal y pérdida de peso involuntaria. En ocasiones llega a comprometer la circulación de la arteria mesentérica superior (AMS) originando isquemia intestinal. La compresión se agrava con la espiración, cuando el diafragma se desplaza caudalmente. La edad de presentación suele ser entre los 40-60 años y, aunque su etiología es enigmática, se teoriza con mecanismos isquémicos y neuropáticos.

Caso clínico

Varón de 71 años con antecedente de trastorno adaptativo. Acude a urgencias por epigastralgia postprandial y pérdida de peso con hiporexia por temor a la ingesta. A la exploración abdomen blando y depresible, doloroso

a nivel de epigastrio. Analítica sin alteraciones. Dada la refractariedad del dolor a pesar de analgesia habitual, se ingresa para estudio y control del dolor. Gastroscopia sin alteraciones y angioTc de abdomen que evidencia estenosis del tronco celiaco >70% por probable SLAM. No hay mejoría a pesar de opioides, motivo por el que se realiza bloqueo del plexo celiaco mediante ecoendoscopia con triamcinolona y lidocaina como puente a la cirugía para control del dolor mientras se encuentra en lista de espera quirúrgica, con mejoría parcial de la sintomatología, permitiendo optimizar el tratamiento analgésico y controlando el dolor hasta la cirugía de liberación del LAM.

Discusión

Ante la sospecha de SLAM, siempre deberemos descartar otras causas de dolor abdominal mediante estudio de imagen (Tc y angioTc o RNM abdominales) y gastroscopia. El ultrasonido mesentérico muestra velocidades elevadas en espiración que se normalizan en inspiración o en postura erguida, siendo el Angio-TC el gold-standard diagnóstico.



Síndrome del ligamento arcuato medio.

Figura 1

En el caso del SLAM, la liberación quirúrgica laparoscópica es el tratamiento de elección, aunque cada vez hay más casos tratados con angioplastia con excelentes resultados. El bloqueo del plexo celiaco guiada por ecoendoscopia es una técnica segura y, aunque temporal, puede ser una alternativa eficaz para el control del dolor a la espera de la liberación quirúrgica o el tratamiento endovascular. En nuestro caso, mejoró la sintomatología del paciente permitiendo un mejor control del dolor hasta la cirugía.

CP-006. C-POEM EN ACALASIA CRICOFARÍNGEA Y UNA COMPLICACIÓN INESPERADA

Alonso Belmonte C, Parra López B, Morales Bermúdez AI, Bravo Aranda A, Jiménez Pérez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La acalasia del cricofaríngeo es una entidad infrecuente dentro de los trastornos motores esofágicos. En ella el esfínter superior no se relaja adecuadamente, impidiendo el inicio de la deglución. El diagnóstico se basa en la clínica y pruebas complementarias. Hay que descartar causas como la neurológica o farmacológica. El tratamiento convencional puede ser con toxina botulínica, dilataciones o miotomía quirúrgica del cricofaríngeo. El desarrollo de la endoscopia ha permitido poder realizar miotomía endoscópica transoral.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 73 años con disfagia alta a líquidos y sólidos. Se estudió con endoscopia digestiva alta que informaba de hipertonia del esfínter esofágico superior. Una manometría que sospechaba trastorno motor esofágico.

Y un tránsito baritado que informaba de reflujo nasofaríngeo, con disminución de calibre de unión faringo esofágica, compatible con hipertonia del esfínter esofágico superior.

Dada la clínica y los hallazgos en las pruebas es diagnosticada de acalasia cricofaríngea.

Se decide tratamiento endoscópico realizándose mucossectomía 2 cm proximales a la banda cricofaríngea, creación de túnel submucoso por el que se progresa y se realiza miotomía del cricofaríngeo sin incidencias. Finalmente, a pesar de múltiples intentos no se logra suturar la mucossectomía por lo que se posiciona el stent cubierto.

Se realiza tac de control que informa de marcados cambios inflamatorios en hipofaringe y esófago y enfisema de partes blandas sugestivo de perforación de la vía digestiva, sin evidencia de colecciones. Se coloca sonda nasogástrica

para permitir tolerancia inicial y se inicia profilaxis antibiótica. Buena evolución posterior.

La paciente acude a las 6 semanas a urgencias por fiebre, mal estado general, deterioro del nivel de conciencia y tiraje respiratorio. En tac se diagnostica de mediastinitis con espondilitis dorsal con datos de mielopatía en T1-T2 y absceso epidural anterior y posterior hasta T12. Se decide exploración por videotoracoscopia, drenando abundante pus con flora polimicrobiana. Ingresa en UCI para control postoperatorio. Tras estabilidad clínica se realiza endoscopia identificándose prótesis a nivel de la boca de Killian procediéndose a su retirada sin complicaciones y se revisa la zona apreciándose resolución de la perforación y ausencia de otras complicaciones.



Imagen inicial de la creación de túnel submucoso.

Figura 1



Imagen final del túnel submucoso creado tras la miotomía, previo a su cierre con clips.

Figura 2

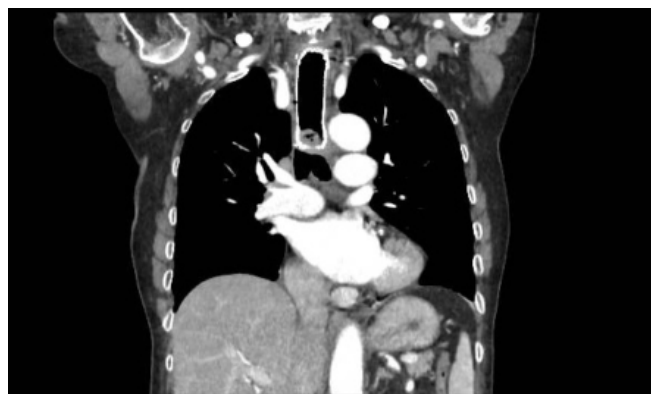


Figura 3

Imagen de corte coronal de TAC de abdomen en el que se observa prótesis esofágica bien posicionada, con engrosamiento y realce de las paredes del esófago distal a la misma con aumento de la atenuación de la grasa periesofágica.



Figura 4

Imagen de corte sagital de resonancia magnética espondilodiscitis dorsal en T1-T2 con absceso epidural posterior extenso hasta al menos T11 y realce dural, con compresión del cordón medular y edema entre T1 a T3, colección apical derecha con nivel líquido-líquido.

Discusión

El C-POEM supone una buena alternativa en el tratamiento de la acalasia cricofaríngea, con resultados prometedores, sin embargo, como aquí se expone, a pesar de ser un procedimiento poco invasivo, también puede presentar complicaciones importantes.

Los datos disponibles en la literatura son aún escasos, es necesaria mayor experiencia que aporte información sobre este procedimiento.



Figura 5

Estudio gastroduodenal con bario, se aprecia reflujo nasofaríngeo, con una disminución de calibre de unión faringo-esofágica, compatible con hipertonia de esfínter esofágico superior.



Figura 1

Imagen de colonoscopia en la que se objetiva pólipo 0-IIa de Paris de 8 mm.

CP-007. CARCINOMATOSIS LEPTOMENÍNGEA E INFILTRACIÓN MALIGNA INTESTINAL DE ORIGEN GÁSTRICO

Gijón Villanova R, Martín-Lagos Maldonado A, López Peña C, Barrueco Moreno M, Berdugo Hurtado F

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

El cáncer gástrico supone la 5ª neoplasia maligna a nivel mundial. Suele diseminarse por vía hematógena y linfática, metastatizando con más frecuencia en hígado seguido del pulmón. Las metástasis en colon y duodeno, y, sobre todo, la carcinomatosis leptomeníngea suponen una forma de presentación extremadamente infrecuente de los tumores gástricos malignos.

Caso clínico

Varón de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia que consultó por cuadro de cefalea frontal de una semana de evolución, vómitos, marcha inestable y desorientación temporo-espacial. En analítica únicamente destacaba anemia ferropénica mínima. TC craneal al ingreso sin signos de hipertensión intracraneal ni otras alteraciones. Se realizó punción lumbar con hallazgos sugestivos con carcinomatosis leptomeníngea. Ante los hallazgos de anemia ferropénica se realizó estudio con colonoscopia en la que se observaron en colon izquierdo 6 pólipos 0-IIa de Paris de entre 7-10 mm (foto 1A), y



Figura 2

Imagen de endoscopia digestiva alta a nivel duodenal con presencia de lesión sobreelevada de unos 5 mm excavada en su centro.

gastroduodenoscopia que mostró un estómago poco distensible, con mucosa de cuerpo eritematosa y dura a la toma de biopsias, junto con presencia a nivel duodenal de 3 lesiones sobreelevadas de unos 5 mm excavadas en su centro (foto 1B). Los resultados de la histología de las lesiones de colon, así como de duodeno informaron de infiltración de mucosa y submucosa por carcinoma pobremente diferenciado, con inmunohistoquímica positiva para CK19, Glipican-3, positividad débil para CK7, todo ello sugestivo de infiltración por carcinoma pobremente diferenciado de probable origen gástrico.

Desafortunadamente durante el ingreso hospitalario el paciente presentó un progresivo deterioro clínico, falleciendo 2 semanas después.

Discusión

La carcinomatosis leptomenínea consistente es la siembra difusa de células malignas por el líquido cefalorraquídeo. Se observa solo en el 3-8% de los carcinomas sólidos, sobre todo en el cáncer cerebral, de pulmón y melanoma maligno, y generalmente tras el diagnóstico previo del tumor primario. Su asociación con el cáncer gástrico es extremadamente infrecuente, con una prevalencia del 0.14-0.24% de los pacientes, sobre todo descrita en los tumores indiferenciados y con células en anillo de sello. De igual forma, las metástasis gástricas en colon, y más aún en duodeno, han sido poco descritas y, aunque pueden ser secundarias a la diseminación hematológica o linfática, se han asociado principalmente a la siembra y extensión de implantes a través de la luz gastrointestinal. A la luz de este caso, el clínico debería considerar en el diagnóstico diferencial de la carcinomatosis leptomenínea, la posibilidad de un tumor gástrico oculto, incluso en estadios tempranos.

CP-008. COMPLICACIONES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS CPRE REALIZADAS EN NUESTRO CENTRO

Viejo Almanzor A, Pérez Monzu A, Vergara Ramos J, Rodríguez Ramos C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Conocer las complicaciones asociadas a las CPRE realizadas en el Hospital Universitario Puerta del Mar, así como sus posibles factores de riesgo.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de las CPRE realizadas entre 01/01/2022-31/08/2023. Determinamos la edad, sexo, indicación de la CPRE, uso de premedicación profiláctica para pancreatitis postCPRE, técnica endoscópica realizada, complicaciones inmediatas y tardías.

Se consideró sangrado intraprocedimiento post-esfinterotomía como aquel que persistía en cualquier cuantía al finalizar la CPRE, y como pancreatitis postCPRE la elevación de enzimas pancreáticas junto a dolor abdominal típico.

Resultados

Se analizan 481 exploraciones, 241 hombres y 240 mujeres, edad media 68.2 años (SD 15.39).

Las indicaciones más frecuentes fueron coledocolitiasis (37.8%), estenosis neoplásica (22%) y colangitis aguda (14.6%).

Como profilaxis de la pancreatitis postCPRE, todos los pacientes recibieron al menos 500cc de Ringer Lactato, indometacina 100mg rectal preCPRE (87.9%) y somatostatina 250mcg postCPRE (88.4%). No se utilizaron de forma significativa prótesis pancreáticas (<1%).

Entre los procedimientos, destacaron: esfinterotomía biliar (64.7%), esfinteroplastia (2.3%), precorte de acceso (16.4%), ampliación de esfinterotomía biliar previa (12.4%), limpieza con balón de Fogarty (63.2%) o cesta de Dormia (6.9%), colocación de prótesis biliar plástica (34%) y metálica (12.4%). Se realizó colangioscopia directa en el 12.5% de los casos.

En total, 55 pacientes (11.4%) tuvieron alguna complicación relacionada con la técnica (Figura 1).

-34 hemorragias inmediata post-esfinterotomía, resolviéndose el 87% con adrenalina y el resto (4) con clips y/o FC-SEMS.

-8 casos de pancreatitis aguda postCPRE, todas leves.

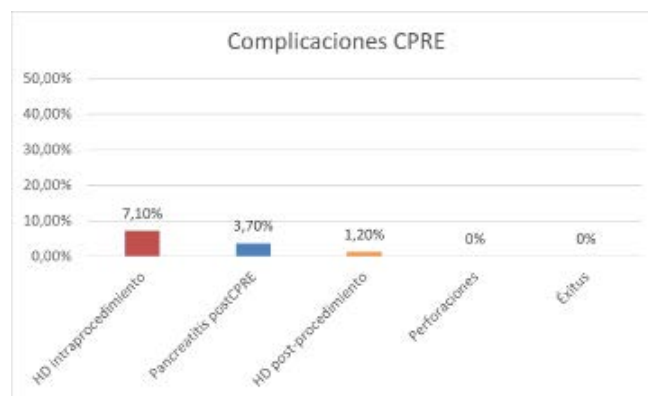
-6 casos de hemorragia diferida en los primeros 7 días postCPRE que se trataron con manejo conservador (2), adrenalina (3) o adrenalina+clips+prótesis (1).

No se registraron perforaciones ni exitus.

Se identificaron como factores de riesgo (Figuras 2 y 3):

-Para hemorragia intraprocedimiento:

- o Sexo femenino (RR 1.46 [IC 95% 1.15-1.85])
- o Esfinterotomía (RR 1.61 [IC 95% 1.50-1.73])
- o Limpieza con balón (RR 1.33 [IC 95% 1.12-1.58])



Complicaciones globales de las CPRE.

Figura 1

- Para pancreatitis postCPRE:
- o Sexo femenino (RR 1.59 [IC 95% 1.22-2.07])
- o Precorte (RR 2.11 [IC 95% 1.06-4.20])

Conclusiones

La CPRE con adecuada indicación y experiencia es una técnica segura y resolutive, pero no exenta de complicaciones. Nuestra tasa de pancreatitis postCPRE es baja en comparación con la literatura (3.7% vs 8-15%). La adrenalina resultó eficaz para el tratamiento del sangrado postCPRE inmediato y diferido.

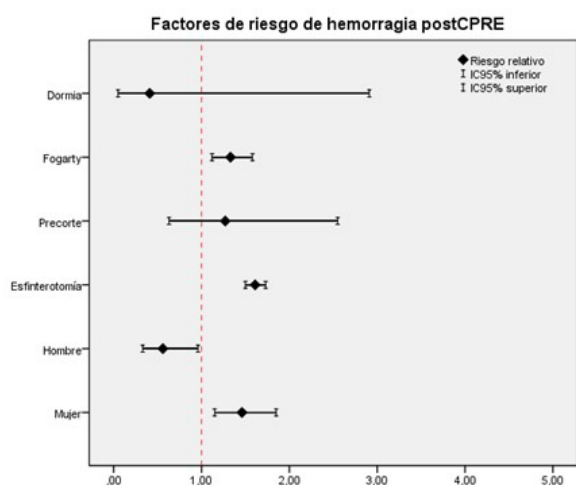


Figura 2

Factores de riesgo para hemorragias inmediatas post-esfinterotomía.

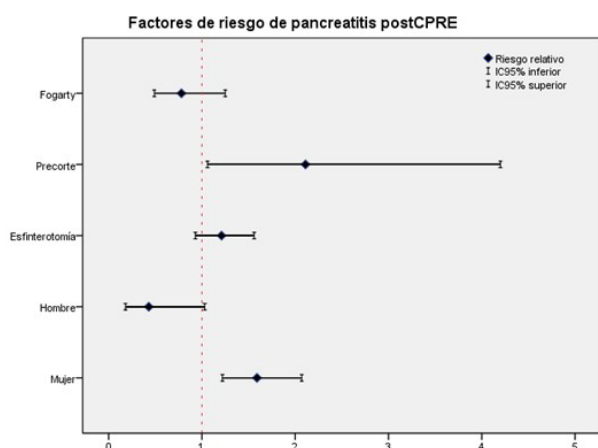


Figura 3

Factores de riesgo para presentar pancreatitis aguda post-CPRE.

Los principales factores de riesgo para la pancreatitis postCPRE fueron el precorte y el sexo femenino, por lo que en este grupo de pacientes habría que extremar la técnica, los cuidados y vigilancia postCPRE.

CP-009. COSTE-EFECTIVIDAD DEL CRIBADO DE CCR, HEPATITIS B, C Y HELICOBACTER PYLORI EN MAYORES DE 45 AÑOS EN ANDALUCÍA

Ledro Cano D¹, Rodríguez Téllez M², Carmona Soria I³, Gómez Rodríguez BJ², Argüelles F⁴, Caunedo Álvarez A¹

¹UGC Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ²Sección Endoscopia. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ³Servicio Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ⁴Servicio Inflammatory bowel disease unit. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción

Evaluar la coste-efectividad de cuatro estrategias de cribado de cáncer colorrectal (CCR), hepatitis B, C y Helicobacter pylori, factores de riesgo para el CCR, en mayores de 45 años en Andalucía.

Material y métodos

Análisis coste-efectividad desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud (SNS) usando un modelo de Markov. Estrategias: 1) ninguna intervención; 2) test de sangre oculta en heces (SOH) cada dos años; 3) colonoscopia cada 10 años; 4) cribado combinado de SOH, serología y test respiratorio. Costes, años de vida ajustados por calidad (AVAC) y razones incrementales de coste-efectividad (RICE) estimados para cada estrategia. Análisis de sensibilidad determinístico y probabilístico realizados.

Resultados

El cribado combinado fue el más coste-efectivo, con una RICE de 2.345 euros por AVAC ganado respecto a la colonoscopia. Evitó 1.234 casos y 621 muertes por CCR, y 2.167 casos y 1.083 muertes por enfermedad hepática, en una cohorte de 100.000 personas en 30 años. Fue dominante sobre el SOH y ninguna intervención. Tuvo un 95% de probabilidad de ser coste-efectivo para un umbral de disposición a pagar (DAP) de 30.000 euros por AVAC.

Conclusiones

El cribado combinado es una medida coste-efectiva que puede prevenir casos y muertes por CCR, hepatitis B, C y Helicobacter pylori en mayores de 45 años en Andalucía. Podría ser implementada en el SNS como política de prevención del cáncer y las enfermedades hepáticas.

CP-010. CUANDO LA ECOENDOSCOPIA NO ES SUFICIENTE: USO DE LA TÉCNICA "UNROOFING" PARA EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES SUBEPITELIALES

Rodríguez Gallardo M¹, López Prieto A², Cadena Herrera ML¹, Cáceres Salazar JM³, Van De Wiel Fernández S¹, Jiménez Fernández B¹, Ordoñez López M¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ³SERVICIO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) constituyen el tumor mesenquimatoso más común del aparato digestivo, representando un 1-2% de los cánceres gastrointestinales primarios. Su diagnóstico suele ser incidental y si bien pueden presentar potencial de agresividad, por lo general tienen un buen pronóstico si se encuentran localizados y son resecables.

Caso clínico

Mujer de 75 años que ingresa por obstrucción en íleon proximal secundario a bridas. Durante el estudio se evidencia de manera incidental en TAC una gran hernia de hiato intratorácica y una lesión parietal gástrica hiperdensa de 36mm con crecimiento hacia luz, de aspecto neoplásico. Se realiza gastroscopia donde se aprecian ulceraciones y cambios mucosos inespecíficos, se toman biopsias que resultan anodinas, sin hallazgos de malignidad. El estudio de extensión fue negativo. Posteriormente se repite gastroscopia más ecoendoscopia demostrándose en cara posterior de cuerpo gástrico una formación de aspecto subepitelial que en la imagen ecográfica mide 35x30mm, hipoecoica con nódulos internos y calcificaciones, sin vascularización aferente y localizada en la tercera capa. Se realiza punción con aguja de 19G, pero dado el escaso rendimiento de esta técnica en tumores estromales, se decide efectuar biopsia mediante técnica de "unroofing" con esfinterotomo needle knife, apreciando la eversión de una tumoración blanquecina sugestiva de GIST de la cual se toman biopsias múltiples. Finalmente, el diagnóstico anatomopatológico confirma tumor del estroma gastrointestinal, con resultado positivo para CD117/DOG-1+ y más de cinco mitosis por campo, indicativo de riesgo intermedio de agresividad. Actualmente la paciente se encuentra pendiente de intervención para extirpación tumoral más reparación de hernia y adhesiolisis en un solo tiempo.



Figura 1

Imagen ecoendoscópica de lesión subepitelial, hipoecoica con nódulos internos y dependiente de la tercera capa.

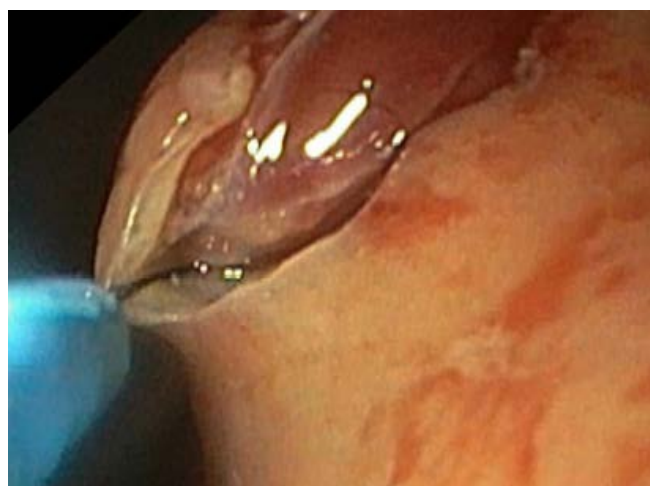


Figura 2

Realización de técnica "unroofing" mediante esfinterotomo needle knife.



Figura 3

Lesión subepitelial blanquecina evertida sugestiva de tumor del estroma gastrointestinal.

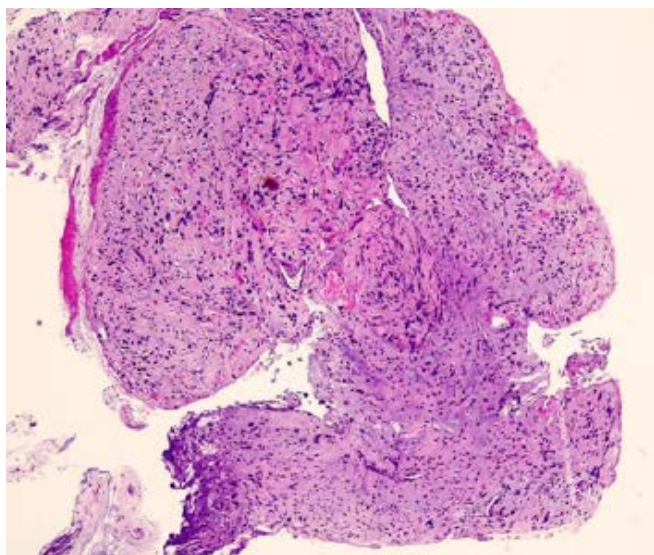


Figura 4

Imagen de tinción Hematoxilina-Eosina 10X en la que se aprecia imagen nodular con células fusiformes de escasa atipia y cierta fibrosis que corresponde a reacción desmoplásica.

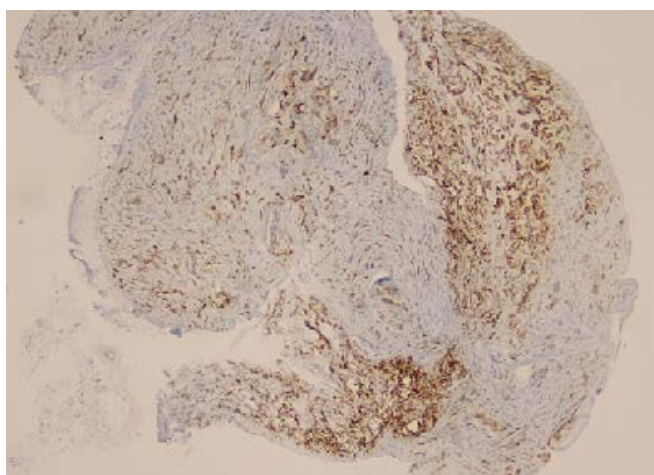


Figura 5

Imagen de tinción inmunohistoquímica C-kit 10X que demuestra tinción citoplasmática de las células tumorales.

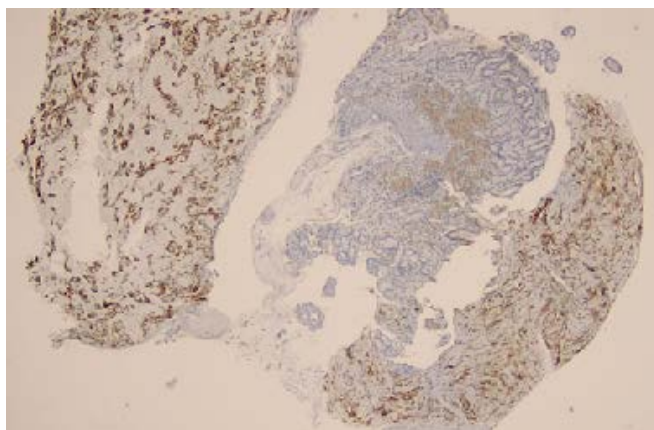


Figura 6

Imagen de tinción inmunohistoquímica DOG1 en la que se tiñen los núcleos de las células neoplásicas.

Discusión

Las lesiones subepiteliales gastrointestinales incluyen entidades con diferentes pronósticos, por lo que resulta imprescindible caracterizarlas de forma precisa. Su diagnóstico se basa en la citología obtenida mediante punción por ecoendoscopia y en ocasiones, para mejorar su rentabilidad diagnóstica, es necesaria la obtención de material histológico. Esto suele ocurrir en lesiones hipoeoicas originadas en la capa muscular, ya que los leiomiomas y los GIST comparten características ecográficas y capa de origen, por lo que resulta mandatorio establecer un diagnóstico definitivo para identificar una lesión potencialmente maligna.

CP-011. DAÑO ESPLÉNICO TRAS REALIZACIÓN DE COLONOSCOPIA

Martín Marcuartu P, Rebertos Costela E, Frutos Muñoz L, Rubio Mateos J, Jamal S

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

Introducción

La causa más frecuente de daño esplénico es la traumática. Puede producirse tras un impacto importante sobre un bazo sano, pero el riesgo aumenta si hay afectación esplénica como mononucleosis infecciosa o neoplasias.

La colonoscopia es en general un procedimiento seguro. La tasa de complicaciones es baja y las más frecuentes son sangrado y perforación.

El daño esplénico durante una colonoscopia es raro, pero tiene elevada morbimortalidad y en ocasiones no se detecta por la falta de conocimiento sobre ella. Es importante sospecharla clínicamente para realizar un diagnóstico precoz que permita la valoración quirúrgica temprana.

El mecanismo exacto del daño esplénico no está claro; se ha propuesto la tracción del ligamento esplenocólico, la presencia de adhesiones entre el colon y el bazo o el traumatismo directo por el endoscopio.

Caso clínico

Mujer de 65 años. Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 100mcg al día.

Acude a urgencias por dolor abdominal epigástrico irradiado a ambos hipocondrios, de inicio súbito 32h tras realización de colonoscopia que no cede pese a tratamiento analgésico, acompañado de cuadro presíncope. Náuseas sin vómitos.

La colonoscopia realizada fue completa sin incidencias, con resección de pólipo milimétrico a 20cm del margen anal.

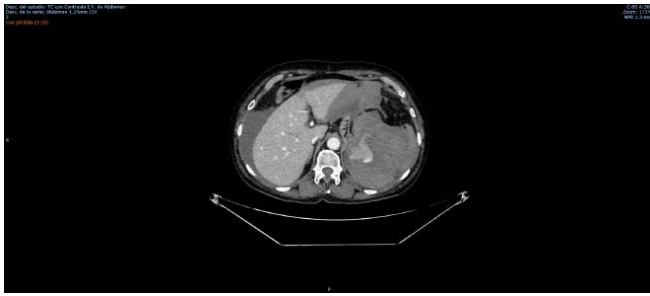


Figura 1

TC abdominal con CIV. Corte axial. Bazo con pérdida de la morfología normal, rodeado por hematoma. Abundante líquido libre con aumento de la densidad en localización periesplénica compatible con hemoperitoneo.

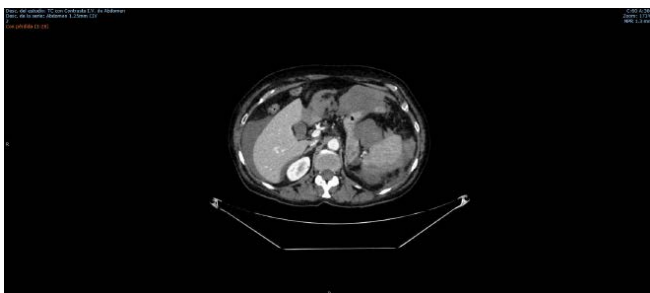


Figura 2

TC con CIV corte axial. Bazo comprimido y deformado rodeado de líquido libre con aumento de la densidad compatible con hemoperitoneo.

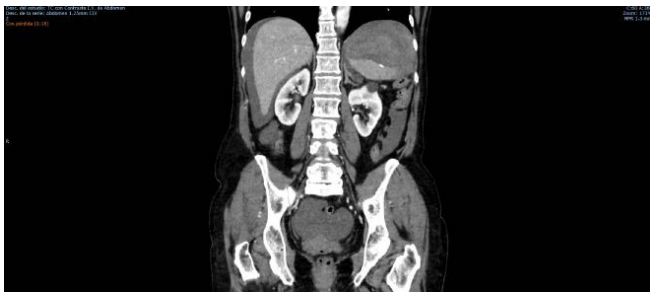


Figura 3

TC abdominal con CIV, corte coronal. Bazo comprimido y deformado con aumento de la densidad en su periferia en relación con focos de sangrado. Abundante líquido subfrénico izquierdo de mayor densidad compatible con hemoperitoneo.

A la exploración presenta regular estado general con palidez mucocutánea e hipotensión arterial. Abdomen blando y depresible con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin datos de irritación peritoneal.

En analítica de sangre urgente presenta 12000 leucocitos, hemoglobina de 6'6g/dL (previa 12'6g/dL) hipocrómica y microcítica con acidosis metabólica. Plaquetas, coagulación y bioquímica normales.

Radiografía simple de tórax y abdominal normales.

En TC abdominal urgente con contraste intravenoso se observa daño esplénico con hemoperitoneo.

Se realiza esplenectomía urgente observando abundante hemoperitoneo con hematoma esplénico.

La paciente evoluciona de forma favorable y es dada de alta a domicilio.

Discusión

Siempre es importante tener en cuenta el antecedente de realización de colonoscopia en un paciente que acude por dolor abdominal, y este caso de daño esplénico nos permite ampliar las posibles complicaciones de este procedimiento, ya que su detección precoz es de vital importancia por las consecuencias mortales que acarrea su retraso diagnóstico.

Además, recalca la importancia de describir en los informes de endoscopia las dificultades a las que nos hayamos podido enfrentar durante el procedimiento, que nos pueden ayudar a sospechar posibles complicaciones posteriores.

CP-012. DEHISCENCIA DE ESTENOSIS PRECOZ DE ANASTOMOSIS ESOFAGO-YEYUNAL POSTQUIRÚRGICA TRAS DILATACIÓN CON BUJÍAS

González Parra AC, Fernández Mascuñano M, Muñoz García- Borrue M, Rodríguez Téllez M

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

Introducción

Existen una serie de complicaciones gastrointestinales bien descritas tras una gastrectomía con reconstrucción en Y de Roux. Muchas de ellas se diagnostican o tratan endoscópicamente con técnicas básicas como la dilatación en el caso de las estenosis.

Caso clínico

Mujer de 66 años con gastrectomía total laparoscópica con reconstrucción en Y de Roux por metaplasia extensa multifocal y displasia de alto grado no visible (figura 1) que presentó a los dos meses disfagia casi completa.

Se realizó gastroscopia con hallazgos de estenosis puntiforme de la anastomosis esófago-yeyunal (figura 2), por lo que se decidió dilatación con bujías de Savary-Gilliard de 8 a 12 mm (figura 3) produciéndose la dehiscencia inmediata de la anastomosis que requirió la colocación de una prótesis metálica recubierta (UltraflexTM de 120 x 23 mm) (figura 4 y 5). La paciente presentó buena evolución posterior, con alta a las 24h. Al mes se procedió a la

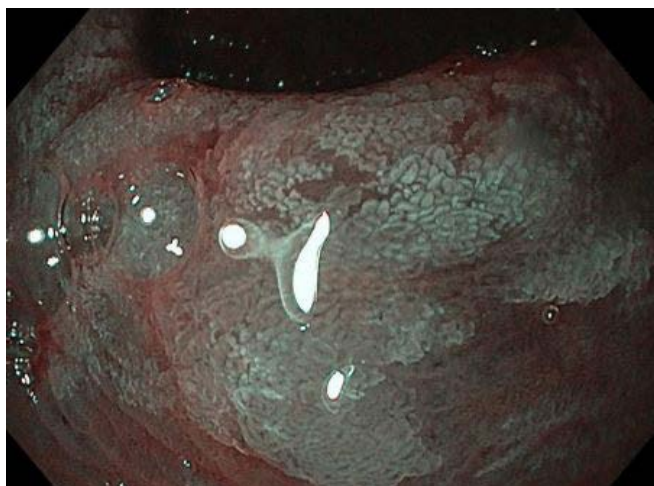


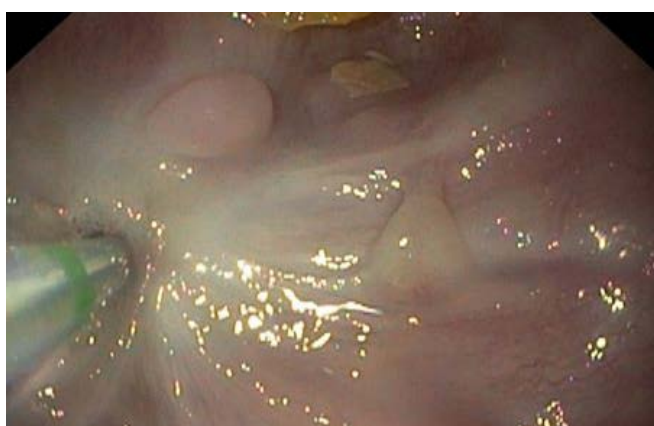
Imagen endoscópica con NBI de las áreas de metaplasia intestinal en cuerpo gástrico.

Figura 1



Visión endoscópica de la estenosis puntiforme de la anastomosis esófago-yeyunal.

Figura 2



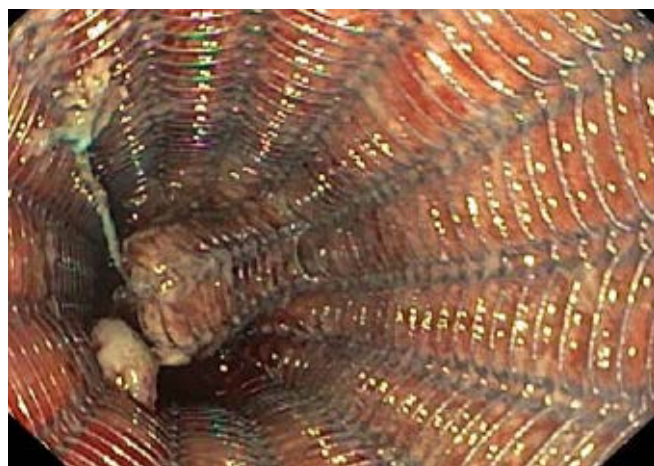
Visión endoscópica de la estenosis, donde se observa el canulotomo por el cual se introducen las guías donde pasarán las bujías.

Figura 3

retirada de la prótesis sin complicaciones, con la paciente asintomática hasta la actualidad.

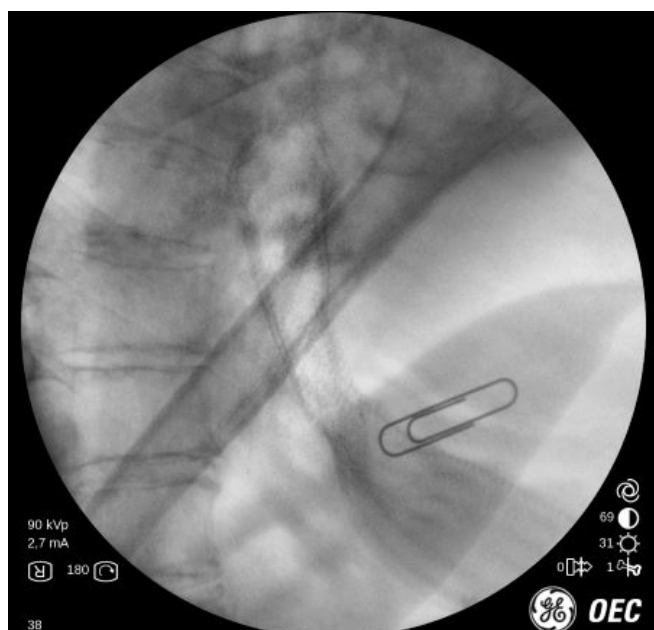
Discusión

La estenosis precoz de una anastomosis esófago-yeyunal es una complicación poco frecuente. La dilatación endoscópica es el tratamiento de elección de las estenosis benignas cuando son sintomáticas. Sin embargo, no es un proceso exento de riesgos, siendo la perforación la complicación más frecuente y grave, que también suele resolverse con tratamiento endoscópico, como fue nuestro caso.



Visión endoscópica de la prótesis metálica recubierta (UltraflexTM de 120 x 23 mm).

Figura 4



Prótesis normoposicionada, visión radiológica.

Figura 5

CP-013. DIAGNÓSTICO POR MEDIO DE ENDOSCOPIA DE UN CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN

Muiño Domínguez D, González Sánchez MH, García Calonge M, González Parra AC, Barbeito Castro E

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

Introducción

El cáncer de pulmón es el segundo tumor maligno más frecuente y el primero en mortalidad, con una supervivencia a los 5 años del 15%. Existen 4 variedades histológicas, entre las cuales se encuentran los carcinomas neuroendocrinos, grupo heterogéneo de neoplasias de diferente pronóstico, siendo el más frecuente el de célula pequeña.

Caso clínico

Varón de 71 años fumador de un paquete de tabaco al día desde hace más de 50 años sin otros antecedentes clínicos de interés que comienza con un cuadro de disfagia a sólidos de 1 mes de evolución. Se realiza gastroscopia que evidencia una lesión circunferencial de 9cm de longitud, proliferativa, friable, que permite el paso de endoscopio, con sospecha de neoplasia esofágica primaria, la cual se biopsia (Figuras 1 y 2). La biopsia muestra una proliferación tumoral de células pequeñas con escaso citoplasma y núcleos hiper cromáticos, con inmunohistoquímica positiva para sinaptofisina, cromogranina y un Ki67 cercano al 100%, compatible con carcinoma neuroendocrino microcítico. Se solicita PET-TC que muestra el engrosamiento esofágico conocido, así como una masa en hilio pulmonar izquierdo de gran tamaño sugestiva de malignidad (Figura 3). Múltiple afectación metastásica ganglionar y a distancia (segmento VIII del hígado, glándula suprarrenal izquierda, cúpula renal derecha, implantes peritoneales), concluyéndose en comité multidisciplinar la existencia de una neoplasia pulmonar primaria estadio IV, remitiéndose a Oncología para valorar tratamiento sistémico.

Discusión

El carcinoma microcítico de pulmón se caracteriza por una proliferación de células de pequeño tamaño, escaso citoplasma y ausencia de nucléolo, con positividad para CD56, sinaptofisina y cromogranina. Es el tipo histológico que más frecuentemente disemina tanto por vía linfática como hematogena, siendo por tanto el tipo histológico que condiciona peor pronóstico, a pesar de ser el más quimiosensible. Suele aparecer a nivel central del mediastino junto a los grandes bronquios del hilio pulmonar, pudiendo invadir estructuras adyacentes como el esófago originando disfagia, siendo esto lo particular de nuestro caso al tratarse de la primera manifestación del tumor, adquiriendo por tanto la gastroscopia un papel primordial para un correcto abordaje diagnóstico y terapéutico.

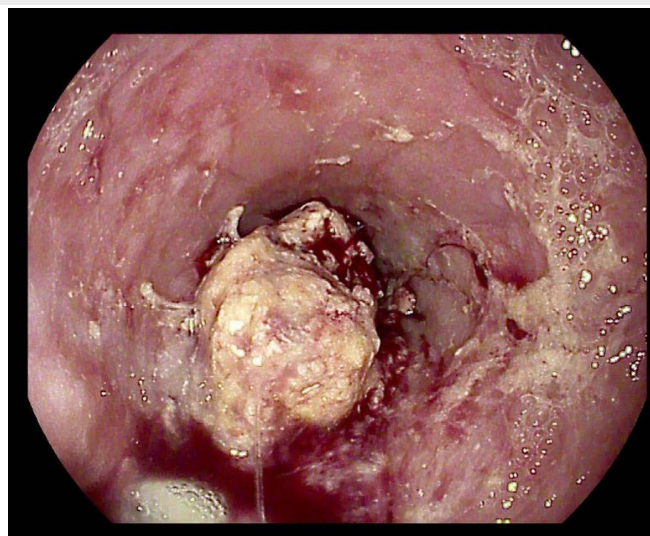


Figura 1

Visión endoscópica de la lesión circunferencial, proliferativa y friable, con sospecha de malignidad.

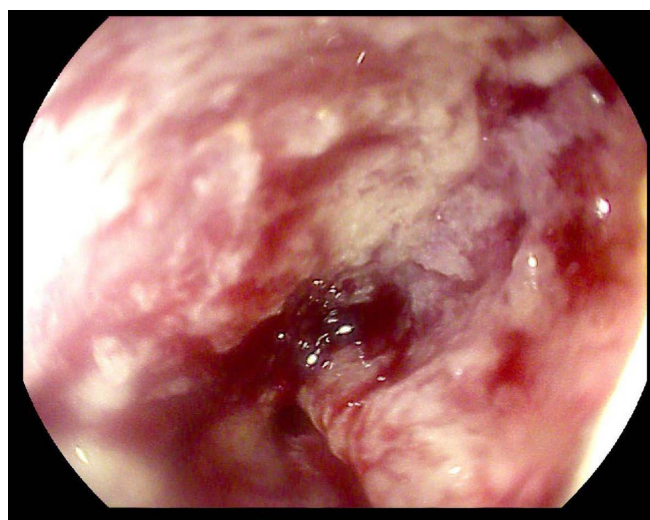


Figura 2

Visión endoscópica de la lesión circunferencial, proliferativa y friable, con sospecha de malignidad.

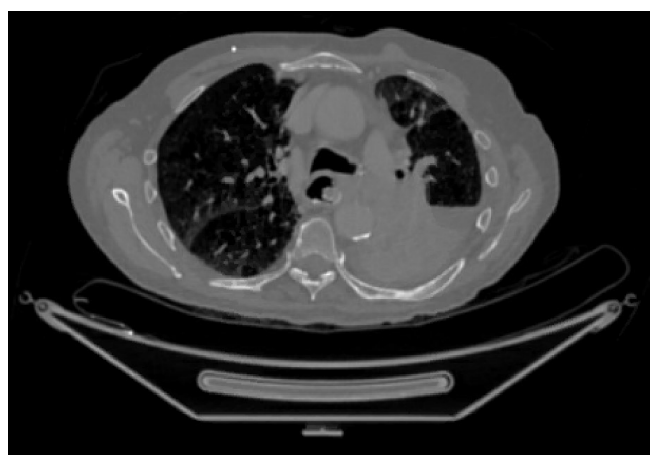


Figura 3

PET-TC donde se observa una gran tumoración hilar izquierda con extensión al esófago, originando un marcado engrosamiento de la pared esofágica en el tercio medio.

CP-014. DOBLE PERFORACIÓN ESOFÁGICA MUY PROXIMAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

González Antuña J¹, Fernández Mascuñano M¹, Rodríguez-Téllez M²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UNIDAD ENDOSCOPIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Varón de 49 años fumador sin antecedentes medicoquirúrgicos que ingresa por disnea laríngea y shock séptico secundario a perforación esofágica proximal por impactación de hueso de pollo. En el TC de ingreso se observan colecciones paraesofágicas y retrofaríngeas que requieren colocación quirúrgica de drenajes para control del foco infeccioso, así como soporte vasoactivo, respiratorio y antibiótico en UCI.

Caso clínico

Antes del primer acto quirúrgico se realiza endoscopia para extracción del cuerpo extraño. Pasada una semana desde el ingreso, repetimos la endoscopia oral para valorar mucosa esofágica visualizando dos orificios de unos 5 mm a unos 2 cm del esfínter esofágico superior (EES) (Figura 1) por lo que se decide en comité multidisciplinar colocar la prótesis metálica recubierta. Se llevó a cabo un control tanto radiológico como endoscópico directo para garantizar la cobertura de ambas fistulas. También se colocaron dos clips para fijar el extremo proximal (Figura 2).

Cuatro semanas después el paciente se encuentra en planta de hospitalización sin necesidad de soporte vital. Se retira la prótesis dejando ver una mucosa fibrinada con tejido de granulación y cierre completo de las fistulas (Figura 3).

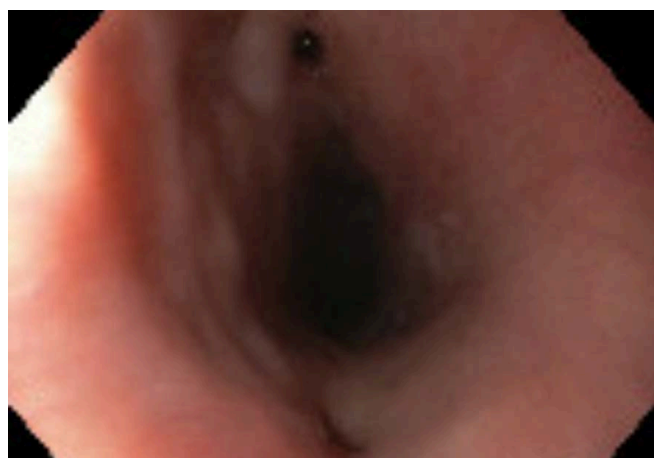


Figura 1

Se visualizan los 2 orificios de perforación que dan acceso a las colecciones paraesofágicas a unos 2 cm del EES.

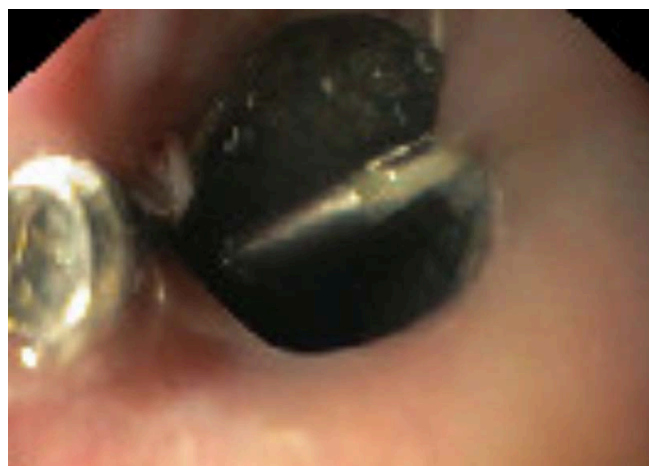


Figura 2

La imagen muestra los dos hemoclips colocados en extremo proximal de la prótesis para garantizar una mayor fijación de la misma.



Figura 3

Tejido de granulación esofágico tras la retirada de la prótesis que demuestra el cierre completo de las fistulas.

Discusión

Se trata de un caso de manejo multidisciplinar y particular por la proximidad de las fistulas al EES que condicionan la colocación de una prótesis a este nivel. No obstante, dado que el paciente permanecía intubado y sedoanalgesiado en UCI se opta finalmente por el modelo SX-ELLA HV StentPlus por su menor riesgo de overgrowing y mayor facilidad de retirada.

CP-015. DRENAJE ENDOSCOPICO DE UN QUISTE HIDATÍDICO COMUNICADO CON LA VÍA BILIAR

Alonso Belmonte C, Parra López B, Bravo Aranda AM, Jiménez Pérez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

En los quistes hidatídicos grandes, de larga evolución y según su localización, puede producir comunicaciones con el árbol biliar. La rotura de un quiste hidatídico hacia la vía biliar ocurre en un 5-25% de los casos. Cuando el orificio fistuloso es amplio se puede producir su vaciamiento del quiste hacia la vía biliar, produciendo ictericia obstructiva, colangitis, abscesos hepáticos, pancreatitis y reacciones anafilácticas. Tradicionalmente la cirugía se ha considerado como el tratamiento de elección, sin embargo, se están utilizando terapias alternativas como la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), la esfinterotomía endoscópica con irrigación transbiliar de sustancias parasitocidas y la colocación de endoprótesis biliares.

Caso clínico

Mujer de 78 años en seguimiento por digestivo por quiste hidatídico calcificado. Comienza con dolor abdominal, elevación de enzimas de colestasis, en imagen de tomografía axial se observa complicación del quiste con rotura en lóbulo hepático con formación de una colección en segmento V y dilatación de vía biliar. En colangioresonancia magnética se observa una probable comunicación con árbol biliar. Se realiza CPRE evidenciándose un colédoco dilatado sin defectos de repleción y conafilamiento distal. Se realiza esfinterotomía y se tracciona con balón

sin extraer contenido. Se realizan lavados con suero y nueva colangiografía que confirma ausencia de defectos de repleción con drenaje espontáneo del contraste. Se posiciona prótesis biliar plástica. Yéndose de alta con albendazol. Pasados unos meses vuelve a consultar por dolor abdominal, evidenciándose en tac colección de nueva aparición, en el segmento 6 hepático que sugiere extensión del quiste hidatídico. Se comienza con tratamiento con albendazol y dadas las sospechas previas de comunicación con la vía biliar se accede de nuevo por CPRE observándose endoprótesis biliar que se extrae con asa. Se canula la vía biliar, apreciándose tras inyección de contraste colédoco de 9 mm y comunicación con el quiste. Se procede a limpieza y extracción con papilotomo y sonda balón, con salida de membranas hidatídicas y restos purulentos.

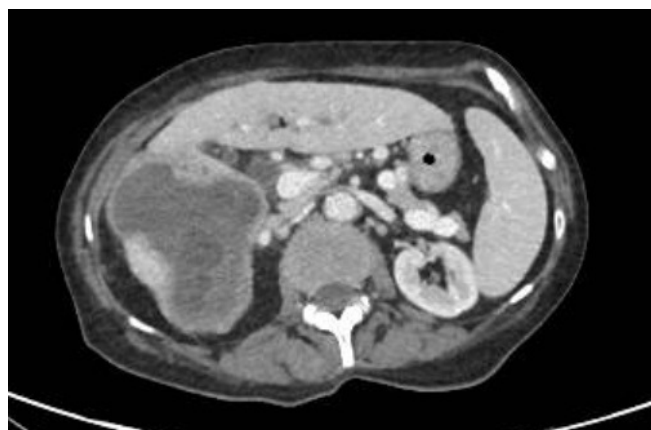


Figura 2

Imagen de corte axial de tac en el que se observa quiste hidatídico.



Figura 1

Imagen de corte sagital de tac en el que se observa complicación de quiste hidatídico con colección en segmento 5 hepático.

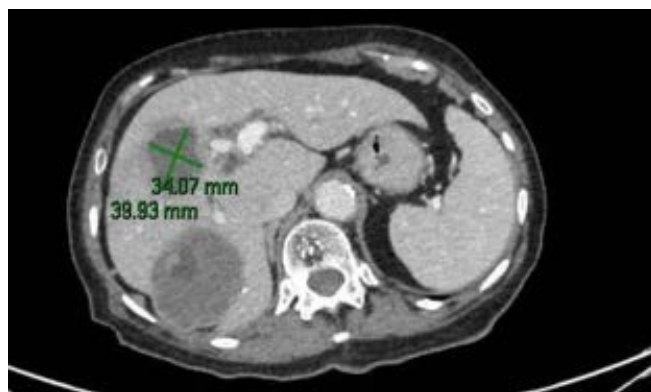


Figura 3

Imagen de corte axial de tac en el que se observa complicación de quiste hidatídico con colección en segmento 5 hepático.

Discusión

La efectividad de la CPRE con esfinterotomía y extracción de vesículas hijas del colédoco consiguiendo la resolución definitiva de la enfermedad hidatídica ha sido comentada en varias publicaciones. Algunos autores han añadido la irrigación transbiliar con suero y ocasionalmente se ha

dejado endoprótesis para mantener un drenaje adecuado de la vía biliar. Estas terapias se han complementado con tratamiento parasitocida. Esta terapia podría ser considerada como una alternativa al tratamiento quirúrgico ya que además han disminuido de manera significativa la morbilidad.

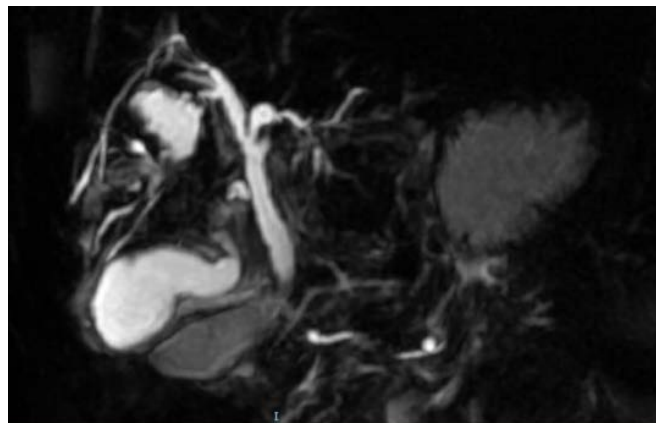


Imagen de colangiorm en la que se observa comunicación de la colección con el quiste.

Figura 4



Imagen de tac de corte sagital en el que se observa nueva colección en segmento 6.

Figura 5

CP-016. EL XANTOMA GÁSTRICO, MÁS QUE UN HALLAZGO

Alonso Belmonte C, Morales Bermúdez AI, Gomez Rodriguez P, Jiménez Pérez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

El xantoma gástrico es una lesión infrecuente que habitualmente se encuentra como un hallazgo incidental en una endoscopia debido a su presentación asintomática. Macroscópicamente se manifiesta como una placa blanco-amarillenta bien delimitada, normalmente <10 mm. A nivel histológico consiste en una colección de histiocitos o macrófagos con contenido lipídico a nivel de la lámina propia. Tienen una prevalencia entre el 0,23 % - 7%. Su localización más frecuente es a nivel antral y curvatura menor. Se asocian con inflamación de la mucosa gástrica. Algunos estudios muestran una asociación significativa entre la presencia de xantomas gástricos y el cáncer de estómago.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 34 años con antecedentes familiares de hermano con macroprolactinoma y madre con gastrinoma. Como antecedentes personales destaca cáncer de mama tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia. En estudio por aparato digestivo por dispepsia tipo dismotilidad. En analítica sanguínea destacaba déficit de vitamina B12 con anticuerpos anti- célula parietal positivo 1/320 y anticuerpos anti-factor intrínseco negativo. Se realiza endoscopia digestiva alta apreciándose a nivel fúndico datos sugestivos de gastritis crónica atrófica. Biopsias compatibles con gastritis crónica moderada/severa con presencia de *Helicobacter pylori* y foco de displasia de bajo grado. A nivel de cuerpo alto se observó nódulo sobreelevado de aspecto blanquecino de 6 mm que se extirpa con pinzas, resultando en anatomía patológica xantoma gástrico. Se pautó tratamiento para *H. pylori*, comprobándose erradicación y actualmente la paciente se encuentra en seguimiento endoscópico periódico.



Imagen endoscópica de un xantoma gástrico.

Figura 1

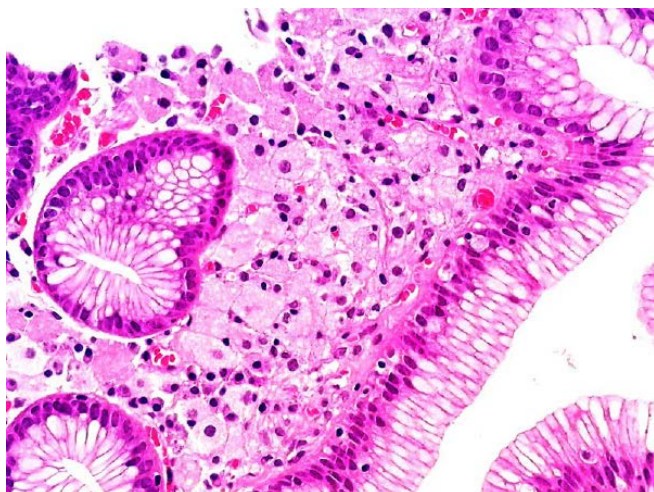


Imagen histológica de xantoma gástrico, tinción hematoxilina eosina.

Figura 2

Discusión

El xantoma gástrico es una lesión que se asocia a condiciones que causan daño a la mucosa gástrica: gastritis atrófica, metaplasia intestinal, infección por *Helicobacter pylori*, reflujo alcalino, etc., como se ha visto en el caso de nuestra paciente. A pesar de su benignidad, se observan con frecuencia en pacientes con cáncer gástrico temprano y según algunos estudios, son un marcador predictivo independiente para el desarrollo de cáncer gástrico. Por tanto, debemos tener esto presente al encontrarnos esta lesión en una endoscopia digestiva y revisar con minuciosidad la cavidad gástrica en busca de cualquier lesión preneoplásica y biopsiar cualquier lesión sugestiva de malignidad. De este modo, podemos detectar un cáncer gástrico en fases precoces y cambiar el pronóstico del paciente.

CP-017. ENFISEMA SUBCUTÁNEO, NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERITONEO TRAS DISECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE PÓLIPO LST EN RECTO

Rosado Bellido C¹, Pérez Ramírez A¹, Gil Bernal R², Rincón Gatica A¹, Martín Guerrero JM¹

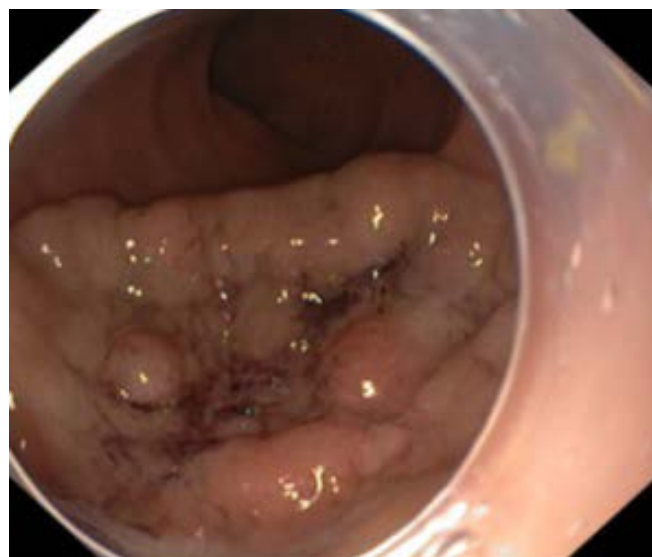
¹Servicio Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ²Servicio Medicina Interna. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción

La perforación intestinal es una potencial complicación de la colonoscopia tanto diagnóstica como terapéutica. Puede ser intraperitoneal, extraperitoneal o mixta. Los infrecuentes casos de perforación extraperitoneal se manifiestan como neumoretroperitoneo, neumomediastino y enfisema subcutáneo.

Caso clínico

Mujer de 80 años que se somete a disección endoscópica submucosa de un pólipo LSTG mixta 0Is + 0Ila de 76 x 60 mm con patrón II de NICE, localizada en ampolla rectal (Figura 1). Se utilizó un sistema de tracción ATRACT para facilitar el procedimiento. Se cierra con clips varios defectos en la muscular propios de la técnica (Figura 2).



Pólipo LST.

Figura 1



Tras disección submucosa endoscópica.

Figura 2

A las 72 horas del procedimiento la paciente comienza con molestias e hinchazón en el hemicuerpo derecho presentando crepitación a nivel cervical y hemitórax derecho. Se solicitó una TC toraco-abdominal urgente que evidenció un extenso enfisema subcutáneo en cuello, raíz del miembro superior y hemitórax derechos, además de un extenso neumomediastino y neumoperitoneo con

abundante gas intra y extraperitoneal en relación a una solución de continuidad en recto (**Figuras 3, 4 y 5**).

Tras ser valorada por Cirugía General, dada la estabilidad clínica de la paciente y ausencia de peritonismo, se optó por manejo conservador, con antibioterapia empírica y una rectoscopia de control en 24h. En esta se identificó un defecto mucoso de 3 mm en la porción proximal de la escara (**Figura 6**) y se procedió al cierre parcial de la escara con cuatro clips (**Figura 7**). La paciente presentó buena evolución clínica posterior, sin desarrollo de peritonitis ni sepsis.

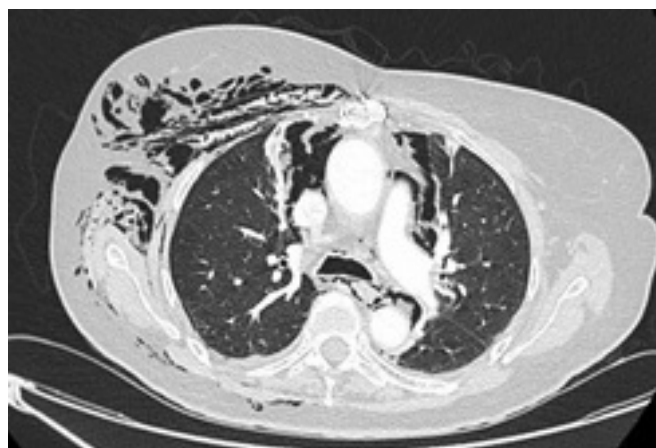


Figura 3

Corte transversal de la TC donde se aprecia enfisema subcutáneo y neumomediastino.

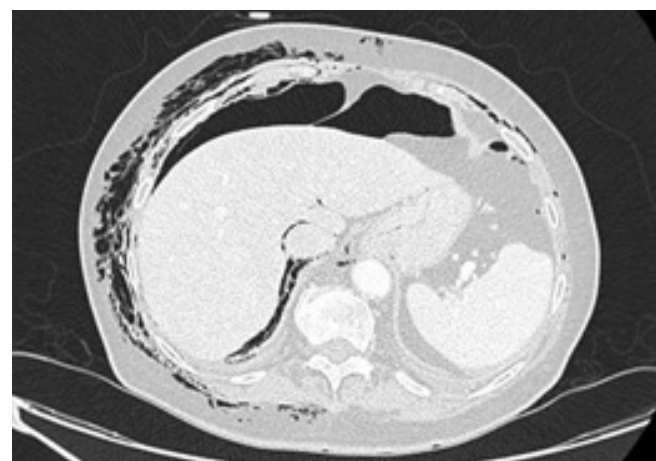


Figura 4

Corte transversal de la TC donde se aprecia neumoperitoneo y enfisema subcutáneo.

Discusión

La disección submucosa endoscópica (DSE) es una técnica endoscópica compleja que requiere un largo entrenamiento, permitiendo la resección de lesiones de forma mínimamente invasiva pero también con riesgo de complicaciones. Se han notificado perforaciones en hasta el 10% de los pacientes sometidos a DSE por neoplasias colorrectales, aunque con frecuencia pueden tratarse de forma conservadora mediante clips.

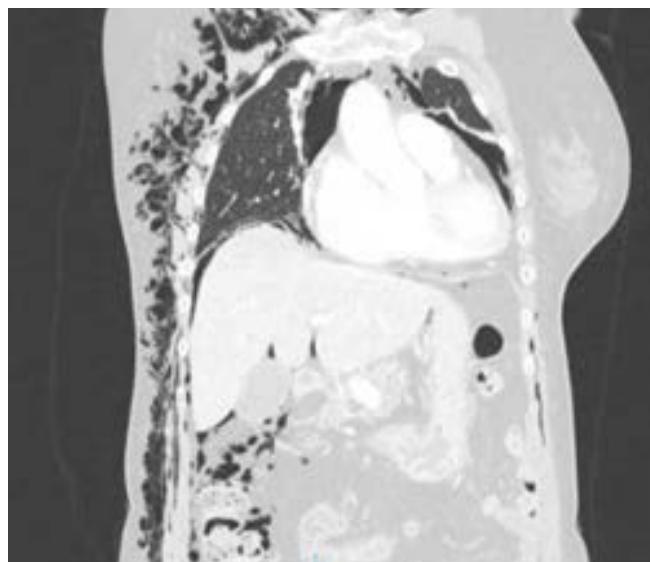


Figura 5

Corte coronal de la TC donde se evidencia enfisema subcutáneo, neumoperitoneo y neumomediastino.



Figura 6

Pequeño defecto mucoso en la escara.



Figura 7

Cierre parcial del defecto con clips.

En nuestro caso, la TC demostró la existencia de neumoperitoneo y neumoretroperitoneo, lo cual nos hizo pensar en la existencia de una perforación intra y extraperitoneal. La perforación extraperitoneal es infrecuente y el manejo puede ser conservador en los casos de estabilidad clínica y ausencia de peritonismo, como el de nuestra paciente.

CP-018. ESÓFAGO NEGRO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Molino Ruiz L, Muñoz Núñez M, Moya Jaime L

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

Introducción

El esófago negro o necrotizante, es una enfermedad poco frecuente, su etiología es desconocida y multifactorial. Clínicamente puede cursar con dolor retroesternal y hemorragia digestiva alta. En el diagnóstico es clave la endoscopia, así como descartar otro tipo de entidades asociadas a la coloración negruzca de la mucosa esofágica. El reconocimiento temprano de esta patología, así como el control de los factores predisponentes mejora la morbilidad y la mortalidad.

Caso clínico

Paciente mujer de 63 años de edad, con antecedentes personales de diabetes insulínica, con mal control de glucemias, amputación supracondilea de miembro inferior derecho por úlcera diabética, arteriopatía ocluyente e ictus isquémico en 2014. Acude al servicio de urgencias por presentar dolor torácico, vómitos de color oscuro y disfagia. Niega ingesta de cáusticos, así como de fármacos gastrolesivos. En analítica, se objetiva glucemia elevada y anemia con necesidad de transfusión de hemoderivados. Se realiza endoscopia una vez descartada patología cardiológica y se objetiva coloración negruzca de forma difusa y circunferencial de toda la mucosa del esófago hasta llegar a cardias (Figura 1), estómago y duodeno sin alteraciones. Se realiza estudio de angioTC para descartar lesión arterial y se decide tratamiento con antibioterapia, inhibidores de la bomba de protones, dieta absoluta, nutrición parenteral y se realiza durante su ingreso, control exhaustivo de glucemias y resto de factores cardiovasculares.

A los diez días se repite endoscopia (Figura 2), donde se observa en esófago proximal restos necróticos en menor extensión, alternando con áreas de fibrina y a partir de esófago medio ausencia de tejido necrótico con mucosa de aspecto cicatricial.

Finalmente, la paciente inicia dieta oral con buena tolerancia, glucemia y cifras de tensión arterial con adecuado control y asintomática desde el punto de vista clínico, pendiente de

ser valorada ambulatoriamente para nueva endoscopia y revisión.

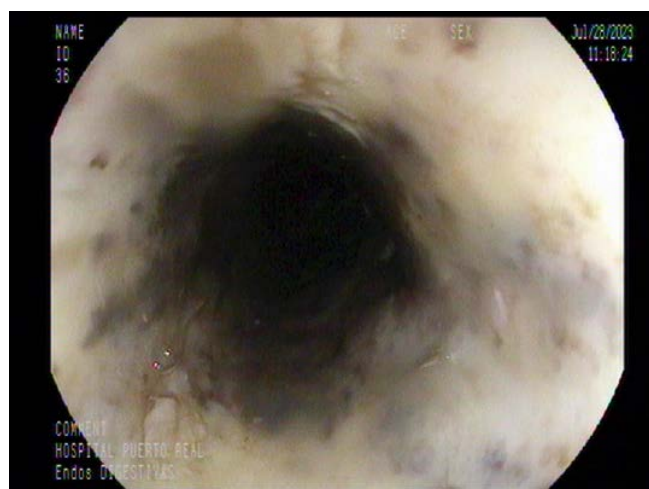
Discusión

El esófago necrotizante se caracteriza por objetivar en la endoscopia pigmentación negruzca difusa en la mucosa esofágica. La etiología es desconocida, están implicados una combinación de factores como la hipoperfusión tisular, factores de riesgo cardiovascular e inmunosupresión que desencadena una necrosis aguda. Clínicamente, se caracteriza por disfagia, epigastralgia, dolor torácico y hematemesis. Se deben de considerar en este contexto, otras patologías como melanocitosis, ingesta de cáusticos, esofagitis disecante, entre otras. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia y el tratamiento va dirigido a corregir causa desencadenante, neutralización del ácido gástrico, dieta absoluta y reevaluar nuevamente el esófago, así como las posibles complicaciones como la estenosis o perforación del mismo.



Pigmentación negruzca generalizada y circunferencial de la mucosa esofágica.

Figura 1



Mucosa esofágica de aspecto cicatricial con mejoría de lesiones necróticas.

Figura 2

CP-019. EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO ASOCIADO A MICROPERFORACIÓN DE COLON

Gómez Rodríguez P, Fernández Córna A, Marín García D, León Valenciano L

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Las localizaciones más frecuentes de cuerpos extraños impactados en intestino grueso son la válvula ileocecal, el apéndice cecal, y la unión del ciego con el colon ascendente. La extracción endoscópica de estos cuerpos extraños es actualmente una controversia en la literatura.

Caso clínico

Varón de 63 años. Acude por dolor abdominal en fosa iliaca derecha y fiebre de días de evolución. En TAC abdominal urgente detectan un engrosamiento parietal a nivel de la unión ileo-cecal, con rarefacción de la grasa mesentérica adyacente y signos radiológicos de microperforación.

Se decide actitud conservadora con antibioterapia de amplio espectro e ingreso por sospecha de origen neoplásico. En TC de control a las 72 h informan cuerpo extraño de unos 5 cm de longitud, en colon ascendente, ya visible en estudio previo, con migración extraluminal, hacia la grasa mesentérica, con burbujas adyacentes al mismo y en contacto íntimo con la pared lateral derecha de la vena cava inferior. El paciente presenta mejoría clínica y analítica, con buena evolución de la microperforación.

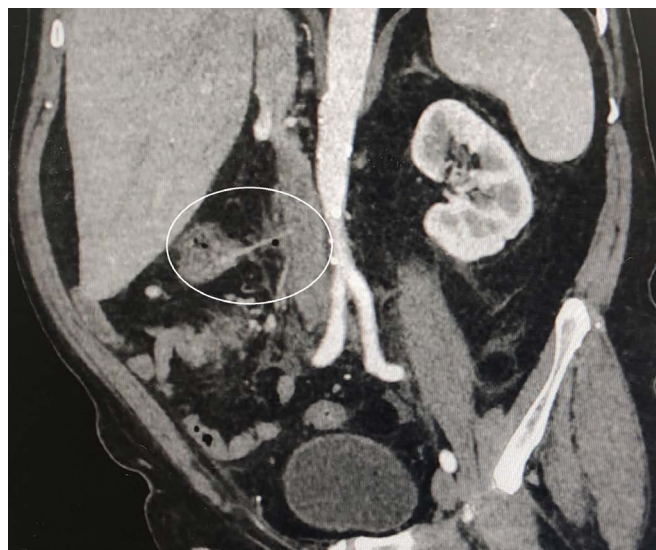


Figura 1

Cuerpo extraño en el ángulo hepático del colon, produciendo una microperforación y situándose en íntimo contacto con la vena cava.



Figura 2

Cuerpo extraño enclavado en la pared colónica.

En sesión conjunta con cirugía se decide intento de extracción endoscópica del cuerpo extraño, siendo la intervención quirúrgica la segunda opción. Se realiza colonoscopia en quirófano hasta fondo cecal, apreciándose cuerpo extraño, que corresponde a un mondadientes o palillo chino enclavado en colon derecho y con su extremo proximal asomando unos 15 mm en la luz colónica. Mediante asa de polipectomía se consigue extracción del cuerpo extraño. En la revisión endoscópica se aprecia orificio fistuloso de unos 7 mm con bordes engrosados que se cierran con hemoclips, ausencia de complicaciones inmediatas.

Se mantiene actitud conservadora con antibioterapia y se inicia dieta de forma progresiva. Buena evolución clínica, analítica y radiológica. Alta del paciente con seguimiento en consulta

Discusión

En la mayoría de casos, los cuerpos extraños son propulsados espontáneamente por el tubo digestivo sin complicaciones. Sin embargo, en casos de cuerpos extraños punzantes, como es el nuestro, la intervención quirúrgica está justificada en caso de ausencia de progresión en 72 horas o presencia de datos de complicación asociada (perforación, impactación). Actualmente no existen guías basadas en la evidencia clínica sobre el uso de la colonoscopia para la retirada endoscópica de cuerpos extraños impactados en colon derecho, sin embargo, algunos artículos respaldan la retirada por dicha vía por encima de la quirúrgica dado que es una opción mucho menos invasiva y con baja tasa de complicaciones en los casos documentados

CP-020. FÍSTULA RECTOVAGINAL TRATADA MEDIANTE SISTEMA OTSC

Morales Bermúdez A¹, Gómez Rodríguez P², Bracho González M³, Marín García D²

¹GRUPO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA.

Introducción

La fístula rectovaginal es una entidad rara. La causa más común es una lesión obstétrica. Otras causas son la enfermedad inflamatoria intestinal, la radioterapia y la cirugía pélvica. Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, el cual es difícil y sin una técnica quirúrgica estándar universalmente aceptada. El desarrollo de diferentes métodos endoscópicos, como el sistema "Over-the scope clip" (Ovesco) podrían ser una opción de tratamiento menos invasivo para este tipo de patología.

Caso clínico

Mujer de 45 años que presenta implante endometriósico de 4 cm en cara anterolateral izquierda de cuerpo uterino que se extiende a tabique vesicouterino con infiltración de cúpula vesical, cúpula vaginal y recto medio. Se trata mediante histerectomía con doble anexectomía, cistectomía parcial y resección anterior de recto. Se realiza colonoscopia por aparición de gases y heces a través de vagina, detectándose orificio fistuloso de 8 mm a nivel rectal en comunicación con vagina (**Figura 1**) y se trata endoscópicamente mediante sistema Ovesco (**Figura 2**), con resolución de la misma en revisiones posteriores.

Discusión

La principal indicación del sistema Ovesco es el cierre de perforaciones iatrógenas del tubo digestivo durante endoscopias diagnósticas o terapéuticas con una tasa de éxito >90%. También se ha utilizado en otros escenarios clínicos, como hemorragia digestiva, fístulas, dehiscencias de anastomosis, etc.

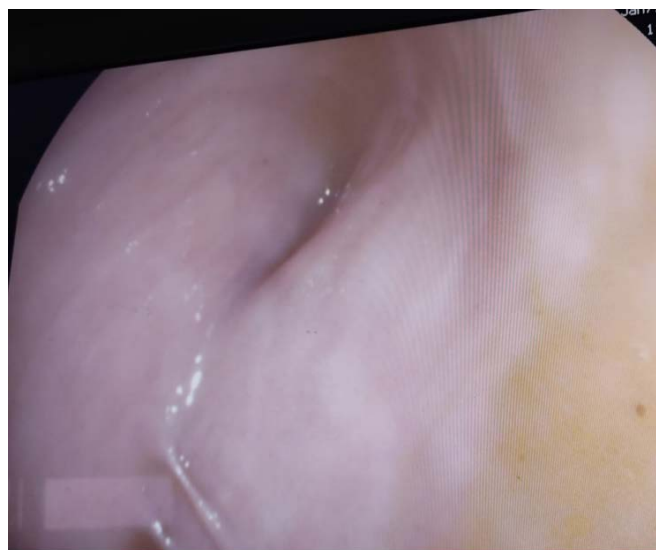


Imagen endoscópica de fístula rectovaginal.

Figura 1



Imagen de fístula rectovaginal tratada mediante sistema Ovesco.

Figura 2

Se trata de un método prometedor que podría desempeñar un papel fundamental en el cierre de fístulas del tracto digestivo, evitando la morbilidad secundaria a una intervención quirúrgica.

CP-021. GASTROENTEROANASTOMOSIS POR ECOENDOSCOPIA MEDIANTE PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL HOT-AXIOS: ANALISIS DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD

Suárez Toribio A¹, Rincón Gatica A², Torres Gómez F¹, Vallejo Vigo RM¹, Caetano Barrera I¹, Martín Guerrero J², García Fernández FJ²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

²UNIDAD ENDOSCOPIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

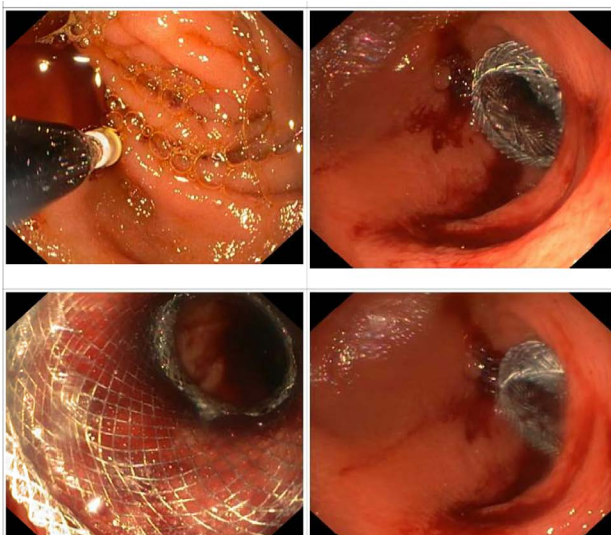
Introducción

-Analizar las indicaciones gastroenteroanastomosis (GEA) endoscópica mediante prótesis de aposición luminal (PAL) Hot-Axios.

-Evaluar la tasa de éxito técnico, recuperación de la alimentación oral, incidencias de complicaciones y supervivencia.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico de pacientes sometidos a GEA endoscópica para patología benigna y maligna. Se analizaron variables demográficas y clínicas, así como las relacionadas con el procedimiento (tasa de éxito y complicaciones). También se evaluó la estancia hospitalaria tras intervención, reintroducción de dieta oral, disfunción protésica y supervivencia de los pacientes tras la GEA.



Imágenes endoscópicas de la gastroenteroanastomosis mediante prótesis de aposición luminal. Prótesis insertada, permeable y sin complicaciones inmediatas.

Figura 1



Se observa la comunicación entre cámara gástrica y asa yeyunal mediante prótesis colocada por gastroenteroanastomosis endoscópica.

Figura 2

Resultados

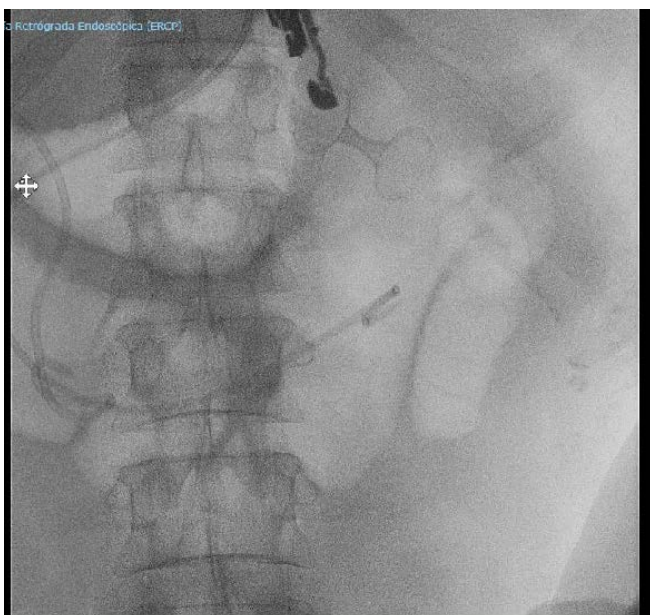
Se realizaron 18 GEA endoscópicas desde sept-2021 a sept-2023 por obstrucción del tránsito gastrointestinal. Edad media 63 (53-76), 55,6% hombres. Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general e intubación orotraqueal. La mayoría (16) por estenosis neoplásica maligna (89%), principalmente adenocarcinoma de páncreas (50%). En un 89% (16) se colocó una prótesis de 10 x 20mm. Se consiguió un éxito técnico del 100%, en el 89% (16) se consiguió la reintroducción de dieta oral, que se realizó en los primeros 3 días. No hubo eventos inmediatos relevantes y dos pacientes (11,1%) presentaron

alguna complicación relacionada con la prótesis durante la evolución, una hemorragia y una migración, ninguna mortal y resuelta endoscópicamente. Un paciente requirió rescate quirúrgico por disfunción. Hubo una mediana de 7 (3-16) días de hospitalización tras la prótesis, con una tasa de reingreso del 50%, ninguno relacionado con la prótesis. Durante el seguimiento, mediana de 53 días (22-110), se produjo éxitos en el 55,6% de pacientes, relacionado con su patología maligna, sin relación con la prótesis.



Se realiza radiografía de abdomen de control a las 24h del procedimiento para asegurar el adecuado posicionamiento y permeabilidad de la prótesis.

Figura 3



Prótesis en cámara gástrica unida al endoscopio, previo a la liberación

Figura 4

Conclusiones

-La GEA endoscópica mediante PAL es una técnica segura y que permite la alimentación oral precoz de los pacientes con obstrucción gastroduodenal benigna y maligna, con escasa invasividad.

-Es una alternativa efectiva a la GEA quirúrgica clásica y en patología benigna puede ser puente a una solución quirúrgica cuando el paciente se haya nutrido.

CP-022. HEMATEMESIS INTERMITENTE DE CAUSA INESPERADA: FÍSTULA AORTESOFÁGICA PRIMARIA.

Sánchez Moreno S, Delgado Maroto A, Villegas Peregrina P

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

Introducción

Una fístula aortoentérica (FAE) es una conexión anormal entre la aorta y el tracto gastrointestinal. La mayoría son secundarias y suelen ser una complicación tardía de la cirugía reconstructiva de la aorta abdominal con implante de prótesis vascular. La FAE primaria es muy infrecuente y en la mayoría de los casos se produce tras la rotura de un aneurisma de aorta abdominal afectando al duodeno, siendo excepcional su localización en el esófago.

Presentamos el caso de un paciente que debutó con una hemorragia digestiva alta secundaria a una fístula aortoesofágica por un pseudoaneurisma de la aorta torácica.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 74 años con antecedentes de enfermedad de Parkinson que sufre, tras un cuadro sincopal, un traumatismo torácico con fracturas costales múltiples y posteriormente un episodio autolimitado de hematemesis, con inestabilidad hemodinámica requiriendo cuidados intensivos.

Se realizó una endoscopia digestiva alta (EDA) hasta segunda porción duodenal sin identificar el origen del sangrado, tras lo cual el paciente volvió a presentar un episodio de hematemesis franca, por lo que se realizó una nueva EDA que en este caso sí visualizó, a unos 30 cm de la arcada dentaria, una compresión extrínseca esofágica con una úlcera excavada extensa en su superficie.

Posteriormente se realizó un angio-TC urgente que visualizó un pseudoaneurisma en la pared anterior de la aorta torácica descendente, con afectación submucosa de la pared esofágica, sugerente de fístula aortoesofágica.



Gastroscofia. Úlcera excavada a 30 cm de la arcada dentaria.

Figura 1



Corte sagital TC toracoabdominal. Pseudoaneurisma de aorta torácica descendente (flecha).

Figura 2

Tras dichos hallazgos se procedió a implantar una endoprótesis de aorta torácica, y posteriormente a la colocación de una prótesis esofágica recubierta como

puede a la reparación quirúrgica definitiva de la fístula, quedando el paciente estable.

Discusión

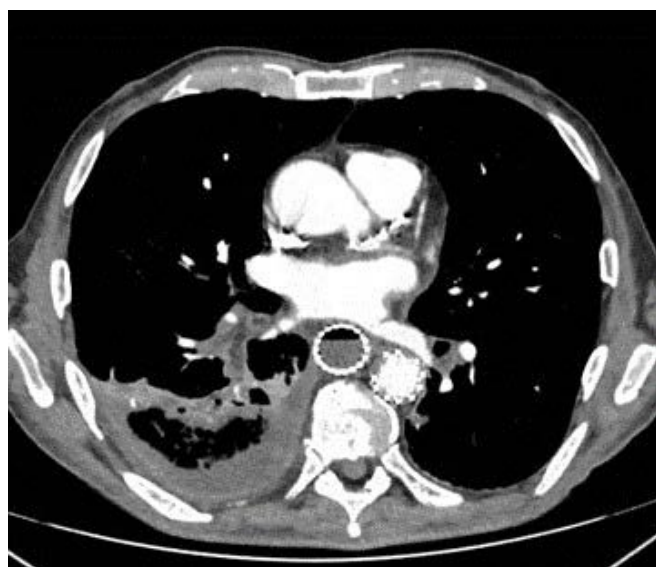
La fístula aortoesofágica es una causa rara de sangrado digestivo y su pronóstico puede ser fatal si no se diagnostica a tiempo, siendo las causas más frecuentes la presencia de un aneurisma de aorta torácica, el carcinoma esofágico y la impactación de cuerpos extraños.

En muchos casos supone un reto diagnóstico dado que puede presentarse en forma de sangrado digestivo intermitente, y la endoscopia digestiva alta puede no visualizar la FAE hasta en un 50% de los casos, siendo el



Gastroscopia. Colocación de prótesis esofágica recubierta.

Figura 3



TC torácico con contraste tras colocación de la endoprótesis en aorta torácica y prótesis esofágica.

Figura 4

angio-TC el pilar diagnóstico.

Por otro lado, se trata de una patología cuyo manejo debe ser consensuado por un equipo multidisciplinar ya que la cirugía definitiva conlleva una alta morbilidad, pudiendo ser de utilidad la colocación endoscópica de prótesis esofágicas como puente al tratamiento quirúrgico.

CP-023. HEMOPERITONEO: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Gijón Villanova R¹, Díaz Alcázar MDM², López Peña C¹, Berdugo Hurtado F¹, Gutierrez Holanda C¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

La hemorragia intrabdominal es a menudo una emergencia médica que puede ser secundaria a varias causas: la úlcera digestiva especialmente durante una estancia en cuidados intensivos, la ruptura por traumatismo directo de un vaso arterial o venoso y la ruptura tardía de un pseudoaneurisma previamente existente. Reconocer una hemorragia aguda e identificar su ubicación y gravedad son esenciales para facilitar el manejo clínico.

Caso clínico

Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad mórbida y fibrilación auricular crónica anticoagulada con rivaroxabán. Es intervenida quirúrgicamente de hernia de hiato gigante mediante funduplicatura de Nissen con postoperatorio marcado por cuadro de náuseas y vómitos persistentes al iniciar tolerancia oral. Se amplía estudio con endoscopia digestiva alta que pone de manifiesto estenosis a nivel esófago-gástrico.



Angio-TC de abdomen donde se objetiva la presencia de hemoperitoneo.

Figura 1

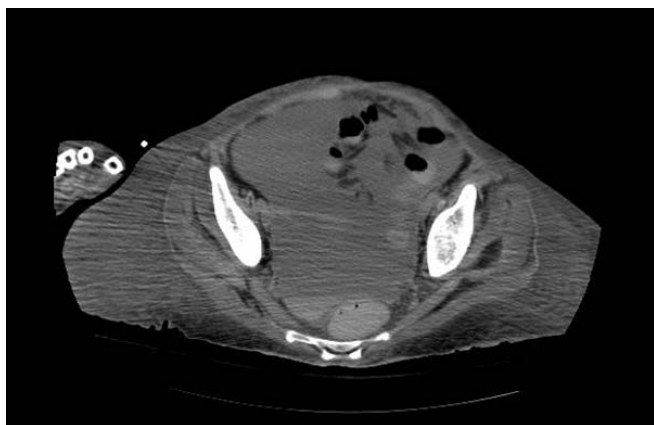


Figura 2

Angio-TC de abdomen donde se objetiva la presencia de hemoperitoneo.

A las pocas horas de la EDA la paciente inicia cuadro de hipotensión arterial mantenida. Analíticamente destaca caída de 2 puntos de Hb, actual 10.5 g/dl. Se solicita angio-TC que informa de hemoperitoneo (figura 1 y 2) con signos de sangrado activo a nivel de la curvatura mayor gástrica. Ante dichos hallazgos, se contacta con servicio de Radiología Intervencionista que objetiva sangrado activo dependiente de la arteria gástrica izquierda por lo que se procede a su embolización.

La evolución posterior viene marcada por persistencia de intolerancia para la ingesta oral, disfagia y sialorrea. Dada la no mejoría de la clínica y la incapacidad para la alimentación oral se decide cirugía de revisión de la funduplicatura. Se procede a la retirada del punto de funduplicatura, que condicionaba la estenosis, así como nueva calibración de esófago y punto de funduplicatura. La evolución de la paciente fue favorable después del procedimiento quirúrgico.

Discusión

La hemorragia abdominal secundaria a la realización de una endoscopia digestiva alta es una complicación inusual pero potencialmente grave con una alta mortalidad. Dos son los posibles mecanismos patogénicos responsables del sangrado; la presión ejercida por el endoscopio en la curvatura mayor gástrica durante la exploración duodenal o el exceso de tensión provocada en el estómago durante la insuflación. Ello se ve favorecido por una configuración anatómica peculiar de los vasos sanguíneos o por la existencia de lesiones que podrían disminuir la elasticidad de la pared de los mismos. En caso de inestabilidad hemodinámica, el tratamiento endovascular mediante radiología intervencionista debe ser el tratamiento de primera elección tras localizar el origen del sangrado mediante angio-TC.

CP-024. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A PLASMOCITOMA ANAPLASICO CON AFECTACIÓN GÁSTRICA.

Ramírez Raposo R, Viejo Almanzor A, Guerrero Palma E, Macías Rodríguez MA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

El mieloma múltiple se caracteriza por la proliferación neoplásica medular de células plasmáticas productoras de inmunoglobulina monoclonal. La afectación extramedular gastrointestinal, en forma de plasmocitoma, representa un 5% de los casos. Las localizaciones más frecuentes son el intestino delgado y el estómago, pudiendo cursar con hemorragia digestiva en caso de necrosis o ulceración de estas lesiones.

Caso clínico

Varón de 54 años con antecedentes de mieloma múltiple recidivado tras autotrasplante quien durante su ingreso en Hematología presenta una hemorragia digestiva alta en forma de melenas.

Realizamos endoscopia oral urgente en la que se identifica una lesión nodular en la unión gastroesofágica, irregular y ulcerada (Figura 1), y a nivel de antro gástrico varias lesiones nodulares ulceradas en su región central. Una de ellas, presentaba datos de hemostasia reciente que se trató con hemoclip (Figura 2). Se tomaron biopsias de ambas lesiones confirmandose la presencia de un infiltrado difuso de células de aspecto linfocítico con expresión monotípica de cadenas ligeras kappa, con inmunohistoquímica compatible con plasmocitoma anaplásico.



Figura 1

Lesiones nodulares de aspecto infiltrativas en antro gástrico, con superficie eritematosa y ulcerada. Hemoclip sobre una de ellas.



Lesión nodular en la unión gastroesofágica hacia la vertiente subcardial de la misma.

Figura 2

Se inició por parte de hematología tratamiento quimioterápico junto a inmunoterapia, y tras la hemorragia digestiva también radioterapia hemostática.

Discusión

Ante la presencia de nódulos infiltrativos gástricos debe realizarse un diagnóstico diferencial con tumores como el adenocarcinoma, los tumores del estroma, los tumores neuroendocrinos y otros linfomas, sin olvidar la afectación metastásica.

Endoscópicamente, los plasmocitomas se presentan como múltiples lesiones ulceradas o bien como una masa única ulcerada, siendo fundamental la realización de biopsias para el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico que permita su correcta caracterización.

El tratamiento del plasmocitoma extramedular se basa en quimioterapia con o sin trasplante de medula. En casos localizados y en los que se produce hemorragia, es de gran utilidad la radioterapia.

CP-025. IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE SIGNOS DE ISQUEMIA MESENTÉRICA CRÓNICA MEDIANTE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS.

Lancho Muñoz A, Tintero Peinado C, Rodríguez Gómez V, Redondo Cerezo E, Ortega Suazo EJ

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

Introducción

La incidencia de los trastornos isquémicos intestinales ha aumentado recientemente secundariamente al aumento de la esperanza de vida poblacional, al mejor manejo de las enfermedades cardiovasculares y a los avances

en las técnicas diagnósticas tanto radiológicas como endoscópicas, como se observa en el siguiente caso clínico.

Caso clínico

Paciente de 65 años con múltiples factores de riesgo cardiovascular (dislipemia, hipertensión, diabetes), así como fumador activo, y con antecedentes de enfermedad aterosclerótica generalizada; acude a consulta por dolor abdominal mesogástrico postprandial y pérdida de 20 kg de peso en los últimos meses.

Se realiza gastroscopia y colonoscopia observándose zonas parcheadas de eritema y de mucosa blanquecina con úlceras-erosiones fibrinadas aisladas de bordes congestivos de probable origen isquémico, más llamativas en cuerpo gástrico distal-antro (Figuras 1 y 2), duodeno (Figura 3) y colon proximal cerca de la válvula ileocecal (Figura 4). Se toman biopsias segmentarias que muestran mucosa con infiltrado inflamatorio crónico sin metaplasia



Figura 1

Zona estrecha de mucosa gástrica a nivel de antro apreciándose mediante luz blanca (imagen izquierda) y mediante luz NBI (imagen derecha) zonas parcheadas de mucosa blanquecina que impresionan de características isquémicas.



Figura 2

Fórnix y cuerpo gástrico proximal sin afectación observado en retrovisión.

intestinal en estómago y duodeno; mientras que a nivel colónico muestra colitis linfoplasmocítica. Dada la inespecificidad de los hallazgos histológicos y la alta sospecha de trastorno isquémico subyacente se solicita AngioTC para completar el estudio.



Figura 3

Segunda porción duodenal con áreas parcheadas de eritema y zonas de mucosa de aspecto blanquecino, con ulcera-erosiones fibrinadas de bordes congestivos.



Figura 4

Colón ascendente proximal con áreas parcheadas de mucosa blanquecina y algunas ulcero-erosiones excavadas fibrinadas aisladas, más marcadas en ciego.

A los pocos días el paciente acude a urgencias por dolor abdominal intenso y vómitos. Se realiza TC abdominal observándose estenosis crítica en origen del tronco celiaco con relleno filiforme de arterias distales; y oclusión completa proximal de la arteria mesentérica superior con repermeabilización distal por colaterales, ambas oclusiones

vasculares ocasionadas por placa de ateroma (Figura 5). Secundariamente, se observan datos de hipoperfusión hepática y esplénica, sin signos de sufrimiento de asas.

Finalmente, se opta por tratamiento quirúrgico mediante bypass aorto-mesentérico tras fracaso de recanalización endovascular, con mejoría parcial de los síntomas postprandiales que presentaba el paciente.



Figura 5

Reconstrucción de Angio-Tc con estenosis crítica de tronco celiaco y oclusión proximal de arteria mesentérica superior y relleno filiforme de las arterias distales.

Discusión

Dado el alto índice de morbilidad asociado a los trastornos isquémicos intestinales y a pesar de la falta de especificidad en los hallazgos endoscópicos, es esencial que los gastroenterólogos lo incluyan en la lista de diagnósticos diferenciales cuando se enfrenten a un síndrome constitucional y fomenten una alta sospecha clínica para evitar complicaciones secundarias al retraso en el diagnóstico.

CP-026. LA ECOENDOSCOPIA COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA EN LA PSEUDOACALASIA

Santa Bárbara Ruiz J¹, Lavín Castejón I², Andrade Bellido RJ²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

²UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

Introducción

La pseudoacalasia es una entidad caracterizada por la incapacidad de relajación del esfínter esofágico inferior

(EEI) durante la deglución secundaria a otra patología (generalmente una neoplasia esofágica y menos frecuentemente esofagitis severas, enfermedades neuromusculares o toma de fármacos). Se denomina así porque se asemeja a la acalasia, entidad consistente en un trastorno motor esofágico primario por fallo en la relajación del EEI junto a la pérdida de la peristalsis primaria del esófago.

Caso clínico

Varón de 66 años que consulta por cuadro de disfagia progresiva de un mes de evolución, inicialmente a sólidos y posterior afagia completa, por lo que ingresa en nuestro centro para estudio, realizándose EDA visualizándose estenosis puntiforme en esófago distal, sin ninguna lesión a nivel endoluminal, (biopsia inespecífica) y con dilatación proximal del mismo y posteriormente una manometría, que fue compatible con acalasia tipo II.

Por ello se indicó dilatación endoscópica con balón de dicha estenosis, pero al objetivarse durante el procedimiento gran resistencia al paso del endoscopio, se solicitó TC toracoabdominal para descartar pseudoacalasia. Este TC (figura 1) describía una importante dilatación esofágica de hasta 28mm con una estenosis abrupta a nivel de unión esofagogástrica, por lo que finalmente se completó dilatación endoscópica, permitiendo tolerancia a dieta triturada del paciente y que pudiera ser alta a domicilio hasta una nueva sesión.



Imagen radiológica de estenosis abrupta en esófago distal, con porción proximal dilatada.

Figura 1

Tras 10 días reaparece afagia por lo que se completa estudio con tránsito EGD (megaesófago con paso filiforme de contraste a estómago, compatible con acalasia) y ecoendoscopia diagnóstica: en ella se objetiva, a nivel de estenosis de esófago distal (figura 2), un engrosamiento homogéneo de hasta 2cm dependiente de la submucosa, con afectación de todas las capas excepto la adventicia, que queda preservada. Se tomaron biopsias diagnosticándose finalmente de adenocarcinoma bien diferenciado.

Tras presentar el caso en comité multidisciplinar y dada la presencia de extensión locorregional objetivada por Pet-TC posterior, se decidió colocación de endoprótesis metálica para asegurar nutrición enteral del paciente y administración de quimioterapia.

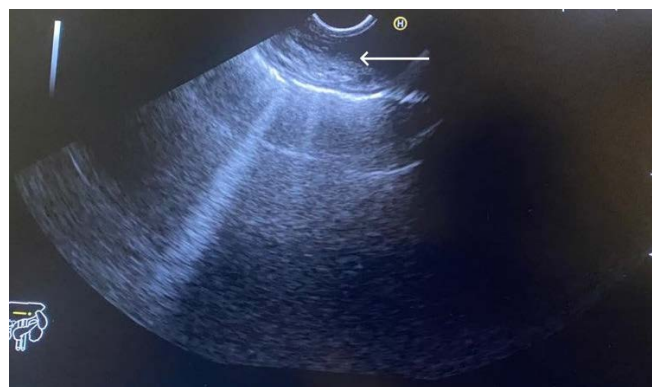
Discusión

El diagnóstico diferencial entre acalasia o pseudoacalasia suele realizarse mediante tránsito baritado esofagogástrico, endoscopia digestiva alta, manometría y TC de abdomen. Existen casos en los que ambas entidades



Estenosis puntiforme a nivel de esófago distal.

Figura 2



Engrosamiento parietal a expensas de capa submucosa en unión gastroesofágica (flecha).

Figura 3

pueden presentar hallazgos similares entre sí en estas pruebas e incluso superponerse, por lo que cada vez más debemos incluir otras pruebas que nos ayuden a completar este diagnóstico diferencial, como en nuestro caso clínico, la ecoendoscopia.

CP-027. LESIÓN MESENQUIMAL DE LOCALIZACIÓN COLÓNICA: LA ESCASA RENTABILIDAD DE LA COLONOSCOPIA

García García MD, Mouhtar El Hálabi S, Galván Fernández MD, Galván Fernández MD, Caunedo Álvarez A, Rodríguez Téllez M

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

Introducción

Aunque los tumores estromales gastrointestinales son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal, los leiomiomas son inusuales. Suelen presentarse de forma asintomática, pudiendo provocar cuadros intestinales obstructivos o por compresión extrínseca.

Caso clínico

Varón de 69 años sin clínica digestiva. En TAC abdominal solicitado por otra causa se identificó de forma incidental masa sólida exofítica en cara mesentérica de sigma, bien delimitada, con componente de tejidos blando y captación heterogénea de contraste, con realce más periférico pseudonodular y un componente líquido/necrótico central de 59x57x70mm que no infiltraba otras estructuras en la vecindad sugestiva de lesión neoplásica de probable origen estromal sin adenopatías sospechosas de malignidad. En colonoscopia, una lesión subepitelial protruyente en sigma proximal que ocupaba casi el 50% de la circunferencia con algunos vasos capilares prominentes en su superficie sin erosiones ni úlceras (**Figuras 1**), de la cual se tomaron biopsias que solo demostraban cambios inflamatorios mínimos, por lo que se solicitó valoración por cirugía digestiva que decidió intervención quirúrgica. Tras resección segmentaria laparoscópica y anastomosis



Figura 1

Imágenes endoscópicas en sigma proximal donde se evidencia lesión protruyente hacia la luz colónica con capilares sanguíneos tortuosos en su superficie.

colocólica se analizó la pieza quirúrgica con el resultado de leiomioma colónico (actina de músculo liso+ desmina+ CD34- Ki67<1%) de 70mm con márgenes de resección libres de tumor.

Discusión

El diagnóstico del leiomioma colónico suele ser incidental. Las pruebas de imagen como TAC y RNM pueden apoyar el diagnóstico. Sin embargo, debido a la escasa rentabilidad de la colonoscopia para alcanzar el diagnóstico anatomopatológico, la resección con márgenes libres es fundamental para descartar con fiabilidad malignidad de la lesión.

CP-028. MASA PANCREÁTICA EN LA EDAD INFANTIL. UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA PARA EVITAR UNA CIRUGIA MAYOR.

Vallejo Vigo RM¹, Suarez Toribio A¹, Caetano Barrera IA¹, Martín Guerrero JM¹, García Fernández FJ², Rincón Gática A¹

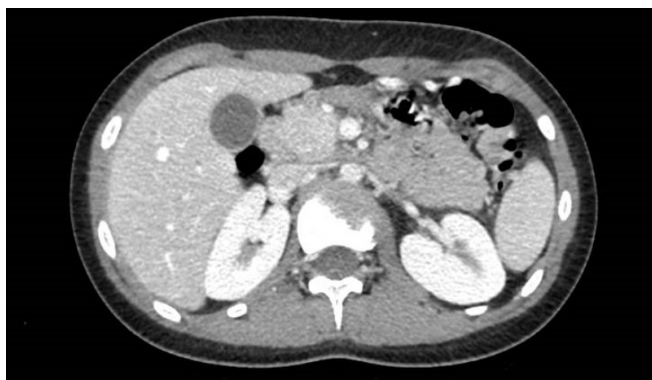
¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Las masas pancreáticas en la población infantil son una entidad extremadamente rara. Representan menos del 0.5% de los tumores abdominales y dentro de este grupo, los tumores sólidos pseudopapilares son los más frecuentes con preponderancia femenina. Estos suelen ser asintomáticos, aunque pueden presentar síntomas inespecíficos como dolor abdominal, astenia, masa palpable. El diagnóstico es habitualmente quirúrgico, no realizándose un estudio anatomopatológico previo por el escaso peso de los pacientes, así como la edad muy temprana al diagnóstico y por no existir modalidad pediátrica de ecoendoscopios para realización de punción.

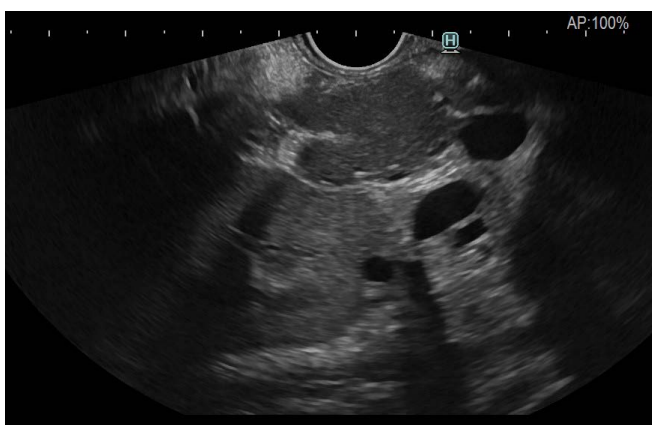
Caso clínico

Mujer de 11 años, sin antecedentes de interés, salvo correcto cumplimiento del calendario vacunal. Peso de 45 kg. Presenta cuadro de dolor abdominal leve de 2 semanas de evolución y se asocia diarrea aguda e ictericia de patrón colestásico con bilirrubina total de 6.7 mg/dl a predominio directo (6.1 mg/dl). Sin fiebre. Serologías negativas. Niveles de IgG elevados. En ecografía se aprecia dilatación de vía biliar principal. Barro biliar. En TAC abdomen se evidencia lesión nodular hiperdensa en proceso uncinado de 2x2 compatible con neoplasia pancreática. En comité de tumores se decide ecoendoscopia que evidencia engrosamiento difuso pancreático predominando en cabeza, cuerpo y uncinado, a descartar pancreatitis autoinmune. Se confirma mediante biopsia focos de fibrosis e infiltrado plasmocítico IgG4 y ausencia de infiltración neoplásica.



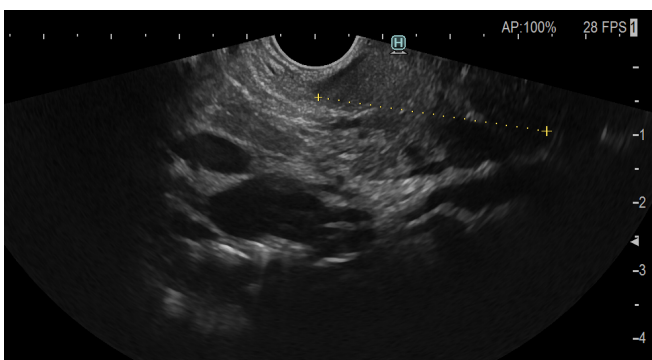
Masa en proceso uncinado pancreático.

Figura 1



Engrosamiento de cuerpo pancreático.

Figura 2

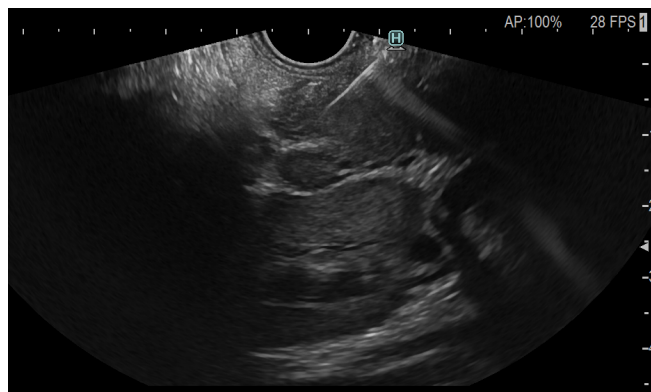


Pseudomasa a nivel de uncinado de páncreas.

Figura 3

Discusión

La ecoendoscopia proporciona información detallada sobre la extensión de la enfermedad y las complicaciones asociadas, lo que es esencial para la toma de decisiones terapéuticas. En nuestro caso, el diagnóstico diferencial se orientaba principalmente en dos: Tumor neuroendocrino vs pancreatitis autoinmune tipo 1. Ambos con líneas terapéuticas opuestas (duodenopancreatectomía vs corticoterapia, respectivamente) y al centrarnos en las características de la paciente no se podía ser



USE-BAAF 22G.

Figura 4

inicialmente agresivo con una cirugía que no está exenta de complicaciones; por lo que la ecoendoscopia jugó un rol fundamental en este caso pese a algunas limitaciones que puede tener en la población pediátrica. Finalmente, este caso demuestra que esta es una técnica segura y útil tanto para la población pediátrica como adulta.

CP-029. MEGA-STENT COMO TRATAMIENTO DE DEHISCENCIA DE SUTURA TRAS REALIZACIÓN DE MANGA GÁSTRICA

Morales Bermúdez AI¹, Bracho González M², Fernández Córna A³, Vázquez Pedreño L³

¹GRUPO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La gastrectomía tubular es uno de los principales tratamientos en cirugía bariátrica. Una de las complicaciones más frecuentes es la dehiscencia de sutura (0,6-7%). Aunque su tratamiento tradicionalmente ha sido quirúrgico, cada vez más se opta por técnicas endoscópicas en el manejo de esta complicación.

Caso clínico

Paciente de 43 años intervenida mediante gastrectomía tubular sin complicaciones. Presenta fiebre el quinto día post-operatorio. En TC se evidencian dos colecciones sin ventana para drenaje percutáneo. Se decide reintervenir y se realiza lavado de absceso subhepático y desbridamiento de absceso a nivel de manga gástrica superior, localizando dehiscencia de sutura de la manga. Se resutura sobre tejido friable y se realiza yeyunostomía de alimentación. Se coloca drenaje a nivel de la dehiscencia. A los cuatro días se coloca prótesis metálica autoexpandible recubierta de 135 mm, comprobándose correcto posicionamiento radiológico (**figura 1**). Posteriormente la paciente presenta débito bilioso a través del drenaje. Se decide revisión endoscópica

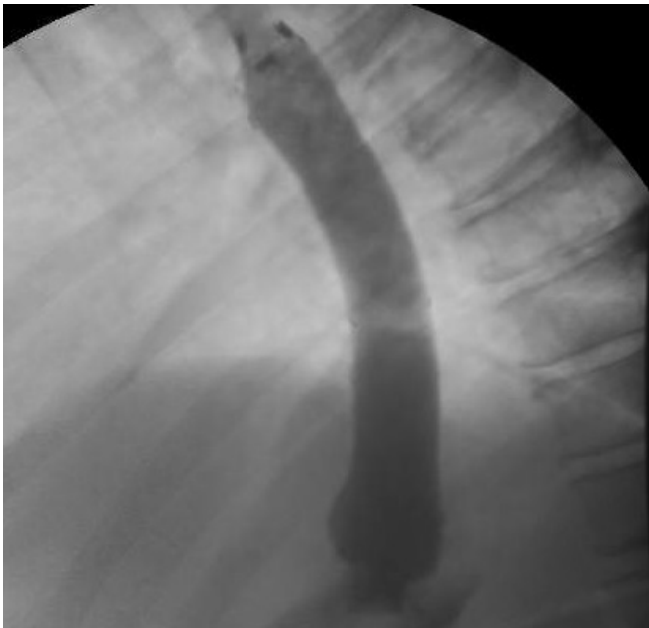


Figura 1

Imágenes endoscópicas en sigma proximal donde se evidencia lesión protuyente hacia la luz colónica con capilares sanguíneos tortuosos en su superficie.



Figura 2

Imagen de radiografía anteroposterior en la que se visualiza prótesis de 135mm (esofagagástrica) coaxial a prótesis de 230mm (esofagoduodenal).

por sospecha de migración proximal de la prótesis en pruebas de imagen, que se confirma endoscópicamente.

Se reposiciona la prótesis y se fija a nivel distal y proximal con clips. Tras mejoría inicial, vuelve a detectarse abundante débito biliar por drenaje por lo que se decide nueva revisión endoscópica. Se comprueba que la prótesis está correctamente posicionada y se administra azul de metileno por encima del extremo proximal de la misma. Se evidencia salida de azul por el drenaje por lo que se decide posicionar nueva prótesis esofágica completamente recubierta de 230 mm (Mega-stent), coaxial a la prótesis previamente posicionada (figura 2). Posteriormente la paciente presenta mejoría radiológica de las colecciones y ausencia de fuga a través de drenaje. Tras 5 semanas con Mega-stent y 7 semanas desde reposicionamiento de prótesis estándar se retiran ambas, comprobándose resolución de la dehiscencia, siendo posible la retirada del drenaje y la alimentación por vía oral.

Discusión

Las prótesis autoexpandibles recubiertas son el tratamiento endoscópico de cuya efectividad se tiene mayor evidencia. Su éxito varía entre 50-100% según las series. Su principal limitación es la migración de la prótesis, que ocurre en un 30-50% de los casos. En los últimos años se ha desarrollado una nueva prótesis diseñada específicamente para pacientes con dehiscencia de sutura tras gastrectomía tubular con una forma adaptada a esta cirugía para evitar su migración (Mega-stent). Constituye una herramienta más en el tratamiento precoz de esta complicación y se espera que su uso aumente el éxito clínico al disminuir las complicaciones, aunque son necesarios estudios al respecto.

CP-030. METÁSTASIS GÁSTRICAS DE CÁNCER RENAL. DIAGNÓSTICO MEDIANTE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA)

García Aragón F, Fernández García R, Lancho Muñoz A, Redondo Cerezo E, Rodríguez Sicilia MJ

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

Introducción

Es poco común la presencia de tumores que metastaticen a estómago, siendo también inusual en el caso del carcinoma renal de células claras. Las metástasis más frecuentes de esta neoplasia se producen a nivel de pulmón, cerebro, tejido óseo o glándulas suprarrenales, y su aparición a nivel gástrico se asocia con enfermedad avanzada y diseminación concomitante a otros órganos.

Caso clínico

Varón de 78 años nefrectomizado hace más de 30 años por carcinoma renal de células claras. En seguimiento por Oncología médica por metástasis pulmonares de reciente diagnóstico. Ante molestias epigástricas persistentes se solicitó EDA, con hallazgo a nivel de cuerpo alto y fundus

de tres lesiones nodulares, sésiles, de entre 5-25mm de diámetro, con aspecto congestivo y áreas fibrinadas y necróticas en su superficie.

Se tomaron biopsias de las lesiones descritas con resultado anatomopatológico de carcinoma de células claras.

Discusión

El estómago es un emplazamiento inusual de lesiones metastásicas para la gran mayoría de los tumores, asociándose su aparición con estadios avanzados de la enfermedad y afectación ya presente a nivel de otros órganos.

Las metástasis gástricas de carcinoma renal suelen manifestarse como lesiones submucosas con progresión hacia la luz gástrica y posterior ulceración. Pueden ser únicas o múltiples, polipoideas con mayor frecuencia, y cuando son sintomáticas, la clínica es similar a la asociada



Aspecto endoscópico de las lesiones metastásicas

Figura 1

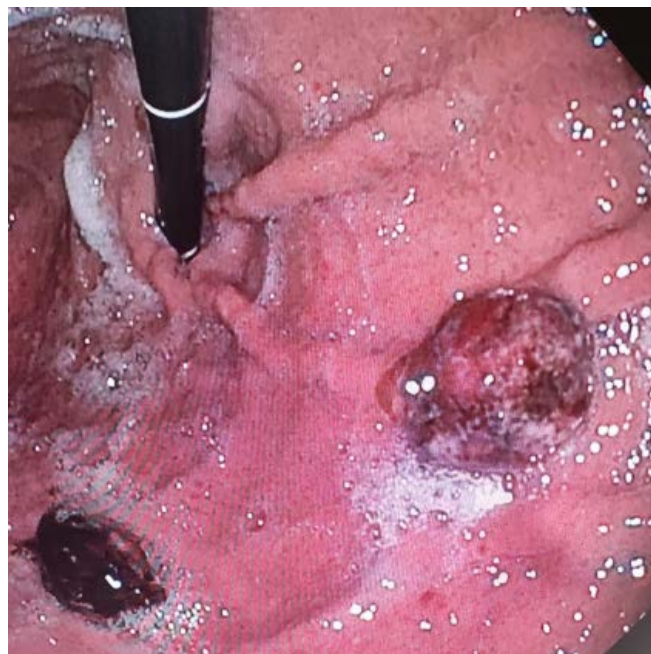


Aspecto endoscópico de las lesiones metastásicas.

Figura 2

con los tumores gástricos primarios (epigastralgia, dispepsia, anemia, hemorragia digestiva...)

La supervivencia media de los pacientes con enfermedad renal metastásica es de unos 13 meses, aunque en el caso de las metástasis gástricas la evolución puede ser impredecible. Se ha descrito, asimismo, también con poca frecuencia, la aparición de metástasis colónicas de este tipo de neoplasia, soliendo manifestarse en este caso en el contexto de una hemorragia digestiva baja.



Aspecto endoscópico de las lesiones metastásicas.

Figura 3

CP-031. MIASIS EN ESTOMA DE SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

Bernal Torres A, Cardenas Cárdenas JF, Hidalgo Blanco A, Macías Rodríguez MA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Las infecciones de la estoma de las sondas de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) son frecuentes, con una incidencia aproximadamente del 15% si bien esto se ha reducido gracias al uso de antibiótico de forma profiláctica previa a la intervención. La mayoría de los casos son aquellas producidas por bacterias de entre las que destacan los estafilococos, las pseudomonas y otros bacilos grampositivos, siendo muy poco frecuentes las infecciones por otros agentes.

A continuación, presentamos un caso de miasis sobre el estoma de una sonda PEG.

Caso clínico

Paciente de 20 años, con antecedentes de carcinoma de nasofaringe metastásico, portador de sonda PEG con recambios semestrales que acude al servicio de urgencias por presentar larvas en región periestomal. Como antecedentes de riesgo refiere haber pasado varias semanas en la naturaleza y haber realizado actividades lúdicas en piscina.

A la exploración se identifican larvas de aspecto blanquecino alrededor de la zona periestomal de la sonda (Imagen 1-2). Se procedió a retirada de la misma junto a la extracción manual de las larvas. Se realizó análisis microbiológico dando como resultado larvas de la familia de dípteros (mosca común). Se llevaron a cabo varios lavados con antisépticos locales y se procedió a la colocación de nueva sonda PEG.

Discusión

La miasis es la infestación producida por larvas de moscas. Las infestaciones en los humanos pueden ocurrir de diferentes formas siendo la más frecuente cuando los huevos son depositados sobre una herida expuesta o tejido necrótico. Suele producirse en paciente inmunodeprimidos, malnutridos o en pacientes que presentan una mala higiene de la sonda como en el caso de nuestro paciente.



Visualización de abundantes larvas de coloración blanquecina sobre región periestomal de sonda endoscópica percutánea.

Figura 1



Visualización de larva en región periestomal.

Figura 2

El diagnóstico generalmente se realiza mediante la identificación de las larvas al microscopio. Respecto al tratamiento, se recomienda una meticulosa extracción de las larvas, así como un adecuado desbridamiento de la herida mediante antisépticos locales. Los antibióticos o antiparasitarios orales no son necesarios salvo que se sospeche otra infección concomitante. Es importante insistir en las medidas preventivas para evitar dicha patología.

CP-032. OBSTRUCCIÓN INTestinal SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE SONDA DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA CON EXTENSIÓN YEYUNAL: UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE

Fernández García R, Lancho Muñoz A, Lecuona Muñoz M, Redondo Cerezo E, Díaz Alcázar MDM

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

Introducción

La enfermedad de Parkinson, es la segunda enfermedad neurodegenerativa en nuestro medio, con una incidencia creciente dado el envejecimiento de la población. Inicialmente el tratamiento se realiza con agonistas dopaminérgicos por vía oral. Sin embargo, en la enfermedad de Parkinson, una posibilidad es colocar una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea con extensión yeyunal (PEG-J) para administrar duodopa, la infusión continua de los dos fármacos (levodopa y carbidopa) permite alcanzar unos niveles sanguíneos más estables, y un mejor control de los síntomas. La colocación de una PEG-J es relativamente segura. Las complicaciones más comunes son infección del estoma, obstrucción de la sonda y obstrucción al vaciamiento gástrico por migración de la sonda. Presentamos el caso de un paciente portador

de una PEG-J que debutó con una obstrucción intestinal secundaria a la formación de un fitobezoar en la sonda.

Caso clínico

Se presenta un paciente de 71 años con enfermedad de Parkinson, portador de una sonda PEG-J para administración de duodopa, que acude por dolor abdominal y vómitos de aparición súbita. Se realiza TC que muestra el tope interno de la sonda PEG en yeyuno, además de engrosamiento de asas yeyunales.

Por todo ello, se realiza una EDA, confirmando que el tope interno se encuentra en intestino delgado. Se extrae con ayuda de una pinza de cocodrilo, objetivando que la punta de la sonda de extensión yeyunal está cubierta con un bezoar. Se procede a recambiar la sonda PEG-J, quedando el cuadro resuelto.

Discusión

Las sondas PEG-J para administración de duodopa son dispositivos seguros y efectivos, las principales complicaciones son las relacionadas con la propia sonda, sin embargo, no suelen ser frecuentes y cuando aparecen

no suelen requerir intervención urgente. La migración de la sonda y obstrucción intestinal secundaria a esta se ha descrito en algunas ocasiones. Así como la aparición de fitobezoar en el extremo de la misma. Pese a que esta complicación es infrecuente, ha sido descrita. Se explicaría por la actuación combinada de dos factores, la presencia de un cuerpo extraño a nivel intestinal (el tope de la sonda) y al hecho de que en esta indicación de inserción de sonda PEG el paciente mantiene ingesta oral, lo que favorece la formación del bezoar. El tratamiento consiste en el recambio endoscópico de la sonda, en algunos casos también se ha descrito el manejo conservador con ingesta de Coca-Cola. Y para su prevención se recomienda evitar la ingesta abundante de fibra dietética.

CP-033. PROCTITIS INFECCIOSA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jarava Delgado M, De La Cuesta I, Molina Villaba C, Fernandez A, Fernandez A, Requena J, Gallardo Sánchez P

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

Introducción

Entre las causas de proctitis encontramos con mayor frecuencia las relacionadas con la enfermedad inflamatoria intestinal, sin embargo, ante el aumento de la incidencia de infecciones de transmisión sexual en nuestro medio, es importante tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, las proctitis de causa infecciosa, así como los factores de riesgo de los pacientes que la desarrollan.

Caso clínico

Varón de 25 años, fumador de 20 cigarrillos/día y sin otros antecedentes de interés, con factores de riesgo de ITS. Ingresó por cuadro de proctalgia, tenesmo rectal junto con deposiciones con moco de 3 semanas de evolución. Se le realizó una colonoscopia que describía una proctitis ulcerosa con actividad grave (Mayo 3) de la cual se tomaron biopsia, estableciéndose un tratamiento empírico con mesalazina tópica. Ante la no mejoría clínica se plantea la sospecha de proctitis infecciosa y se amplía el estudio con serologías y exudado rectal pautándose tratamiento empírico antibiótico. Los resultados de las pruebas fueron positivos para *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* en el exudado rectal y *T. pallidum* en la serología. Posteriormente, se realizó colonoscopia de control objetivándose remisión endoscópica completa. El paciente evolucionó de forma favorable, actualmente asintomático.

Discusión

La proctitis infecciosa es causa poco frecuente de proctitis, sin embargo, se ha descrito un aumento de incidencia de enfermedades de transmisión sexual, muchas de las cuales



Figura 1

En ella podemos ver la imagen endoscópica de la sonda PEG con fitobezoar asociado.



Figura 2

En este corte de TC resalta el hallazgo de la sonda PEG-J con fitobezoar en su extremo que genera una obstrucción intestinal.



Cicatriz de úlceras rectales.

Figura 1



Cicatriz de úlceras rectales.

Figura 2

pueden comenzar como proctitis, y hemos de tenerla en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial de este proceso.

Hemos de sospecharla en varones jóvenes que practican sexo con otros hombres y otros factores de riesgo para ITS como ser VIH positivo, antecedentes de ITS en los últimos 6 meses y conductas sexuales de riesgo.

Los síntomas más frecuentes son rectorragia, pujos rectales muco-purulentos, proctalgia y tenesmo rectal.

Endoscópicamente puede simular a una proctitis inflamatoria, por lo que es importante el papel del exudado rectal como toma de muestra para despistaje de: *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, así como serología para *Treponema pallidum* y PCR de VHS tipo 2. Para descartar otras proctitis infecciosas realizaremos: coprocultivo (para descartar *E. coli*, *Shigella* y *Campylobacter*), estudio de parásitos en heces (*Giardia lamblia* y *Entamoeba histolytica*) y estudio de la toxina de *C. difficile*. Además, es importante hacer cribado de VIH en estos pacientes.

Ante la sospecha de proctitis infecciosa por ITS, está indicado tratamiento antibiótico empírico previo resultado de pruebas complementarias.

CP-034. PRÓTESIS HOT AXIOS PARA EL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS YEYUNAL EN ENFERMEDAD DE CROHN

Agulleiro Beraza I, Rincón Gática A, Suárez Toribio A, Rosado Bellido C, Vallejo Vigo RM

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

Introducción

Las estenosis son una complicación frecuente en la enfermedad de Crohn (EC) y suelen tener un componente mixto: inflamatorio y/o fibroso. Cuando predomina el componente fibroso su tratamiento requiere de técnicas invasivas. Los mejores resultados clínicos se consiguen con la resección quirúrgica, pero, dada la posibilidad de requerir nuevas intervenciones, se suele optar por otras técnicas más conservadoras como la estricturoplastia o alternativas endoscópicas, dentro de las cuales destacan la dilatación endoscópica con balón (DEB) y la colocación de prótesis metálicas autoexpandibles (PMA).

Caso clínico

Paciente de 57 años con EC L1 de patrón inflamatorio-estenosante, ileostomía terminal, afectación duodeno y yeyuno, y con varias líneas de biológicos. Ingresa en junio por ileostomía de alto débito secundaria a un intestino corto que se resuelve con loperamida y restricción de agua libre. Por otro lado, presenta intolerancia digestiva secundaria a estenosis segmentarias en yeyuno.



Estenosis distal de yeyuno.

Figura 1

La gastroscopia identifica 5 estenosis fibrosas de 10 mm de calibre en yeyuno proximal que se tratan secuencialmente con DEB hasta 15 mm de diámetro. Ante la escasa mejoría clínica, se propone la realización de una estricturoplastia con previa colocación de prótesis HOT AXIOS como terapia puente. Se realiza una enteroscopia y se observan las 5 estenosis tratada previamente con buen resultado salvo la más distal, que presenta un diámetro de 4 mm (Figura 1). Se dilata inicialmente con balón de 13 mm (Figuras 2 y 3) y se deja alojada una prótesis de aposición luminal de 15 x 10 mm (Figuras 5 y 6) comprobándose posteriormente la correcta expansión de la misma por radiología (Figuras 7 y 8). Con estas medidas la paciente presenta una mejoría clínica que permite su alta a domicilio.

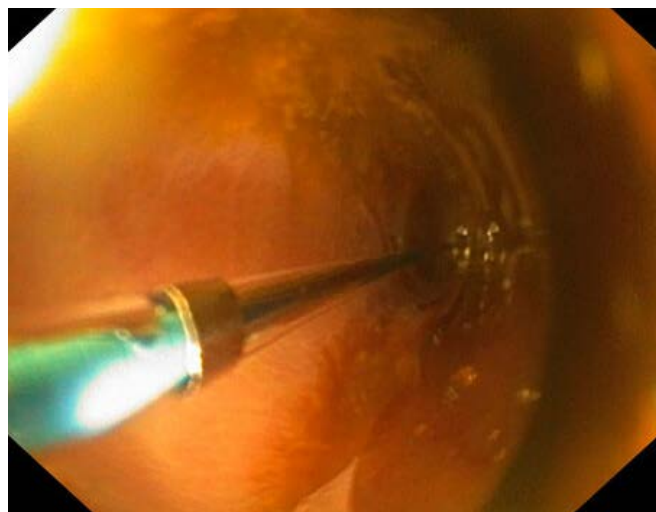
Discusión

Existen pocos casos descritos de tratamiento de estenosis de intestino delgado en EC mediante PMA. En las primeras series reportadas los resultados no eran satisfactorios dada



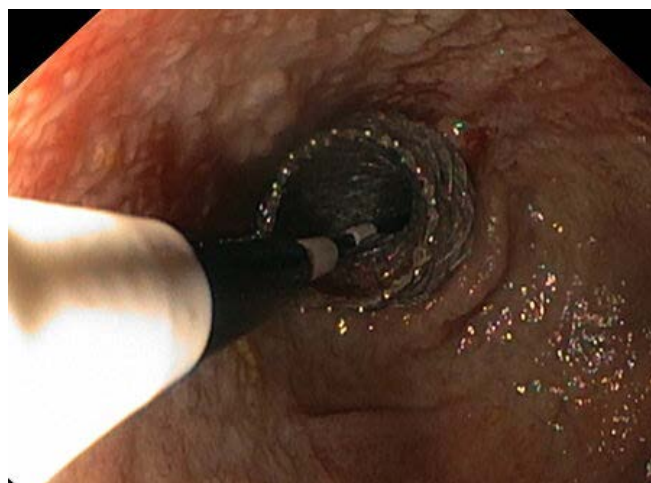
Estenosis tras la DEB.

Figura 4



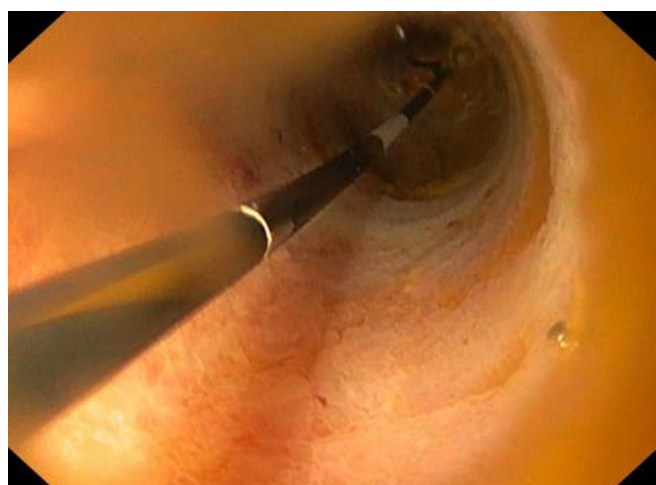
Inserción de balón de dilatación endoscópica a través de la estenosis.

Figura 2



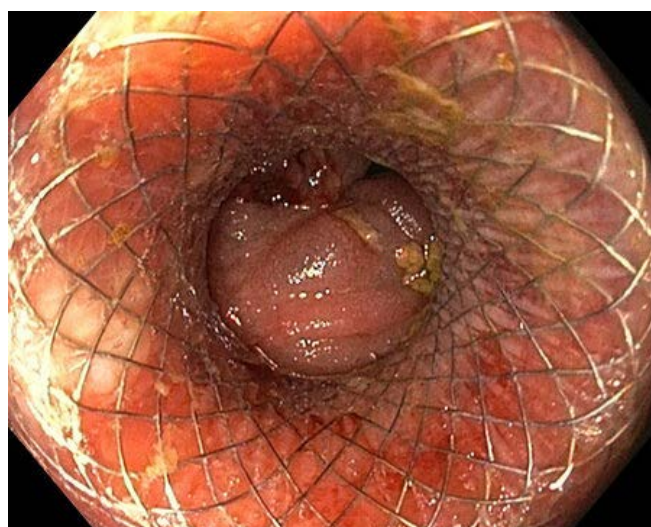
Colocación de prótesis HOT AXIOS.

Figura 5



Balón expandido con un diámetro de 13 mm.

Figura 3



Resultado final con prótesis normoposicionada sobre la estenosis.

Figura 6



Prótesis axios colocada y estudio de tránsito gastroduodenal con contraste baritado.

Figura 7



Paso de contraste baritado a través de la prótesis implantada sobre la estenosis yeyunal.

Figura 8

la migración de las prótesis totalmente recubiertas. Con el advenimiento de las prótesis parcialmente recubiertas se han logrado mejores resultados. Hasta la fecha existe un único ensayo clínico, PROTDILAT, que compara específicamente la DEB frente al uso PMA concluyendo que, aunque para las estenosis cortas la DEB presenta una eficacia clínica mayor (en términos de menor requerimiento de reintervención al año), la PMA parece alcanzar los

mismos resultados en estenosis de mayor tamaño. Por ello el uso de estas prótesis podría tener un papel en el tratamiento de estenosis mayores de 3-4 cm con fracaso a tratamiento previo con DEB.

CP-035. RECURRENCIA DE CÁNCER COLORRECTAL CON AFECTACIÓN DUODENAL, PANCREÁTICA Y DE VESÍCULA BILIAR

Fernández García R, Lecuona Muñoz M, García Aragón F, Redondo Cerezo E, Rodríguez Sicilia MJ

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

Introducción

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer con mayor incidencia a nivel global, suponiendo la segunda causa de muerte por neoplasia en el mundo. Si bien es cierto que la supervivencia se ha incrementado en las últimas dos décadas, la tasa de recurrencia se encuentra en torno al 30-50%, teniendo lugar el 95% de esta en los primeros 5 años y en los dos primeros años el 80%. Todo ello resalta la necesidad de cumplir con los programas de seguimiento. Se presenta el caso de una paciente con adenocarcinoma de colon derecho tratado en la que, tras interrumpir el seguimiento de forma voluntaria, se objetiva recidiva tumoral a los 10 años, con afectación duodenal, pancreática y de vesícula biliar.

Caso clínico

Se presenta una paciente de 56 años con antecedentes de cáncer de colon, tratada mediante hemicolectomía derecha y quimioterapia (QT). Que interrumpió seguimiento tras tratamiento oncológico en 2013 por voluntad propia. Acude a servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor abdominal generalizado y náuseas de un mes de evolución. Analíticamente destaca GOT 63 GPT 79 GGT 140 FA 169 y PCR 281. Se solicitó Tc abdominal que objetivó una gran masa en región duodenal de unos 7,5x5x8cm que infiltraba la pared duodenal, la cabeza pancreática y la vesícula biliar.



Figura 1

En este corte de TC se puede apreciar la afectación de cabeza pancreática y de duodeno que genera el tumor.



Corresponde a la imagen endoscópica del tumor duodenal.

Figura 2

A raíz de los hallazgos en TC se solicitó una endoscopia digestiva alta que objetiva un área de ulceración de unos 7cms en la segunda porción duodenal, de aspecto mamelonado y pétrea, de la que se toman biopsias. Con hallazgos histológicos compatibles con adenocarcinoma de tipo intestinal y CK20 y CDX2 positivos, lo que sugieren origen colorrectal. Quedando pendiente el inicio de QT.

Discusión

El seguimiento tras el tratamiento inicial del cáncer de colon es fundamental para realizar un diagnóstico precoz de la recidiva. Debiéndose realizar mediante TC, marcadores tumorales y colonoscopia, al menos durante los 5 primeros años. El riesgo de no realizar este seguimiento es la detección tardía de la recurrencia, habitualmente en un estado más avanzado. Asimismo, pese a que la afectación duodenal y pancreática en un cáncer colorrectal localmente avanzado no es infrecuente, y su tratamiento habitualmente consiste en QT inicial y resección en bloque. No está tan claro el manejo de la afectación de estos órganos en el caso de recurrencia, aunque algunos

estudios observacionales proponen la QT inicial seguido de duodenopancreatectomía, si bien es cierto que es necesaria una mayor evidencia para estandarizar su manejo.

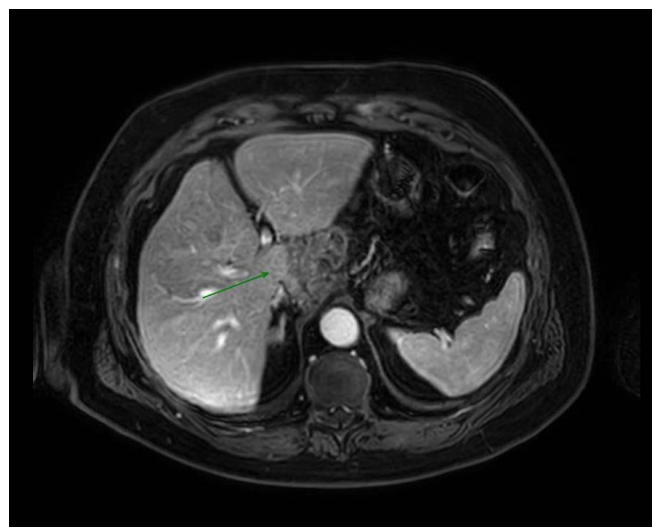
CP-036. RETO DIAGNÓSTICO. UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA CON PUNCIÓN EN LA RECIDIVA DE MELANOMA COROIDEO A NIVEL ABDOMINAL

Rosado Bellido C¹, Vallejo Vigo RM¹, Montijano Pozas E², Valerdiz Menéndez N², Rincón Gatica A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Varón de 60 años con antecedente de melanoma coroideo tipo epiteloide en ojo izquierdo, intervenido mediante enucleación en 2011. Desde entonces, libre de enfermedad. Acude a urgencias por dolor torácico irradiado a la espalda de una semana de evolución de intensidad progresiva. Se realiza angioTC toraco-abdominal que descarta síndrome aórtico agudo y pone de manifiesto un gran conglomerado adenopático en ligamento gastrohepático y en retroperitoneo (Figura 1 y 2). Además, nódulos pulmonares en lóbulo medio e inferior derecho y dudosa lesión en hígado sospechosas de malignidad.

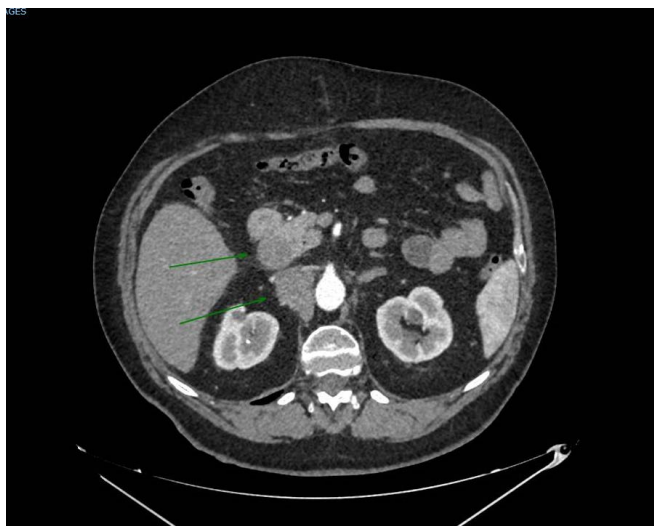


Conglomerado adenopático perihepático.

Figura 1

Caso clínico

Se completa el estudio con ecoendoscopia apreciándose a nivel perihepático, en el ligamento gastrohepático, un conglomerado-masa hipoecogénica adenopática de más de 6 cm de diámetro (Figura 3) de la que se realiza punción con aguja histológica de 22 G. Se realiza punción también de una adenopatía periportal de 25 mm de aspecto patológico



Conglomerado adenopático retroperitoneal.

Figura 2



Adenopatía periportal.

Figura 4

Conglomerado-masa
adenopática en ligamento gastrohepático.

Figura 3

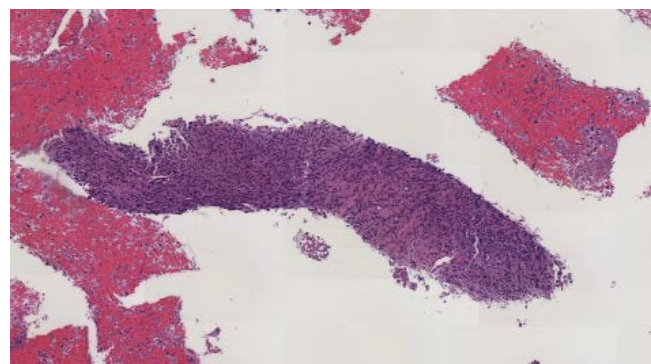
Cilindro de conglomerado
adenopático.
Hematoxilina eosina. 10x.

Figura 5

(Figura 4).

El estudio anatomopatológico revela una neoplasia poco diferenciada con estudio inmunohistoquímico SOX10 positivo, hallazgos compatibles con metástasis de su melanoma corioideo previo (Figura 5 y 6).

Tras estos resultados, encontrándose el paciente en estadio IV de su enfermedad neoplásica, inicia inmunoterapia con ipilimumab y nivolumab.

Discusión

La gran importancia de conseguir un diagnóstico histológico en la patología oncológica convierte a la ecoendoscopia con punción (USE-PAAF) en una técnica muy útil y necesaria en el diagnóstico diferencial de las lesiones adenopáticas o masas toracoabdominales accesibles mediante este procedimiento.

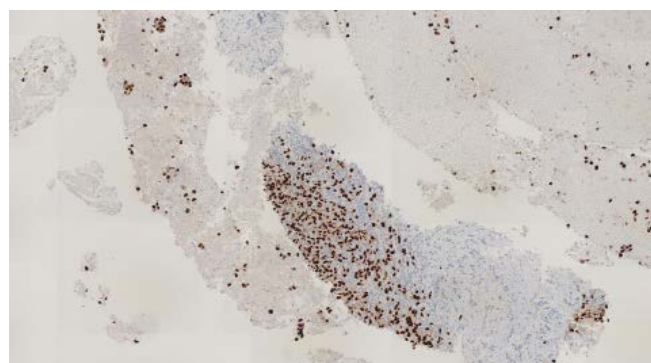
Técnica inmunohistoquímica SOX10 positivo.
10x.

Figura 6

CP-037. SEDACIONES EN PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS REALIZADAS POR INTENSIVISTAS. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES.

Alonso Iglesias A¹, Salgado Villén M¹, Álvarez Macías A¹, García Cobo J¹, Gómez Ramos J¹, Prieto García JL², Úbeda Iglesias A¹

¹UGC MEDICINA INTENSIVA. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS.

Introducción

Analizar la participación del intensivista en la sedación de los procedimientos endoscópicos, su impacto y las complicaciones asociadas. Analizar los factores de riesgo asociados con la aparición de complicaciones.

Material y métodos

Estudio observacional, de cohortes prospectivo, realizado en el Hospital Universitario Punta de Europa. Se incluyen las endoscopias con sedación por intensivista entre 1 de junio y 20 de septiembre de 2023. Se registraron variables demográficas, escala ASA, tipo de procedimiento, soporte respiratorio, tiempo de procedimiento y recuperación, tolerancia, fármacos sedantes y complicaciones. Análisis estadístico: variables cualitativas (n y porcentaje), variables cuantitativas (media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico). Comparaciones: test Chi-cuadrado o test de Fisher para porcentajes y t-test (medias) o Wilcoxon/U de Mann-Whitney (medianas). Regresión logística multivariante para los factores asociados a la aparición de complicaciones.

Resultados

Se incluyeron 404 pacientes (464 procedimientos). Hombre 53.5%. Edad 65 [53; 75]. IMC 26.1 [23.5; 30]. Tipo procedimiento: ambulatorio 90.1%, urgente 9.9%. ASA: I (34.4%), II (45.8%), III (16.6%), IV (2.9%). Endoscopia: colonoscopia (42.3%), gastroscopia (42.8%), colonoscopia + gastroscopia (14.8%). Soporte respiratorio: gafas nasales (94.3%), ONAF (4.4%). Tiempos (min): procedimiento (20 [13; 30]), recuperación (3 [1; 5]). Tolerancia: muy buena (78.9%), buena (16.3%). Fármacos: propofol (dosis total mg: 200 [120; 270]), fentanilo (dosis total microg: 100 [50; 100]). Complicaciones (16.8%): desaturación (10.9%), alteraciones del ritmo (2.9%), náuseas (1.9%), hipotensión (1.5%), agitación (1.7%), vómitos (0.5%). Tratamiento desaturación: maniobras manuales (6.1%), ambú (2.2%), guedel (1.7%), intubación traqueal (0.2%). Procedimientos suspendidos: 1 (broncoespasmo).

Comparación pacientes sin complicaciones (n=336) vs. con complicaciones (n=68): edad (65 [52; 75] vs. 69 [62.7; 75.2], p=.061), peso (74 [63; 85] vs. 80 [66; 85], p=.036), IMC (25.7 [23.4; 29] vs. 27.5 [24.8; 31.2], p=.010), ASA (p=.016):

ASA I (37.2% vs. 20.6%), ASA II (44.3% vs. 52.9%), ASA III (16.1% vs. 19.1%), ASA IV (2.1% vs. 7.3%). Tipo endoscopia (p=.008): colonoscopia (38.9% vs. 58.8%), gastroscopia (45.8% vs. 27.9%), gastro + colono (15.2% vs. 13.2%). Tiempo procedimiento (20 [12; 30] vs. 25 [15; 37.5], p=.011). Tolerancia (p<.001): muy buena (83.3% vs. 57.3%), buena (13.9% vs. 27.9%), regular (2.7% vs. 14.7%). Dosis propofol total (195 [120; 250] vs. 200 [150; 350], p=.050). Dosis fentanilo total (100 [50; 100] vs. 100 [55; 150], p=.039).

Regresión logística multivariante: edad (OR 1.02, IC 95% [1,003-1,046], p=.032), IMC (OR 1.08, IC 95% [1,023-1,140], p=.005).

Conclusiones

El intensivista aporta valor durante la sedación profunda de los procedimientos endoscópicos. La tolerancia fue buena o muy buena en el 95% de los casos. Ningún procedimiento se realizó en quirófano. Las complicaciones ocurridas durante los procedimientos fueron resueltas sin necesidad de suspenderlos, salvo en 1 caso. La edad y el IMC se comportaron como factores predictores de aparición de complicaciones.

CP-038. SIGNO PATOGNOMÓNICO ENDOSCÓPICO DE TUMOR PAPILAR MUCINOSO INTRADUCTAL DE PÁNCREAS

León Valenciano L, Alonso Belmonte C, Sanchez Sánchez MI, Duran Campos A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

Los tumores papilares mucinosos intraductales (TPMI) pertenecen a un grupo de neoplasias quísticas primarias del páncreas, infrecuentes, dentro de los cuales se engloba al cistoadenoma mucinoso y seroso. Tienen un bajo potencial de malignización, con baja tasa de crecimiento y metastatización, así como de recurrencia. Se relacionan con el consumo de tabaco y alcohol, aunque no existe una etiología clara. La incidencia es similar en cuanto al sexo.

Se manifiestan de forma insidiosa con clínica de dolor abdominal, ictericia y pérdida de peso, aunque en ocasiones pueden ser asintomáticos

Para su diagnóstico es necesaria la realización de TAC abdominal o Colangio Resonancia Magnética, colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), o mediante ecoendoscopia (USE) la cual se considera actualmente la técnica más eficaz para su diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 77 años, sin antecedentes digestivos de interés, ingresa a cargo de Digestivo por cuadro de ictericia

obstructiva, dolor abdominal y cuadro constitucional. En Colangio resonancia magnética, se evidencia dilatación de la vía biliar y Wirsung, que obliga a descartar etiología neoplásica (neoplasia de páncreas o TPML con degeneración maligna). Se realiza TAC abdominal con atrofia de cuerpo y cola del páncreas, asociado a dilatación de los conductos de Wirsung y Santorini con aparentes lesiones papilares intraductales, hallazgos altamente sugestivos de TPML con degeneración maligna. Se realizó USE con biopsia con aspiración de aguja fina (PAAF) en cabeza de páncreas y se prosiguió con CPRE, visualizándose papila duodenal prominente con expulsión de contenido de moco



Figura 1

Imagen endoscópica de expulsión de mucina a través del orificio papilar, signo patognomónico de TPML.

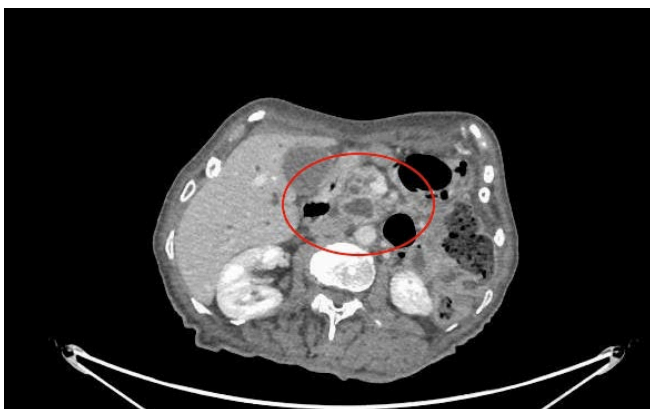


Figura 2

Imagen radiológica de atrofia de cuerpo y cola asociado a dilatación de los conductos de wirsung y santorini con aparentes lesiones polipoideas intraductales.

blanquecino, signo patognomónico de TPML, colocándose de prótesis biliar plástica por evidenciar estenosis en colédoco. Tras análisis anatomopatológicos, nidos de células con atípla, sin poder diferenciar entre origen neoplásico o inflamatorio. Se decide realizar intervención quirúrgica mediante duodenopancreatectomía cefálica, resultando muestra intraoperatoria con displasia de alto grado a nivel intraductal de borde de resección pancreático.

Discusión

Los TPML son neoplasias de crecimiento lento y bajo potencial maligno. En ocasiones, hallazgos radiológicos como dilatación del Wirsung o invasión extraductal obliga a descartar malignidad, a través de USE con realización de PAAF, demostrando ser una técnica superior en el diagnóstico a la CPRE, a través de la cual, en ocasiones se puede observar expulsión de mucina a través del orificio papilar, signo patognomónico. En caso de confirmarse malignidad, se debe proceder a su resección quirúrgica y seguimiento posterior.

CP-039. SÍNDROME POSTPOLIPECTOMÍA COMO COMPLICACIÓN ATÍPICA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA BAJA.

Tendero Peinado C, Rodríguez Gómez VM, García Aragón F, Redondo Cerezo E, Rodríguez Sicilia MJ

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

Introducción

La colonoscopia es la prueba gold standard para la detección y vigilancia del cáncer colorrectal, así como para diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades de recto, colon y últimos centímetros de íleon terminal.

El riesgo de complicaciones graves es bajo, ocurriendo la mayoría de ellas en el contexto de la polipectomía: sangrado, perforación y otros menos conocidos como el síndrome de coagulación postpolipectomía.

Caso clínico

Paciente de 53 años con antecedentes de linfoma B de células grandes en remisión completa tras quimioterapia.

Acude al servicio de Urgencias por clínica de 7 días de evolución consistente en dolor abdominal localizado en hipogastrio y flanco derecho, náuseas y vómitos alimentariobiliares. Asocia deposiciones líquidas de hasta 10-12 diarias, acompañadas de sangre y moco.

La clínica comienza 48h tras realización de colonoscopia solicitada por alternancia del ritmo intestinal y SOH +. En esta se extirpan varios pólipos a lo largo de todo el colon. Uno de ellos localizado en colon derecho, sétil de 10 mm, se extirpa con asa de diatermia.

A la exploración física, mantiene estabilidad hemodinámica en todo momento. Presenta un abdomen doloroso a la palpación en flanco derecho e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal.

En analítica de Urgencias destaca PCR 15 mg/L, leucocitos 24080 y PMN 19050, coprocultivo y Toxina C. Difícile negativos.

Se realiza TAC abdominal con contraste intravenoso, objetivándose marcado engrosamiento circunferencial mural del ciego, colon ascendente y ángulo hepático por edema submucoso de hasta 16 mm de espesor con mínima cantidad de líquido libre, sin objetivarse neumoperitoneo.

Discusión

El síndrome de coagulación postpolipectomía ocurre cuando la corriente eléctrica que se aplica durante una polipectomía se extiende hasta la capa serosa. Implica una quemadura transmural e inflamación peritoneal sin llegar a perforar el colon. Son factores de riesgo para su desarrollo pólipos ≥ 1 cm, localización en colon derecho y lesiones planas.

Como sintomatología el paciente refiere principalmente dolor abdominal, que puede acompañarse de fiebre, taquicardia y leucocitosis en la analítica.

En el TAC abdominal generalmente se objetiva engrosamiento focal de la pared del colon con ausencia de neumoperitoneo, aunque estos no son necesarios para confirmar el diagnóstico.

El tratamiento consiste en antibioterapia y sueroterapia intravenosa, con dieta progresiva según tolere el paciente. El antibiótico puede ser pasado a vía oral para completar un curso de 7 días.

Nuestra paciente presentó evolución clínica favorable con antibioterapia y sueroterapia intravenosa, con desaparición de la sintomatología y normalización progresiva de la analítica.

CP-040. TERAPIA DE VACÍO EN EL TRATAMIENTO DE FUGAS DE ANASTOMOSIS Y PERFORACIONES DE TUBO DIGESTIVO SUPERIOR

Sobрино Rodríguez S, Torres Gómez F, Martín Guerrero JM, Martínez Sierra C, Rincón Gatica A, Bozada García JM, García Fernández FJ

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

Introducción

-Presentar nuestra experiencia con terapia de vacío en fugas de anastomosis quirúrgicas de tubo digestivo y

perforaciones de esófago.

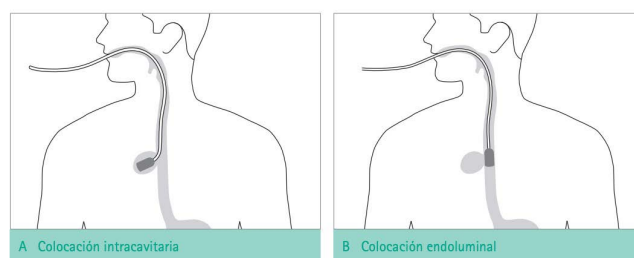
-Analizar los resultados y presencia de complicaciones.

Material y métodos

Para el tratamiento de la terapia de vacío hemos utilizado el sistema comercial de Braum® ESOSPONGE®. Tras la colocación de la esponja con ayuda de sobretubo en la cavidad o en la luz enteral (Figura 1), se hace un intercambio del drenaje de boca a nariz y se conecta a la bomba de vacío fijando la presión en la mayoría de los casos a 125 mm Hg. Los intercambios de las esponjas se realizaron en intervalos de 48-72 horas, normalmente con un esquema de 2 sesiones por semana, con el paciente sedado en el quirófano o en UCI. Se considero éxito del tratamiento la formación de tejido de granulación y la reducción de la cavidad a plano (Figura 2).

Resultados

Desde junio de 2021 hasta julio de 2023, hemos tratado a 22 pacientes. Los datos epidemiológicos, motivo de la cirugía, tipo de cirugía, tipo de fuga, tamaño de éstas y tipo de cavidad asociada se resumen en la tabla 1. El inicio del tratamiento con esoesponja se hizo de media en el día 39 de evolución de la fuga (1-174) (figura 3). La esponja se colocó de forma exclusivamente intraluminal en el 50% de



Colocación de esponja intracavitaria o endoluminal.

Figura 1



Formación de tejido de granulación con ausencia de pus.

Figura 2

Características de los pacientes tratados con esoesponja

Nº pacientes: 22	Hombres	68%
	Mujeres	32%
Edad de los pacientes		54 (22-81)
Tipo de patología	Boerhave	5%
	Anastomosis	95%
Motivo de la cirugía	Obesidad Mórbida	55%
	Neoplasia	45%
Tipo de cirugía	Sleeve	38%
	Gastroentero	62%
Tipo de Fuga	Early	52%
	Aguda	43%
	Crónica	5%
Tamaño de la fuga	> 10 mm	86%
	< 10 mm	14%
Cavidad asociada	Abdomen	50%
	Mediastino	45%
Tamaño medio de la cavidad		78 mm (32-200)

Tabla 1

Características de los pacientes tratados con esoesponja.

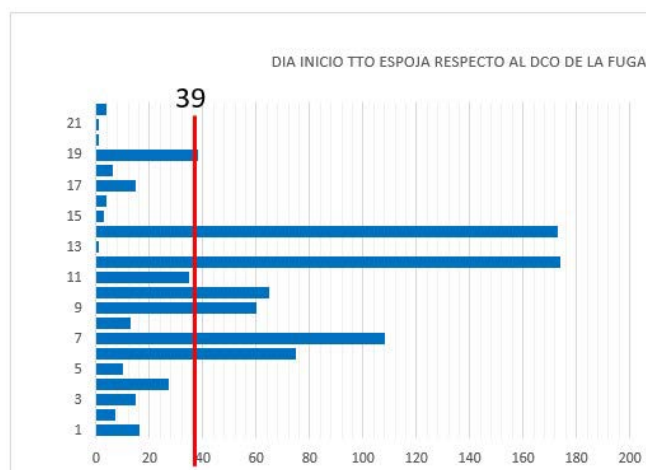
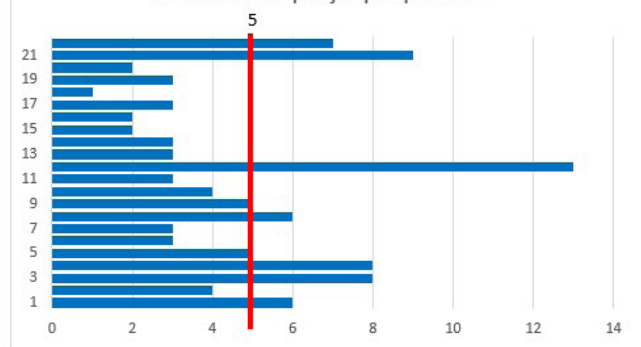


Figura 3

Día de inicio de tratamiento con esponja respecto al diagnóstico de la fuga.

casos, intracavitaria en el 32% y en otro 18% se optó por ambas modalidades. Se necesitaron un promedio de 5 esponjas por pacientes (1-13) (figura 4). Este tratamiento precisó una media de 17 días de tratamiento (1-50) (Figura 5). Se consiguió éxito en cerrar la fuga en el 82% de casos (55% como único tratamiento). Si consideramos como éxito el cierre parcial y total, el porcentaje de éxito es del 85% intracavitario y 63% intraluminal. No hubo complicaciones relacionadas con el procedimiento. Un paciente (tratamiento intraluminal) no toleró la esponja por desplazamiento hacia orofaringe con retirada precoz. El 82% de los pacientes durante el tratamiento recibió nutrición parenteral, el 9 % por sonda nasoyeyunal y 9 % mediante yeyunostomía.

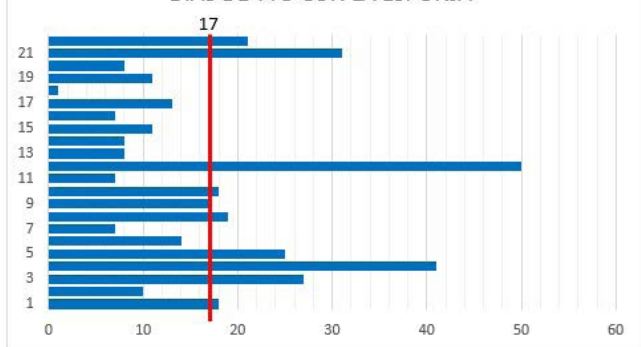
Número de esponjas por paciente



Número de esponjas por paciente.

Figura 4

DÍAS DE TTO CON LA ESPONJA



Días de tratamiento con la esponja

Figura 5

Conclusiones

El tratamiento de las fugas anastomóticas de tubo digestivo alto mediante terapia de vacío con esoesponja es seguro y eficaz pero altamente demandante de recursos endoscópicos. Necesitaríamos ampliar la serie para valorar si el tratamiento intracavitario es mejor que el intraluminal, como apuntan los resultados.

CP-041. TUMOR DE VANEK COMO CAUSA POCO COMÚN DE DISPEPSIA

Pérez Palacios D, García Ortiz JM, Rosell Martí C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA.

Introducción

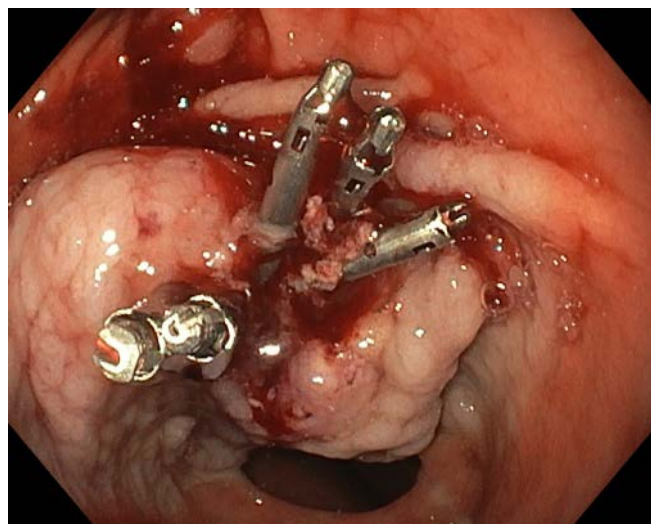
Los pólipos fibroides inflamatorios, también conocidos como tumor de Vanek, son lesiones benignas raras que se desarrollan en la submucosa del tracto gastrointestinal.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 58 años con antecedente de hipertensión arterial, dislipemia mixta,

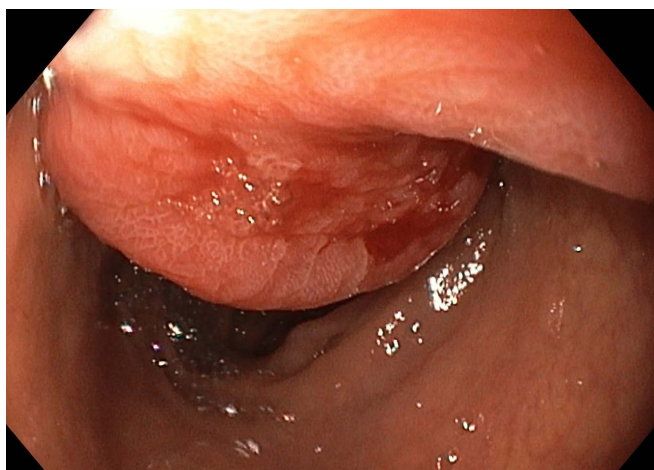
enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y un trasplante renal debido a glomerulonefritis mesangial IgA. Es derivada a consulta de Digestivo por clínica de dispepsia con claro predominio de distrés postprandial (plenitud, flatulencia, regurgitación de alimentos).

Se solicita endoscopia oral por criterio de edad, por ausencia de respuesta a tratamiento estándar y por anemia de perfil ferropénico (previamente colonoscopia normal), donde se identifica un pólipo gigante en el antro gástrico con un pedículo largo y grueso que se extendía hasta el duodeno. Se lleva a cabo la resección del pólipo mediante inyección de adrenalina en la base, movilizándolo hasta cámara gástrica. Luego se coloca un endoloop en la base y se extirpa con diatermia, provocando un leve sangrado que controlado con la colocación de cinco hemoclips. Ante la imposibilidad de extracción del pólipo se resecta un fragmento con diatermia para análisis anatomopatológico resultando ser un pólipo fibroide inflamatorio.



Colocación de hemoclips.

Figura 3



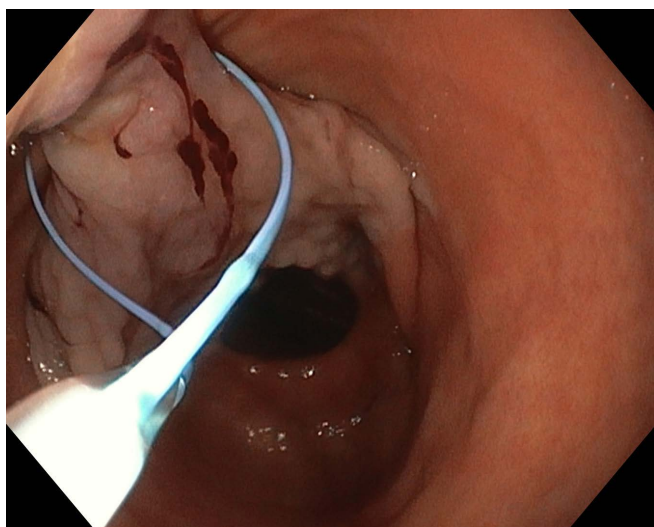
Pólipo en antro gástrico.

Figura 1



Pólipo resecado.

Figura 4



Colocación de endoloop.

Figura 2

Tras la polipectomía, la paciente experimentó mejoría sintomática significativa y se corrigió su anemia.

Discusión

Los pólipos fibroides inflamatorios fueron descritos por primera vez en 1949 cuando Vanek identificó una lesión benigna en el estómago compuesta principalmente de tejido conectivo, vasos sanguíneos y una inflamación eosinofílica en la submucosa. Aunque pueden aparecer en diversas partes del tracto gastrointestinal, son más comunes en el antro gástrico y el íleon. La causa exacta sigue siendo desconocida, aunque en algunos casos se han encontrado mutaciones en el factor de crecimiento alfa derivado de las plaquetas (PDGFRA).



Fragmento rescatado.

Figura 5

En el momento del diagnóstico, estos pólipos suelen medir entre 3 y 4 cm y generalmente son solitarios. Los síntomas varían según su ubicación y tamaño, incluyendo dolor abdominal, vómitos, cambios en los movimientos intestinales, sangrado gastrointestinal y pérdida de peso. La mayoría se pueden extirpar mediante endoscopia y la cirugía rara vez necesaria. Sin embargo, en casos de invaginación intestinal, se recomienda la cirugía exploratoria para evitar complicaciones graves.

CP-042. URGENCIAS BILIOPANCREÁTICAS: COMPLICACIONES INFRECIENTES TRAS COLONOSCOPIA.

Naranjo Pérez A, Ternero Fonseca J, Prieto Arroyo MJ, Quirós Rivero P, Calderón Chamizo M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

La colonoscopia es considerada un procedimiento de bajo riesgo; sin embargo, no está exenta de complicaciones, siendo la perforación y la hemorragia las complicaciones graves más frecuentes. Presentamos una serie de casos de complicaciones biliopancreáticas postcolonoscopia dado el interés que merece por su baja prevalencia.

Caso clínico

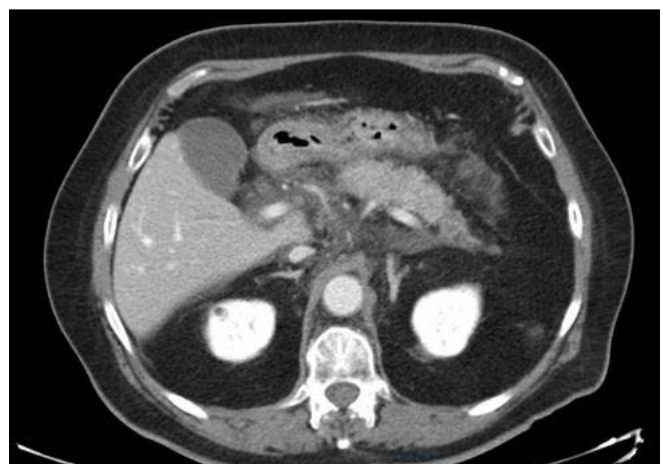
Varón de 68 años sin antecedentes de interés. Acude por hemorragia digestiva de origen oculto, realizándose estudios endoscópicos. Tras 12 horas presenta dolor en hipocondrio derecho y fiebre, consultando por persistencia de la clínica. Presenta analíticamente leucocitosis y ecográficamente una vesícula biliar distendida con edema perivesicular en relación a colecistitis aguda litiásica (Figura 1) indicándose cirugía urgente.



Vesícula con paredes engrosadas y edema submucoso sugestivo de colecistitis aguda litiásica.

Figura 1

Mujer de 74 años con antecedente de carcinoma endometrial. Se realiza colonoscopia por antecedente diverticular presentando epigastralgia varias horas después. Analíticamente, leucocitosis y enzimas pancreáticas elevadas, compatible con pancreatitis aguda. Evolución tórpida con fracaso multiorgánico en contexto de pancreatitis aguda grave necrotizante (Figura 2) que precisa soporte en UCI y necrosectomía quirúrgica.



Corte transversal de TC de abdomen s/c en el que se observa páncreas aumentado de volumen con extensa zona de necrosis de al menos del 50% del volumen glandular compatible con pancreatitis aguda necrotizante.

Figura 2

Varón de 73 años con antecedentes de neoplasia gástrica. Se realiza colonoscopia por seguimiento de pólipos. A las 8h de la exploración presenta dolor abdominal y fiebre. Analítica destaca marcada colestasis y en TC abdominal se evidencia vía biliar extrahepática dilatada, con engrosamiento de pared y defecto de repleción compatible con colangitis aguda litiasica (Figura 3). Buena evolución tras antibioterapia y CPRE terapéutica.



Figura 3

Corte transversal de TC de abdomen donde se objetiva colédoco dilatado (9,5mm) con realce de su pared.

Discusión

Las complicaciones biliopancreáticas post-endoscopia hasta el momento se han relacionado principalmente con endoscopia de tracto superior y enteroscopia de doble balón, siendo infrecuentes tras colonoscopia. En la literatura, están descritos 14 casos de colecistitis aguda y 4 casos de pancreatitis aguda, sin hacer referencia a la colangitis aguda postcolonoscopia.

Si bien la evidencia no ha permitido establecer el mecanismo exacto etiológico, en cuanto a la infección de la vesicular y vía biliar, parece que la deshidratación fruto de la preparación intestinal conlleva a una estasis biliar, resultando en un incremento del flujo biliar con aumento de la litogenicidad de la bilis, que, aunado a la distensión vesicular, incrementaría el riesgo de impactación de un cálculo biliar preexistente.

En el caso de la pancreatitis, la fisiopatología es incierta. Se ha postulado que el paso del endoscopio a través del ángulo esplénico podría provocar un traumatismo local en cuerpo y cola del páncreas debido a su proximidad.

Aunque presenta una baja incidencia, estos casos resaltan la importancia de considerar las complicaciones biliares en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal tras la colonoscopia.

CP-043. ¿QUÉ HACER ANTE UNA LESIÓN GÁSTRICA VISIBLE?

Frutos Muñoz L, Martín Marcuartu P, Rebertos Costela E, Rosa Sánchez C

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

Introducción

El cáncer gástrico (CG) es la segunda neoplasia gastrointestinal más frecuente. La carcinogénesis gástrica se asocia a la infección por *H. pylori* y se produce a través de lesiones histológicas precursoras de CG: Gastritis atrófica, metaplasia intestinal y displasia. La endoscopia digestiva alta (EDA) es el patrón oro para el diagnóstico del CG y las lesiones precursoras. A pesar del creciente interés en el tema de la calidad en EDA demostrado por la aparición de diferentes guías y documentos de posicionamiento, actualmente la calidad de la EDA es baja de acuerdo a los indicadores de los que disponemos.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 56 años, con antecedentes personales de HTA en tratamiento con enalapril, sin antecedentes personales digestivos de interés. Se realiza estudio endoscópico por dispepsia, realizando una exploración de buena calidad, visualizando a nivel de incisura lesión sesil de 1 cm (Paris 0-Is) con márgenes bien definidos que se biopsia. Informe de Anatomía Patológica: gastritis crónica leve, hiperplasia foveolar y marcada congestión vascular. Sin evidencia de displasia, actividad aguda o microorganismo compatibles con *Helicobacter pylori*.

Discusión

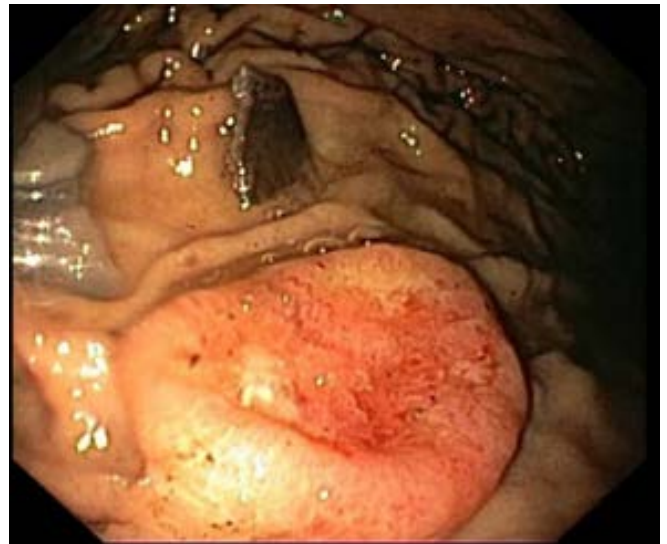
En primer lugar, se recomienda realizar una endoscopia de buena calidad que nos permita diagnosticar lesiones premalignas o lesiones no avanzadas sobre las que establecer medidas terapéuticas. Para ellos debemos tener en cuenta determinados requerimientos mínimos, necesarios para la detección de dichas lesiones. Las recomendaciones se basan en realizar la exploración por un endoscopista experto, fotodocumentar la exploración y las lesiones, tener un adecuado grado de limpieza y para ello, se recomienda administración oral de mucolíticos y antiespumantes, dedicar un tiempo adecuado a la exploración y describir los hallazgos de forma minuciosa.

Ante una lesión visible se recomienda realizar la evaluación de los márgenes horizontales de las lesiones visibles y su riesgo de invasión submucosa con endoscopio aplicando luz blanca y cromoendoscopia, además de magnificación, si se encuentra disponible. Se deben tomar biopsias para confirmar el origen de la lesión.



Lesión en incisura.

Figura 1



Lesión ovalada en curvatura mayor, con depresión central, bordes elevados irregulares y algunos neovasos.

Figura 1

CP-044. "NO TODO SON ÚLCERAS PÉPTICAS": CAUSA INFRECUEnte DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

Rodríguez Gallardo M¹, López Prieto A², Cordero Ruiz P¹, Ordoñez López M¹, Van De Wiel Fernández S¹, Jiménez Fernández B¹, Romero Castro R¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

La hemorragia digestiva alta es una de las Urgencias más frecuentes que encontramos en la práctica clínica. Aunque su causa principal son las úlceras pépticas no debemos olvidar otras etiologías como las varices esofágicas, las lesiones vasculares o neoplasias.

Caso clínico

Varón 40 años, con antecedente de ingesta de antiinflamatorios no esteroideos por odinofagia, que acude a Urgencias por deposiciones melénicas, objetivándose anemia en analítica de control. Se realiza gastroscopia urgente en la que se demuestra en curvatura mayor lesión ulcerada redondeada de 3cm, bordes elevados y de consistencia acartonada con centro deprimido y ulcerado, que se biopsia con resultado negativo. No obstante, ante la sospecha de malignidad se repiten biopsias objetivando hallazgos compatibles con tumor neuroendocrino. Se realiza ecoendoscopia con visualización de lesión



Medición con asa abierta de 20x15mm de la lesión, la cual mide unos 22mm de diámetro y se observa sobrelevada, ulcerada en su centro y con rodete.

Figura 2

sobrelevada, umbilicada y ulcerada en centro, con rodete, hipocogénica y homogénea de 22mm de diámetro y que depende de la tercera capa respetando la muscularis propia; además se solicita gastrinoma que resulta normal. Se completa estudio con TC de tórax y abdomen que descarta otras lesiones y Octreo-Scan con depósito focal de radiotrazador en la curvatura mayor. Es diagnosticado finalmente como tumor neuroendocrino gástrico bien diferenciado, G2 (Ki67 8%), probable tipo 3 (gastrina normal), estadio IA (pT1b N0M0) y tras comentarse en comité de tumores se procede a resección mediante gastrectomía vertical parcial laparoscópica con transposición yeyunal, con buena evolución posterior, confirmándose el estadiaje prequirúrgico establecido.



Figura 3

Imagen ecoendoscópica en la que se demuestra lesión dependiente de la tercera capa respetando muscularis propia, hipoeogénica y homogénea con diámetro interno de 15mm.

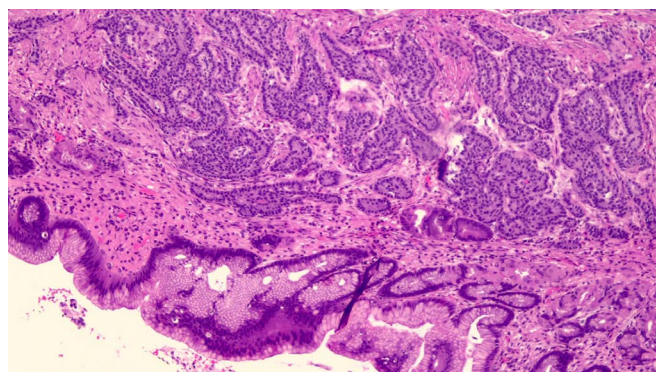


Figura 4

Imagen de tinción Hematoxilina-eosina 10X en la que se observan proliferación de trabéculas con eosinófilos y células ovaladas de citoplasma amplio con escasa atipia.

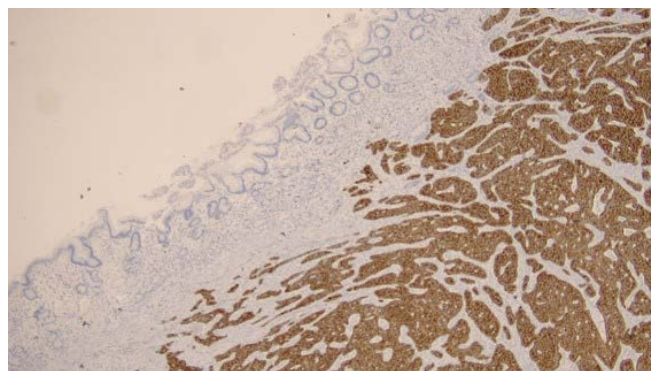


Figura 5

Imagen de Sinaptofisina 10X en la que se observa epitelio foveolar gástrico normal en la zona superior y adyacente a este, apreciándose en color marrón oscuro, el tejido tumoral teñido.

Discusión

Dado que el tratamiento es sustancialmente diferente, ante el hallazgo de una úlcera de gran tamaño y dudoso origen péptico es necesario comprobar su cicatrización y tomar biopsias en la endoscopia de control. Consideramos este caso de interés ya que, a pesar de que los tumores neuroendocrinos gástricos tienen muy baja prevalencia, podemos encontrarlos en nuestra práctica clínica. Por ello, es importante incidir en establecer un diagnóstico correcto, a pesar de la negatividad de las pruebas complementarias, siempre que este nos plantee dudas.

Área Hígado

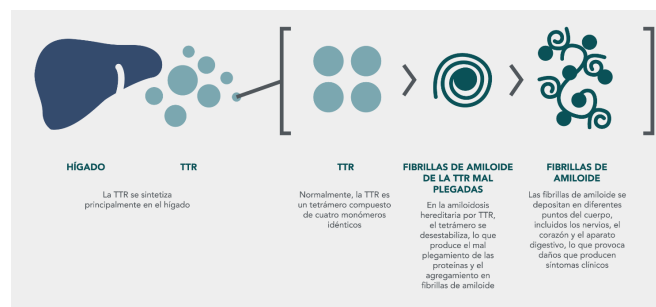
CP-045. AMILOIDOSIS FAMILIAR POR TRANSTIRRETINA. UNA INDICACIÓN INFRECUENTE DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Fernández Cornax A, Gómez Rodríguez P, Díaz Barbero N, León Valenciano L

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La amiloidosis familiar por transtirretina (ATTR), es un tipo de amiloidosis hereditaria infrecuente. En esta enfermedad se produce un depósito de la proteína amiloide, principalmente a nivel cardíaco y neurológico. A nivel digestivo puede producir diarrea malabsortiva y discinesia por depósito de amiloide en el tubo digestivo (**Figura 1**).



Etiopatogenia de la ATTR.

Figura 1

La proteína defectuosa se sintetiza exclusivamente a nivel hepático, siendo esta enfermedad una indicación de trasplante hepático (TH) como tratamiento curativo. El hígado explantado produce la síntesis de la proteína anómala, pero no depósitos de la misma, por lo que se han descrito casos de trasplante hepático secuencial ante esta patología en pacientes de edad avanzada ya que la síntesis de proteínas defectuosas no produciría enfermedad hasta varias décadas tras el trasplante (**Figura 2**).

Caso clínico

Varón de 60 años sin antecedentes médicos destacables salvo insuficiencia cardíaca congestiva. Evaluado en consulta de Neurología por parestesia en miembros inferiores y debilidad muscular progresiva, en relación a neuropatía periférica. Revisando los antecedentes familiares se descubre que su tío paterno tiene un reciente diagnóstico de ATTR, realizándose el paciente el estudio genético, que resulta positivo.

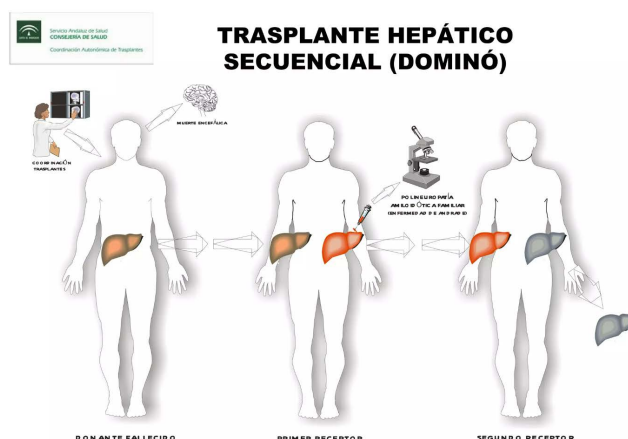


Figura 2

Imagen explicativa de trasplante hepático secuencial o en dominó.

Es derivado a Cardiología donde se confirma presencia de depósito amiloide a nivel cardíaco. Se deriva a consulta de Hepatología para valorar TH.

Desde el punto de vista Digestivo presenta ausencia de patología hepática en las pruebas complementarias. Clínicamente presenta un cuadro de diarrea crónica de unas 4-5 deposiciones diarias sin productos patológicos. Se decide proponer al paciente para trasplante hepático.

Se inicia tratamiento mediante Patisiran por parte de Neurología, con mejoría subjetiva de los síntomas, por lo que tras explicar riesgo-beneficio al paciente, este decide mantener actitud expectante por el momento y proceder al trasplante hepático según la evolución de su enfermedad.

Discusión

La aparición de nuevos tratamientos genéticos ha conseguido aumentar la calidad y la esperanza de vida en pacientes con ciertas enfermedades hereditarias. En el caso de la ATTR, se ha aprobado el uso de Patisiran para el tratamiento de esta entidad, consiguiendo frenar la evolución de la enfermedad y mejorar los síntomas en algunos de estos pacientes.

La aparición de esta nueva terapia puede replantear la necesidad de realizar TH en estos pacientes, reservando esta opción para pacientes no respondedores a esta línea de tratamiento y pudiendo considerarse la realización de trasplante secuencial en casos seleccionados.

CP-046. ANÁLISIS DE LA PUESTA EN MARCHA DE UN MODELO DESCENTRALIZADO INTERDISCIPLINAR PARA LA ELIMINACIÓN DE VHC EN POBLACIÓN VULNERABLE EN LA PROVINCIA DE HUELVA

Romero Herrera G¹, Bejarano García A¹, Franco Álvarez De Luna F², Del Pino Bellido P¹, Rodríguez Jorge M³, Santos Rubio MD³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²SERVICIO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ³SERVICIO FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

Existe aún un número importante de pacientes virémicos no tratados y tasas de diagnóstico de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) mejorables. Este “agotamiento diagnóstico” puede deberse a que existe un número de pacientes que no acuden al sistema sanitario por pertenecer a grupos sociales vulnerables en riesgo de exclusión, entre los que se encuentran los pacientes abordados en este proyecto. El objetivo de este estudio es evaluar la puesta en marcha de una estrategia integral de microeliminación basada en la descentralización del diagnóstico y el tratamiento de la infección por el VHC en población vulnerable (usuarios de drogas, migrantes, enfermos psiquiátricos...).

Material y métodos

Estudio observacional prospectivo en el que se lleva a cabo cribado de la infección por VHC mediante test serológicos rápidos (muestras de saliva o sangre total), en asentamientos de inmigrantes trabajadores en la campaña agrícola en la provincia de Huelva y personas que acuden a centros que atiende a población vulnerable en Huelva capital (Cáritas, centro de encuentro y acogida Cruz Roja del Torrejón y comedor social Virgen de la Cinta). En los detectados positivos, se les realizó estudio de viremia “in situ” (GeneXpert®). En los pacientes virémicos, se llevó a cabo en el mismo acto, valoración integral extrahospitalaria por el hepatólogo con realización de Fibroscan® y ecografía abdominal con dispositivos portátiles y dispensación del tratamiento antiviral.

Resultados

Se cribaron 322 personas con un éxito cercano al 100% en la participación en cada jornada. Las nacionalidades mayoritarias de la población de los asentamientos fueron Ghana (85), Marruecos (70) y Rumanía (56). En los centros sociales la mayoría se trataban de población española (64). Se detectaron 5 pacientes virémicos (prevalencia de 1,5%), siendo tratados 4, no llevando al cabo el tratamiento a uno

	ASENTAMIENTOS N (%)	CENTROS SOCIALES N (%)	TOTAL N (%)
POBLACIÓN CRIBADA	234 (72,7)	88 (27,3)	322 (100)
SEXO			
HOMBRE	183 (78,2)	65 (73,8)	248 (77)
MUJER	51 (21,8)	23 (26,2)	74 (23)
EDAD MEDIA	37 (RIQ 29-45)	53 (RIQ 40-60)	
ORIGEN/NACIONALIDAD			
ESPAÑA	1 (0,42)	64 (72,7)	65 (21,1)
GHANA	85 (36,3)	0 (0)	85 (26,3)
MARRUECOS	70 (29,9)	9 (10,3)	80 (24,5)
RUMANIA	56 (23,9)	4 (4,5)	79 (24,4)
MALI	14 (5,9)	0 (0)	14 (4,2)
SENEGAL	4 (1,7)	0 (0)	4 (1,1)
OTROS	4 (1,7)	11 (12,5)	15 (4,5)
AC VHC+	2 (0,85)	8 (9,1)	10 (3,1)
RNA +	2 (0,85)	3 (3,4)	5 (1,5)
TRATADOS	1 (50)	3 (100)	4 (80)

Tabla 1. Características demográficas y basales de la población cribada.

Características demográficas y basales de la población cribada.

Tabla 1

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	PACIENTE 5
PROCEDENCIA	ASENTAMIENTO	ASENTAMIENTO	CEA TORREJÓN	CÁRITAS	COMEDOR VIRGEN CINTA
ORIGEN/NACIONALIDAD	RUMANIA	RUMANIA	ESPAÑA	ESPAÑA	ESPAÑA
ECOGRAFÍA	HEPATOPATOPATÍA CON HTPO, CHC	NORMAL	NORMAL	HEPATOPATOPATÍA SIN HTPO	NORMAL
GRADO FIBROSIS	F4	F0-F1	F0-F1	F4	F2
CONSUMO ALCOHOL	SI	NO	SI	NO	SI
CONSUMO DE DROGAS	NO	NO	EXCONSUMO	SI	SI
COMORBILIDADES	BRONCOPATÍA	HTA, DLP	ASMA	NO	DLP
PATOLOGÍA PSQUIÁTRICA	NO	SI	SI	NO	NO
CONTRAINDICACIÓN PARA TRATAMIENTO	SI (CHC)	NO	NO	NO	NO
RVS	-	N/D	N/D	N/D	N/D

Tabla 2. Características descriptivas basales de pacientes VHC RNA+.

Características descriptivas basales de pacientes VHC RNA+.

Tabla 2

de los pacientes por detectarse en la ecografía abdominal una lesión sugestiva de hepatocarcinoma.

Entre los pacientes virémicos, los dos detectados en asentamientos fueron de origen rumano, con una incidencia de 3,5% en dicha población.

Conclusiones

La prevalencia de pacientes infectados por el VHC es mayor en población vulnerable que en la población general y existe un infradiagnóstico. El diagnóstico virológico, la atención médica por expertos en el VHC y la dispensación de tratamiento descentralizado es viable y elimina las barreras conocidas. Es imprescindible para ello contar con



Ilustración de multidisciplinariedad.

Figura 1



Colaboración de la Cruz Roja.

Figura 2

equipos multidisciplinarios proactivos que hagan que la atención descentralizada sea una estrategia de presente y futuro para lograr el reto de la eliminación 2030 promovida por la OMS.

CP-047. ANÁLISIS DEL USO ACTUAL DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Torres Domínguez A, Del Pino Bellido P, Rodríguez Delgado C, Romero Herrera G, Maraver Zamora M, Osuna Molina R, Reina Solano JF, Bejarano García A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

La elastografía hepática (Fibroscan®) es un método no invasivo para estimar la presencia de fibrosis hepática que ha ganado importancia en los últimos años especialmente desde el Consenso de Baveno VII (BVII), cuando se definen unos criterios para identificar, mediante la medición de la rigidez hepática, la presencia de hipertensión portal clínicamente significativa (HPCS) y riesgo de descompensación hepática.

Objetivo

1. Analizar las indicaciones y características de los pacientes a los que se les solicita Fibroscan.
2. Identificar pacientes en riesgo de HPCS según los criterios BVII.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo y unicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes a los que se solicitó Fibroscan® (FS) entre septiembre-diciembre del 2022 en el Área Sanitaria del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva). Se recopilaron variables demográficas, datos analíticos, indicación y resultado del FS, y la solicitud y hallazgos de pruebas endoscópicas para despistaje de varices esofágicas.

Se calcularon test serológicos no invasivos de fibrosis (FIB-4) en pacientes con enfermedad hepática metabólica (Ehmet), y se identificaron los pacientes con riesgo de HPCS según criterios de BVII ($>25\text{kPa}$, $15\text{-}20\text{kPa}$, <110.000 plaquetas o $20\text{-}25\text{kPa}$ + <150.000 plaquetas).

Resultados

Se incluyeron 272 pacientes, 51.8% varones, con edad mediana de 59.89 años (51.37-67.78). Todos los FS fueron solicitados por Aparato Digestivo. Las indicaciones más frecuentes fueron Ehmet (39%) y las hepatitis virales (25.3%). El 54% tenía una enfermedad hepática conocida, y el 44.3% un FS previo.

Ningún paciente presentaba previamente signos endoscópicos, radiológicos o hemodinámicos de HPCS. El 25.7% presentaron valores $>10\text{ Kpa}$ y 3.67% tenía $>25\text{Kpa}$.

	N	%
Edad (mediana, RIQ)	59,89 (51,37-67,78)	
SEXO		
Hombre	141	51,8
Mujer	131	48,2
Diabetes mellitus 2	57	21
Hipertensión arterial	120	44,1
Dislipemia	81	29,8
Obesidad	78	28,7
Enfermedad renal crónica	17	6,3
Consumo activo alcohol	35	12,9
Consumo previo alcohol	75	27,6
Ex adicto a drogas por vía parenteral	20	7,4
Enfermedad hepática previa	147	54
Elastografía hepática previa	120	44,3

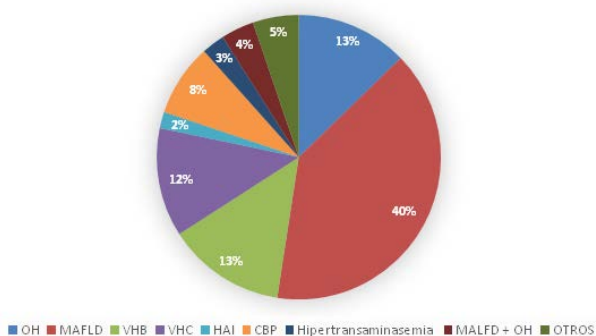
Características demográficas de los pacientes.

Tabla 1

16 pacientes (6%) tenían riesgo de HPCS. Del total de pacientes, se solicitaron 14 endoscopias para despistaje de varices esofágicas, cumpliendo criterios BVII 9 de ellos. Un paciente tenía varices esofágicas y presentaba >25kPa.

De los 106 pacientes con Ehmet, el 28,3% tenían alto riesgo de fibrosis medida por FS y 24 pacientes (22,64%) presentaron un FIB-4 score de bajo riesgo.

Motivo de solicitud de Fibroscan®



Motivos de solicitud del Fibroscan®.

Figura 1

Cumplen criterios de HTPCS según Baveno VII	N=272 N (%)	Gastroscopias solicitadas para despistaje VE (n=14) (n,%)	Presencia de VE (n,%)
Sí	> 25 Kpa	10 (3,7)	5 (35,71)
	20-25 kpa y <150000 plaquetas	1 (0,37)	1 (7,14)
	15-20 kPa y < 110000 plaquetas	5 (1,83)	3 (21,43)
No	256 (94,11)	5 (35,71)	0 (0)

Características demográficas de los pacientes.

Tabla 2

Conclusiones

• Siguiendo los criterios Baveno VII, la necesidad de endoscopia oral podría reducirse en nuestra cohorte con el consecuente ahorro de gasto y minimización de riesgos para el paciente derivados de la técnica y la sedación.

• En nuestra cohorte el principal motivo de solicitud de elastografía fue la EHmet. La fibrosis hepática significativa (determinada mediante ET) está presente hasta en el 28,3% de los pacientes con EHmet.

• El total de elastografías fueron solicitadas por Aparato Digestivo, lo que sugiere que podríamos mejorar el acceso de otras especialidades hospitalarias y Atención Primaria a esta técnica.

CP-048. ASCITIS POR HIPERTENSIÓN PORTAL SECUNDARIA A INFILTRACIÓN HEPÁTICA POR UN CARCINOMA LOBULILLAR DE MAMA

Muño Domínguez D¹, Martín Sanz J¹, Celada Sendino M², González Sánchez MH¹, García Calonge M¹, González Parra AC³, Álvarez Navascués C¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL V. ALVAREZ BUYLLA, MIERES. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

La ascitis es un motivo de consulta habitual en Hepatología, siendo la cirrosis hepática la etiología más común. Sin embargo, existen otras causas menos frecuentes de ascitis por hipertensión portal, constituyendo un reto diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 56 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes patológicos relevantes que ingresa por un primer episodio de ascitis. El líquido ascítico mostró 271 células de predominio mononuclear (61% linfocitos, 37% macrófagos), con gradiente seroascítico de albúmina (GASA) de 2,4. Analíticamente alteración de pruebas de función hepática (FA 304U/L, GGT 220U/L, ALT 169U/L, AST 401U/L, bilirrubina 3,2μmol/L), tasa de protrombina del 55% y 94000 plaquetas. Virus hepatotropos y autoinmunidad negativos; A1-anti-tripsina y ceruloplasmina normales. Gastroscopia con variz esofágica pequeña e importante engrosamiento de pliegues gástricos que se biopsian. TC de abdomen con signos de hipertensión portal (esplenomegalia, circulación colateral, abundante líquido libre), esteatosis hepática y afectación ósea difusa con múltiples lesiones esclerosas puntiformes (Figura 1). Se completó estudio con marcadores tumorales destacando un CA 15.3 de 17900 sugerente de patología mamaria, solicitándose mamografía que fue normal (BI-RADS 1) (Figura 2). Ante estos hallazgos se solicita biopsia de médula ósea y biopsia hepática



Figura 1

TC de abdomen en corte axial. Signos indirectos de hipertensión portal (circulación colateral con varices periesplénicas y perigástricas, esplenomegalia, descompensación hidrópica con ascitis a todos los niveles) con un parénquima hepático homogéneo sin datos de hepatopatía ni lesiones focales.

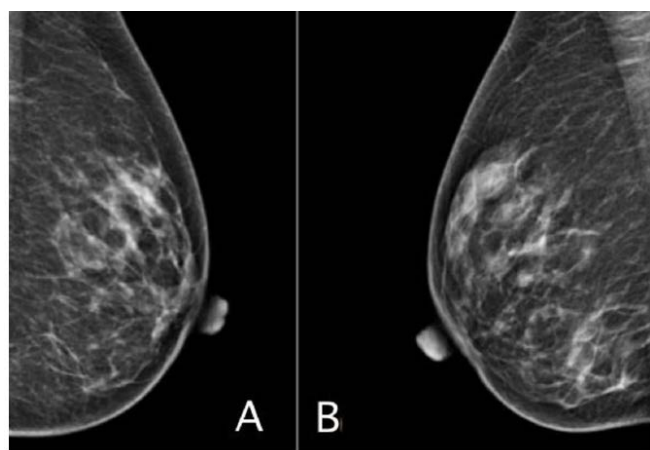


Figura 2

Imágenes radiológicas de las mamografías de mama izquierda (A) y de mama derecha (B). Se observa la simetría entre ambas mamas, con adecuada distribución del tejido glandular, y sin presencia de distorsiones en la arquitectura ni calcificaciones sospechosas. Piel y complejo del pezón sin alteraciones.

transyugular con estudio hemodinámico (gradiente de presión venosa hepática de 34mmHg). La anatomía patológica de las biopsias hepática, gástrica y médula ósea mostró una infiltración difusa por células epiteliales de carácter neoplásico con inmunohistoquímica positiva para GATA-3, receptores estrogénicos y citoqueratina-7, compatible con metástasis de carcinoma mamario tipo lobulillar (Figura 3). En espera de valoración por Oncología la paciente presenta una crisis convulsiva con posterior parada cardiorrespiratoria recuperada con soporte de

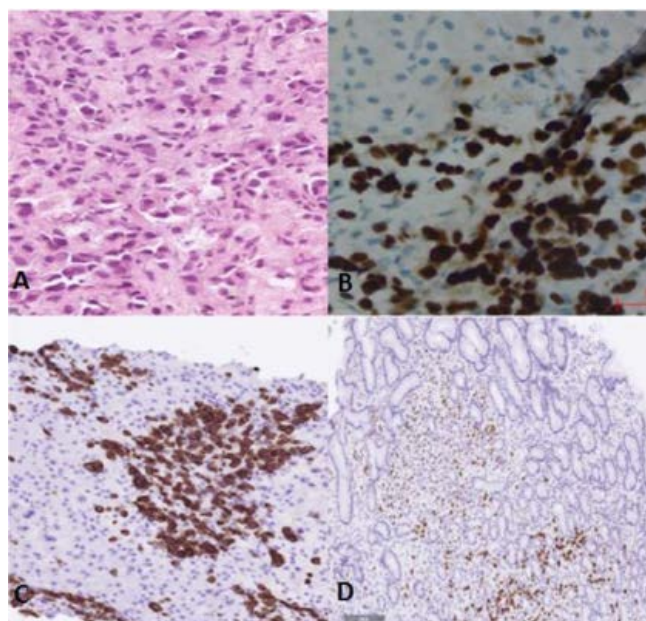


Figura 3

(A) Biopsia de hígado con hematoxilina-eosina, infiltrado de células neoplásicas en espacios porta y sinusoides. (B, C, D) Biopsia de hígado con inmunohistoquímica, infiltración en parénquima hepático por células tumorales positivas para GATA-3, citoqueratina 7 y receptores de estrógeno.

UCI. TC craneal urgente con aumento de partes blandas en ambos espacios intraconales sugestivo de infiltración tumoral, siendo exitus a las pocas horas.

Discusión

La invasión de los sinusoides hepáticos por neoplasias sólidas como el cáncer de mama constituye un pequeño porcentaje de las ascitis tumorales, típicamente presentando GASA>1.1 y citologías negativas. Aunque el patrón metastásico de dichos tumores suele consistir en nódulos intraparenquimatosos, la infiltración vascular difusa es posible, siendo esto lo que origina el aumento de presión portal. El subtipo lobulillar del carcinoma mamario frecuentemente carece de lesión sólida macroscópica en la mama, siendo las células neoplásicas las que infiltran y diseminan a otros órganos, dificultando su detección. La inmunohistoquímica de las lesiones a distancia adquiere especial relevancia en casos como el nuestro, donde la ascitis es la primera manifestación de un carcinoma mamario lobulillar no conocido con mamografías normales e infiltración de varios órganos.

CP-049. CAUSA DE ASCITIS HEMORRÁGICA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA AVANZADA.

Lancho Muñoz A, Rodríguez Gómez VM, Tendero Peinado C, Redondo Cerezo E, Ortega Suazo EJ

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

Introducción

La técnica de derivación portosistémica transyugular (TIPs) se ha convertido en una terapia intervencionista segura para tratar complicaciones de la hipertensión portal en pacientes con hepatopatía crónica avanzada, refractarias al tratamiento farmacológico y/o endoscópico. No obstante, presentan una tasa de morbilidad inmediata del 20%, pudiendo algunas de sus complicaciones pasar desapercibidas y comprometer la vida del paciente.

Caso clínico

Paciente de 69 años con cirrosis hepática de etiología no filiada incluida en lista de espera de trasplante hepático que ingresa para realización de Shunt portosistémico transyugular (TIPS) por ascitis refractaria. Durante la realización del procedimiento, se observa un adecuado paso de contraste desde la vena porta a la vena cava inferior, sin indicios de complicación inmediata (Figura 1).

Transcurridas 24h del procedimiento, la paciente permanece hemodinámicamente estable con tensiones arteriales en torno a 90/60 mmHg y frecuencia cardíaca de 78 lpm, aunque refiere leve aumento del perímetro abdominal respecto al ingreso. A la exploración se observa ascitis a tensión, junto con signos de compromiso respiratorio. Se realiza paracentesis evacuadora con salida de líquido ascítico amarillento teñido de sangre. Se envían muestra para análisis bioquímico y microbiológico (Tabla 1) y se extrae hemograma de control que muestra anemia significativa y descenso del hematocrito. Se solicita Angio-TC urgente observándose área hipodensa en lóbulo hepático derecho, adyacente a la prótesis, sugerente de laceración hepática, sin signos de sangrado activo (Figura 2 y 3). Finalmente, tras 48h de observación y estabilización de cifras de hemoglobina en último control analítico se procede al alta clínica.

Hemates	129000 hem/uL
Leucocitos	190 leu/uL
Polimorfonucleares	42%
Glucosa	137 mg/dL
Proteínas totales	1,8 g/dL
Lactato deshidrogenasa	53 U/L

Análisis bioquímico del líquido ascítico obtenido en paracentesis evacuadora.

Tabla 1

Discusión

Dentro de las complicaciones inmediatas de los TIPs se encuentra, además del agravamiento de la encefalopatía hepática, otras menos conocidas como la laceración hepática durante la venografía o por migración de la prótesis. La laceración hepática es una causa infrecuente de ascitis hemorrágica, no obstante, asocia una importante morbimortalidad. Por ello, los gastroenterólogos deben

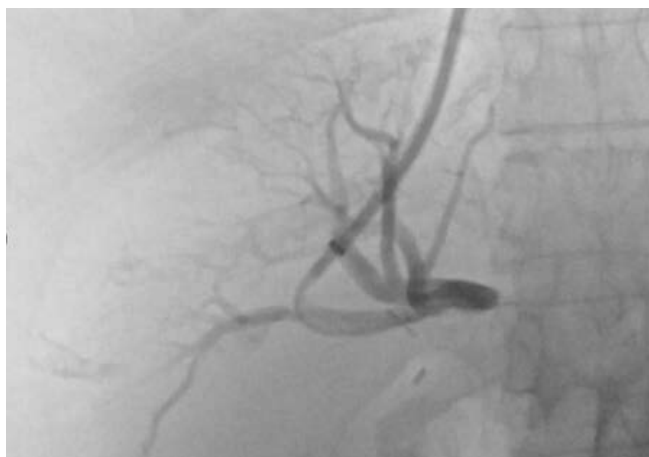


Figura 1

Venografía tras colocación de endoprótesis cubierta observándose adecuado paso de contraste desde el sistema porta a la vena cava inferior, sin signos de extravasación.

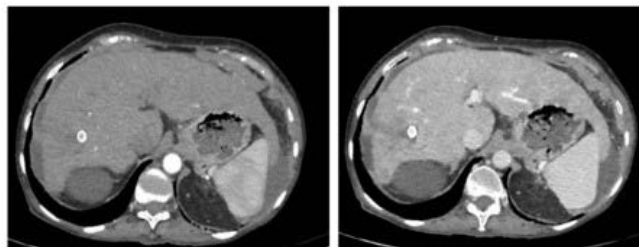


Figura 2

Cortes transversales de Angio-TC en fase arterial (imagen izquierda) y fase portal (imagen derecha) que muestran cambios morfológicos típicos tras colocación de TIPS, junto con área hipodensa en lóbulo hepático derecho sugerente de laceración hepática, sin signos de sangrado activo.



Figura 3

Corte coronal de Angio-TC en fase portal que muestra área hipodensa en lóbulo hepático derecho próxima a prótesis hepática sugerente de laceración hepática junto con mínimo hematoma perihepático y leve cantidad de ascitis de distribución libre, de predominio en pelvis.

conocerla y descartarla tras aparición de signos o síntomas de alarma como inestabilidad hemodinámica, anemia progresiva o aumento del perímetro abdominal durante las 24h posteriores al procedimiento.

CP-050. COMPLICACIONES RELACIONADAS CON EL USO DE PRÓTESIS DANIS EN HEMORRAGIA VARICOSA REFRACTARIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Bracho González M¹, Morales Bermúdez AI², Bravo Aranda AM³, Fernández Cornax A³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La hemorragia varicosa representa la complicación más grave de la hipertensión portal (HTP). Su tratamiento se basa en el empleo de fármacos vasoactivos, antibióticos profilácticos y técnicas endoscópicas, destacando la ligadura con bandas elásticas (LBE). En raras ocasiones, puede producirse un sangrado por la escara producida por la LBE.

Presentamos el caso de una paciente con HDA variceal por escara tras ligadura con LBE, refractaria, que precisa colocación de prótesis Danis y presenta una microperforación esofágica por la misma.

Caso clínico

Mujer de 44 años con hepatitis autoinmune estadio cirrótico con HTP (esplenomegalia y varices esplenorrenales, perigástricas y esofágicas medianas con puntos rojos). Se realiza LBE como profilaxis primaria por intolerancia a betabloqueantes.

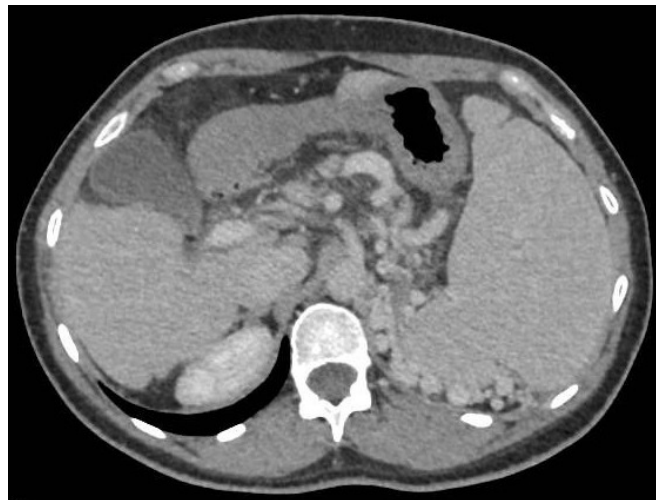


Figura 1

Corte axial de TC donde se muestra hígado nodular, esplenomegalia e importante circulación derivativa esplenorrenal y perigástrica.



Figura 2

Corte axial de TC donde se muestra fuga de contraste oral por orificio fistuloso en extremo proximal de prótesis Danis, parcialmente migrada.



Figura 3

Imagen angiográfica durante colocación de TIPS desde vena suprahepática media a porta derecha, con visualización de prótesis esofágica Danis parcialmente migrada.

10 días tras la LBE, ingresa en situación de shock hipovolémico por HDA con hematemesis y rectorragia, inestabilidad hemodinámica y necesidad de reanimación hídrica, vasoactiva y transfusional. Se realiza endoscopia alta (EDA) diagnóstico/terapéutica con inyección de etoxiesclerol en escara esofágica sangrante de LBE previa (desprendida). Se repite procedimiento y terapéutica al día siguiente. Ante la persistencia de HDA masiva y refractaria, se decide colocación de prótesis esofágica Danis SX ELLA, con colocación de TIPS precoz a las 72h para descomprimir varices esofágicas. No obstante, son precisas 2 nuevas EDAs por persistencia del sangrado y migración parcial de la prótesis Danis, objetivando exposición de la escara esofágica sangrante, con necesidad de recolocación de

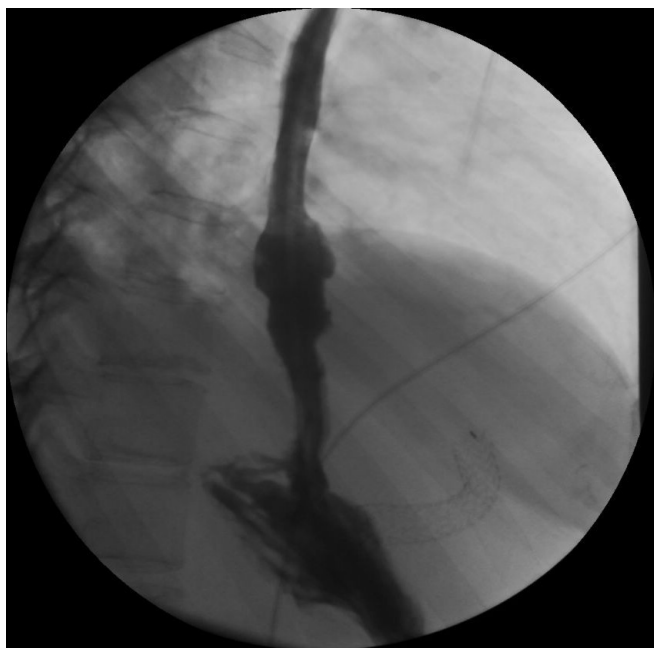


Figura 4

Tránsito esofagogastraduodenal que demuestra paso de contraste a cámara gástrica y ausencia de fuga a nivel esofágico. Visualización de TIPS.

la prótesis para taponamiento de la escara. Tras 10 días, se retira finalmente prótesis Danis, visualizando pequeña perforación esofágica en sitio previo de extremo proximal de la prótesis (coincidiendo con escara de LBE), precisando colocación de prótesis metálica recubierta SX-ELLA para sellado del defecto. Ingreso posterior en UCI por sepsis con empiema y peritonitis por *Bacteroides fragilis*. Evolución favorable con drenaje quirúrgico de las colecciones, antibioterapia dirigida y rehabilitación motora. Finalmente, tras 6 semanas, se retira prótesis esofágica autoexpandible, comprobando cierre del orificio fistuloso con EDA y TC cervical con contraste oral.

Discusión

En caso de hemorragia variceal masiva o refractaria pese a tratamiento médico y endoscópico, puede plantearse el uso de taponamiento con balón o stent metálico autoexpandible (prótesis Danis), como puente a la posterior colocación de un TIPS como tratamiento definitivo.

Se prefiere el uso del stent esofágico sobre el taponamiento con balón por su menor tasa de efectos adversos graves, con supervivencia similar. No obstante, como presentamos con este caso, pueden producirse efectos adversos importantes, como migración de la prótesis y perforación iatrogénica por esta.

CP-051. CRIBADO DE HEPATITIS C EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL: RESULTADOS DEL PROYECTO “HEPAC-PSYMA-C”

García Cortes M¹, Pinazo Bandera J², Jiménez Mancheño JJ², Aranda J², Ortega Alonso A², Robles Díaz M³, Alcántara Benítez R⁴, Clavijo Frutos E⁵, Viciano Ramos I⁵, Sánchez Yáñez E⁶, Martín Esquinas JM⁷, Miguel Burgos V⁷, Villalobos E⁷, Herrera Duran M⁷, Sánchez JA⁷

¹DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. IBIMA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA, MÁLAGA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁵UNIDAD MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁶UNIDAD FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁷UNIDAD PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

Introducción

La hepatitis C sigue siendo un problema de salud pública a pesar de las estrategias implementadas en los últimos años para su eliminación. Aún quedan grupos de población vulnerable de difícil captación y adherencia al tratamiento como los pacientes con patología mental grave. El objetivo del proyecto de microeliminación “Hepac-Psymba-C” fue optimizar y acercar el cribado, el diagnóstico y el tratamiento de esta infección en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental.

Material y métodos

Estudio prospectivo realizado en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga y el Hospital Marítimo de Torremolinos entre abril de 2022 y abril de 2023. Se realizaron actividades educativas a pacientes y personal sanitario de dichas unidades. A los pacientes que se incluyeron en el estudio tras la firma del consentimiento informado se les realizó el test de gota seca para la determinación de anticuerpos anti-VHC, CV VHC, anti-VIH y HBsAg. (TFN-Specimen Collection Card. AHELLSTROM MUNKSJÖ; REF: 8,460,0038, A-N).

Resultados

Un total de 50 pacientes fueron cribados, 22 en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria y 28 en el Hospital Marítimo. 31 pacientes del sexo masculino y edad media de 42 años. 18 pacientes tenían patología dual. Todos los

pacientes fueron anti-VHC negativo con carga viral negativa para VHC. Tampoco se obtuvo ningún resultado positivo para hepatitis B o VIH. Durante el estudio se detectaron dos pacientes con diagnóstico previo de hepatitis C que comenzaron el tratamiento durante su ingreso en agudos, perdiendo posteriormente el seguimiento. Las limitaciones del estudio fueron el escaso interés de esta población por participar en el estudio y la necesidad de periodos de aislamiento de grupos de pacientes debido a la infección por SARS-COV 2 durante el estudio.

Conclusiones

Se ha detectado una menor prevalencia de hepatitis C en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental de Málaga que la descrita previamente en otros estudios. Dada las dificultades halladas para la realización del cribado en los pacientes hospitalizados en las unidades de salud mental, recomendamos la implementación del cribado de la hepatitis C en el momento del ingreso de todos los pacientes.

Con la colaboración de Gilead Sciences

CP-052. CRIBADO DE LA COINFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS D EN EL HOSPITAL DE ÉCIJA

Grilo Bensusan I

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA, ÉCIJA.

Introducción

Determinar la situación del cribado de la hepatitis D en los pacientes con hepatitis crónica por VHB, la prevalencia de la coinfección y definir las características de la población con hepatitis crónica por VHB.

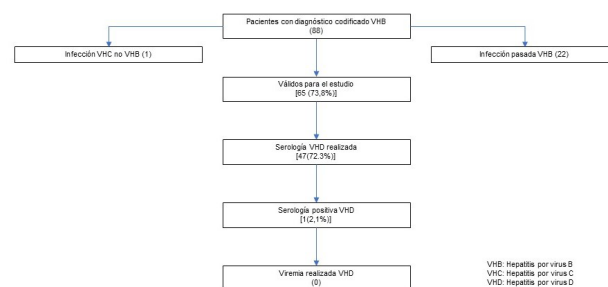
Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen aquellos pacientes con infección crónica por el VHB atendidos en la consulta de Aparato Digestivo del Hospital de Écija desde 2018 a diciembre de 2022.

Resultados

De un total de 88 pacientes, 65 (73,8 %) fueron válidos para el estudio. La serología para el VHD estaba realizada en 47 pacientes (72,3%) y tan sólo en un caso se observó la positividad de la misma (1/47, 2,1%) sin haberse determinado la viremia. (Figura 1)

La edad mediana fue de 57 años (p25-p75, 47-62) y con un discreto predominio del sexo masculino (34, 52,3 %). Con respecto a las características de la enfermedad hepática en 62 (95,4%) casos se trataba de una hepatopatía Ag e negativo, de los cuales 15 (24,2 %) estaban en tratamiento



Características generales de la población.

Figura 1

específico con entecavir (6/15; 40%) y tenofovir (9/15; 60 %). El valor mediano de fibrosis obtenido mediante fibroscan fue de 5,1 Kpa (p25-p75, 3,3-6,6) y de CAP 260 (p25-75; 219,7-301,5). Estaban diagnosticados de cirrosis 4 (6,2%) pacientes. La mediana del PAGE B fue de 12 (p25-p75, 6-16) con una moda de 6. Los valores medianos de la ALT fueron 19 (p25-p75: 14-24,5) y de AST 20 (p25-p75, 16-24) y de DNA VHB: 42,5 (p25-p75, 0-493,75). (Tabla 1)

Conclusiones

	Mediana (p25 p75) / n (%)
Edad	57 (47-62)
Sexo masculino	34 (52,3)
Hepatopatía Ag e negativo	62 (95,4%)
En tratamiento	15 (24,2%)
Entecavir	6 (40%)
Tenofovir	9 (60%)
Grado de fibrosis (Fibroscan®)	5,1 (3,3-6,6)
CAP	260 (219-301,5)
PAGE B	12 (6-16)
ALT	19 (14-24,5)
AST	20 (16-24)

Selección de pacientes y resultados fundamentales del estudio.

Tabla 1

El cribado de la coinfección por el VHD se realizó en un 72,3 % de los pacientes con hepatitis crónica por VHB, siendo mayor a la descrita en España y Andalucía, pero no del 100 %.

La prevalencia de la positividad de la serología de VHD en los pacientes con hepatopatía crónica por VHB en el Hospital de Écija es del 2,1 %, menor a la descrita en el resto de la comunidad.

La mayoría de los pacientes con hepatopatía por VHB se incluyen en la categoría de hepatopatía crónica por VHB Ag e negativo, con valores de fibrosis no significativa y con una mediana de PAGE con un riesgo medio de hepatocarcinoma que aconseja un cribado sistemático del mismo.

Aunque la coinfección VHB-VHD sea baja, la relevancia clínica de dicha asociación y la posibilidad de nuevos tratamientos aconsejan optimizar el cribado de VHD en los pacientes con VHB.

CP-053. CRIBADO DE LA HEPATITIS C EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, UNA ESTRATEGIA EFICAZ EN EL CAMINO HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C

Pérez Campos E¹, Camelo Castillo A², Rodríguez Mateu A¹, Jordán Madrid T¹, Rodríguez Maresca M³, Cabezas Fernández T⁴, Duarte Carazo A⁵, Carrodegua A⁶, Medina D⁶, Vega Sáenz JL¹, Casado Martín M¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ³UGC MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ⁴UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. ⁵SERVICIO DE URGENCIAS. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ⁶LABORATORIO INVESTIGACIÓN. GILEAD SCIENCES, MADRID.

Introducción

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia del cribado de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en el servicio de urgencias del Hospital Universitario Torrecárdenas.

Material y métodos

El cribado de la infección por el VHC fue implementado en nuestro servicio de urgencias en agosto de 2021. Incluye el cribado de la infección por VHC a pacientes entre los 18 y 69 años que acuden a las urgencias y requieren una extracción sanguínea por cualquier motivo. Usando la estrategia de “diagnóstico en un solo paso”, se realizó la determinación de anticuerpos frente al VHC por quimioluminiscencia. En los pacientes con serología VHC positiva se determinó el RNA viral por PCR en la misma muestra. Los pacientes con infección activa han sido derivados al especialista de hepatología para su vinculación a la atención y prescripción de tratamiento antiviral.

Resultados

Hemos realizado el cribado de VHC en 16295 pacientes, de los cuales 266 han sido anti-VHC positivos. De ellos, 60 tenían infección activa con recuento de RNA viral (81% varones, edad promedio de 56 años). Con estos datos, la tasa de seroprevalencia en la población que acude al servicio de urgencias hospitalarias es del 1.63%, y la de infección activa del 0.37%. Del total de pacientes con infección activa, 48 se han vinculado a la atención y 30 de ellos han iniciado tratamiento antiviral. Un gran porcentaje de pacientes virémicos tenían cirrosis hepática en estadio F3-F4, lo que indica un diagnóstico tardío en el curso de su infección por VHC.

Conclusiones

La prevalencia de infección activa por VHC en la población que acude al servicio de urgencias es casi el doble que la estimada para la población general. Por lo tanto, el cribado de la hepatitis C en los servicios de urgencias es una estrategia eficaz para aumentar la tasa de diagnóstico de la infección VHC y debería implantarse en todos los centros hospitalarios.

CP-054. DEGENERACIÓN HEPATOCEREBRAL ADQUIRIDA, NO TODO ES ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA.

Fernández Carrasco M, Pérez Campos E, Sánchez García O, Rodríguez Mateu A, Villegas Pelegrina P

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

Introducción

La degeneración hepatocerebral adquirida (DHA) es un síndrome neurológico caracterizado por síntomas extrapiramidales, ataxia y otros trastornos motores, que ocurre en el contexto de una enfermedad hepática crónica avanzada con hipertensión portal. A diferencia de la encefalopatía hepática, es una entidad muy poco frecuente, pudiendo coexistir ambas en ocasiones en el mismo paciente. Por mucho tiempo se ha considerado irreversible, pero se han descrito cada vez más casos que mejoran tras el trasplante hepático, así como también respuesta a tratamiento médico.

Presentamos el caso de un paciente con episodios de encefalopatía hepática recurrente y diagnóstico de DHA.

Caso clínico

Paciente de 60 años con enfermedad hepática crónica avanzada de origen alcohólico y metabólico, estadio Child-Pugh B8, con hipertensión portal e historia de descompensaciones previas, en estudio pretrasplante. Ingresó por bradipsiquia, desorientación y desconexión del medio en la última semana. En la anamnesis dirigida, los familiares refieren en los últimos meses, cuadro progresivo de bradicinesia y dificultad para caminar.

A la exploración se encuentra consciente y orientado, bradipsíquico, con amimia facial y severa rigidez de extremidades. No presenta flapping ni otros hallazgos destacables.

Análiticamente destaca bilirrubina total 2,7 mg/dl, amonio 192 mg/dl, plaquetas 53.000 y tiempo de protrombina del 70%, con reactantes de fase aguda normales. El estudio serológico de virus hepatotropos fue negativo y los niveles de cobre y ceruloplasmina fueron normales.

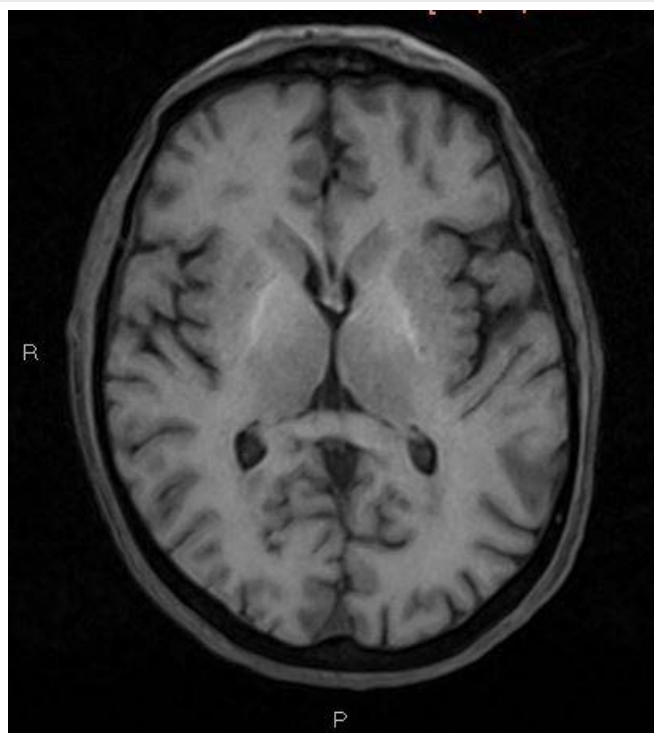


Figura 1

Resonancia magnética craneal en T1: hiperintensidad en globo pálido bilateral.

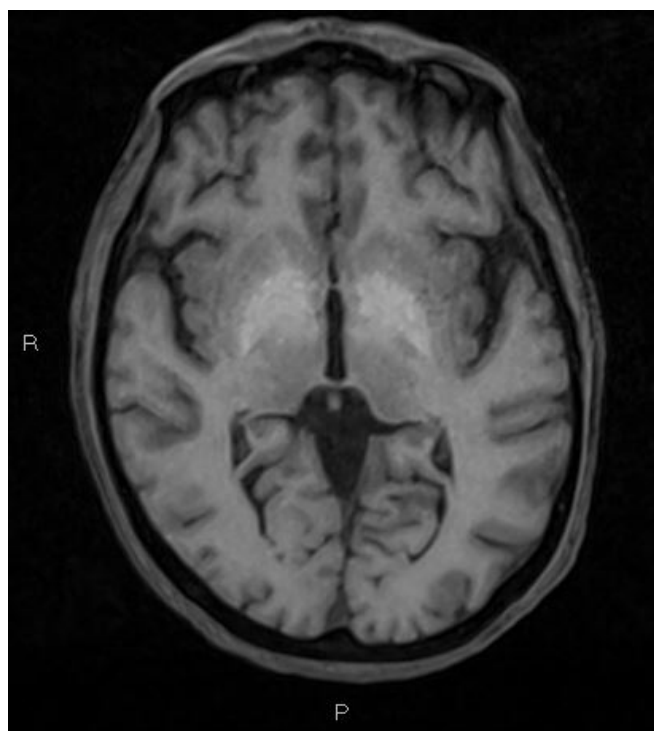


Figura 2

Resonancia magnética craneal en T1: aumento de señal de cápsula interna.

Se completa estudio con resonancia craneal en la que se objetiva aumento de señal en T1 de núcleo pálido y cápsula interna de forma bilateral, siendo sugestivo de degeneración hepatolenticular.

Durante el ingreso se inicia tratamiento con levodopa/carbidopa y tratamiento rehabilitador, además de medidas antihipertensión, experimentando una importante mejoría de la rigidez y del resto de síntomas neurológicos.

Discusión

La DHA es un síndrome poco frecuente que ocurre en pacientes con cirrosis hepática. Se caracteriza por clínica neurológica parkinsoniana y signos cerebelosos, presentando un daño cerebral secundario al depósito de manganeso, el cual genera un estado proinflamatorio que puede conducir a una neurodegeneración por alteración del sistema dopaminérgico estriado.

Los hallazgos típicos de la resonancia magnética son hiperintensidad T1 en núcleo pálido y sustancia negra y gris periacueductal. No existen suficientes datos que avalen la reversibilidad del cuadro, pero el uso de agonistas dopaminérgicos intenta un control sintomático, y cada vez hay más evidencia de que el trasplante hepático puede mejorar las funciones motoras y cognitivas.

CP-055. DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LOS PACIENTES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ÉCIJA. ESTUDIO PSIQUI-C

Grilo Bensusan I¹, Sánchez Lima F²

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA, ÉCIJA. ²CONSULTA PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA, ÉCIJA.

Introducción

Determinar la prevalencia de la infección por hepatitis C (VHC) en los pacientes atendidos por la Unidad de Salud Mental de Écija. Describir los factores riesgo de infección por VHC asociados a esta población.

Material y métodos

Estudio prospectivo descriptivo sobre la población adulta con trastorno mental grave atendidos de manera ambulatoria por el DUE de Salud Mental del Centro de Salud Virgen del Valle (Écija). A estos pacientes se les criba la infección por VHC mediante test de saliva (OralQuick HCV®), realizándose analítica para confirmar la infección en dicho centro cuando fuera positivo. Se registraron datos generales del paciente (fecha de nacimiento, género, nivel de estudios), el tipo de enfermedad mental y la existencia de diferentes factores de riesgo para la infección por VHC.

Resultados

Se estudiaron un total de 82 pacientes, un 67,1 % de hombres con una edad mediana de 48 años (p25-75; 37,7

-58). El trastorno mental predominante fue la esquizofrenia (n=54, 78%)

En el 61 % (50/82) de los casos existía algún factor de riesgo para la infección por la hepatitis C. El antecedente o el consumo activo de drogas estaba presente en el 39% (32/82) de todos los casos y constituía el 65,3 % (32/49) de los que tenían algún factor de riesgo(Tabla 1) .

El test de saliva fue positivo en tan solo 2 casos (2,4 %) siendo en ambos casos la PCR negativa. Ambos casos tenían antecedentes de consumo de drogas, eran mayores de 50 años y habían sido tratados previamente al estudio con la combinación sofosbuvir y velpatasvir durante 12 semanas, obteniendo respuesta virológica sostenida y sin presentar efectos secundarios reseñables (Tabla 2).

Características	n (%), mediana (p25-p75)
Edad	45 (37-58 p25-p75)
Sexo varón	55 (67,1 %)
Nivel de estudios	
Sin estudios	35 (42,7%)
Enseñanza secundaria obligatoria	30 (36,3%)
Bachillerato	9 (11 %)
Formación Profesional	5 (6,1 %)
Universitario	3 (3,7 %)
Patología psiquiátrica	
Esquizofrenia	64 (78 %)
Trastorno bipolar	6 (7,3 %)
Depresión mayor	5 (6,1 %)
Trastorno de personalidad	5 (6,1 %)
Otro	2 (2,4%)
Factores de riesgo infección por VHC	50 (61%)
Consumo previo o activo de drogas	32 (39 %)
Consumo activo de drogas	6 (7,3 %)
Madre con hepatitis C	3 (3,7 %)
Antecedentes de prisión	13 (15,9 %)
Tatuajes o piercings	32 (39 %)
Trabajador sanitario	1 (1,2 %)
Antecedentes de cirugía	6 (7,3 %)
Antecedentes de transfusión	1 (1,2 %)
Enfermedad de transmisión sexual previo presente	3 (3,7 %)
Antecedentes de hepatitis B	1/81 (1,2 %)
Antecedentes de VIH	0
Test positivo saliva VHC	2 (2,4 %)
PCR positiva para VHC	0

Características generales de la población.

Tabla 1

	Caso 1	Caso 2
Edad	60	52
Sexo	Varón	Varón
Patología psiquiátrica	Esquizofrenia	Esquizofrenia
Consumo de drogas	Pasado	Activo
Genotipo	1b	3
Grado de fibrosis	F0-F1	F2
Tratamiento	Sofosbuvir Velpatasvir	Sofosbuvir Velpatasvir
Tratamiento completo	Sí	Sí
Efectos secundarios	No	No
Respuesta virológica sostenida	Sí	Sí

Características de los pacientes con test de saliva positivo. Tratados previamente.

Tabla 2

Conclusiones

La prevalencia de la positividad del test de saliva para la hepatitis C en la población psiquiátrica estudiada fue del 2,4 %, siendo superior a la estimada por seroprevalencia en la población general, aunque inferior a la esperada.

La existencia de factores de riesgo para la infección por VHC es alta en esta población siendo las más importante de ellas el consumo de drogas.

La población con trastorno mental grave podría seguir siendo considerada como una población de riesgo a la que dirigir estrategias de microeliminación, si bien el aumento de riesgo podría estar en relación con el consumo de drogas.

CP-056. DISFUNCIÓN HEPÁTICA SECUNDARIA A DÉFICIT GENÉTICO DE LIPASA ÁCIDA LISOSOMAL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Lancho Muñoz A, García Aragón F, Lecuona Muñoz M, González Aranda Y, Redondo Cerezo E, López Garrido M

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

Introducción

El déficit genético de lipasa ácida lisosomal (LAL-D) ocasiona un trastorno en el almacenamiento de ésteres de colesterol (CESD), un tipo de enfermedad lisosomal secundario a una mutación en el gen LIPA. Esta rara enfermedad genética afecta a diversos órganos, especialmente al hígado y al corazón, pudiéndose confundir con otras patologías más frecuentes en la práctica clínica diaria.

Caso clínico

Paciente de 26 años con síndrome de Gilbert que acude a urgencias por cuadro de ictericia mucocutánea, coluria, acolia y prurito cutáneo de un mes de evolución. A la exploración destaca intenso tinte icterico; exploración neurológica normal sin asterexis y ausencia de dolor abdominal. Analíticamente presenta bilirrubinemia total de 54 mg/dl a expensas de bilirrubinemia directa de 34,53mg/dl, junto con leve hipertransaminasemia de perfil colestásico (GOT 55 U/L, GPT 77 U/L, GGT 187 U/L FA 376 U/L), importante hipercolesterolemia (Colesterol total 195 mg/dl, cHDL 11 mg/dl, cLDL 151 mg/dl), e hipertrigliceridemia (Triglicéridos 356 mg/dl).

Durante la hospitalización se completa estudio diagnóstico con ecografía abdominal anodina, serologías víricas negativas, estudio autoinmune negativo, proteinograma normal, metabolismo del cobre y hierro normal; y Alfa 1-antitripsina en rango. Se realiza biopsia hepática que muestra colestasis de predominio canalicular con formación de rosetas y mínima infiltración lobulillar de linfocitos T sin signos de fibrosis ni necrosis hepatocitaria. Ante la sospecha diagnóstica de NAFLD vs colestasis intrahepática familiar se solicita estudio genético que muestra variación c. 894G>A (p. Gln298Gln) en heterocigosis del gen LIPA.

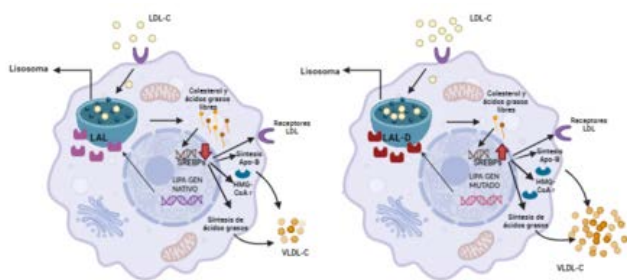


Figura 1

Fisiopatología del LAL-D. La LAL hidroliza ésteres de colesterol en los lisosomas. Los ácidos grasos libres resultantes regulan la lipogénesis a través de factores de transcripción (SREBP). Estos mecanismos fallan en la CESD, aumentando las VLDL y LDL circulantes. Imagen creada en biorender.com.



Figura 2

Imagen ecográfica que muestra hígado de tamaño, contorno y ecogenicidad normal sin lesiones focales y sin dilatación de la vía biliar intra y extrahepática.

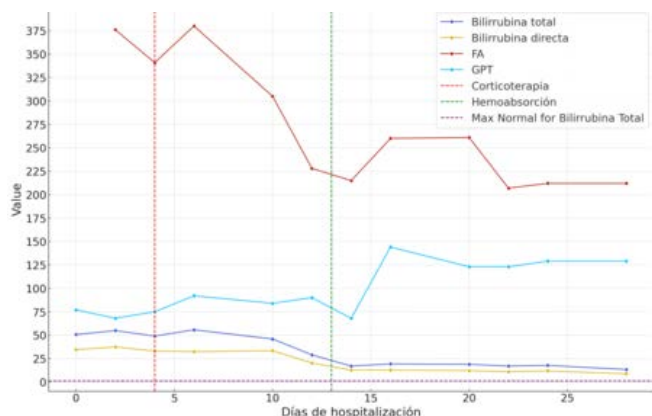


Figura 3

Parámetros analíticos durante el ingreso hospitalario. Destaca ligero descenso de cifras de bilirrubina total y de la fosfatasa alcalina (FA), tras inicio de corticoterapia (Día + 4) y tras aplicación de dos ciclos de hemoabsorción (Día + 13), mientras que la GPT sufre un incremento.

El paciente permanece asintomático, a pesar de hiperbilirrubinemia mantenida en torno a 50 mg/dl sin afectación renal ni coagulopatía. Tras descartar etiología infecciosa, se inicia corticoterapia empírica con cierta mejoría clínica y analítica. No obstante, ante persistencia de hiperbilirrubinemia directa superior a 20 mg/dl, se opta por emplear técnicas de hemoabsorción en la unidad de cuidados intensivos. Finalmente, se consigue un descenso significativo de la hiperbilirrubinemia, manteniéndose valores en torno a 16 mg/dl, siendo el paciente dado de alta con seguimiento en consultas de hepatología.

Discusión

El fenotipo característico de la LAL-D o CESD incluye síntomas inespecíficos (hepatoesplenomegalia, cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia, cirrosis criptogénica, etc.) siendo fácilmente infradiagnóstica al superponerse con otras patologías frecuentes como el hígado graso no alcohólico (NAFLD), la hipercolesterolemia familiar heterocigota (HeFH) o la hiperlipemia familiar combinada (FCH). Por ello, endocrinos, cardiólogos, hepatólogos y médicos de familia deben conocer estas enfermedades genéticas para favorecer el diagnóstico precoz y evitar complicaciones futuras que puedan comprometer la vida del paciente.

CP-057. DISTRIBUCIÓN DE GENOTIPOS Y SUB-GENOTIPOS DEL VIRUS DE LA HEPATITIS DELTA EN EL SUR DE ESPAÑA

Chaves L¹, De Salazar A¹, Fuentes A¹, Iborra A², De La Iglesia A³, Otero V⁴, García-Barrionuevo A⁵, Pena MJ⁶, Fernandez-Sanchez F⁷, Freyre C⁸, Garcia F¹

¹SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, MURCIA. ³SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA. ⁴LABORATORIO MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. ⁵SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁶SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN, LAS PALMAS DE GRAN CANARIA. ⁷LABORATORIO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ⁸LABORATORIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL.

Introducción

La epidemiología molecular del VHD permite caracterizar posibles aspectos relacionados con la patogenicidad, tratamiento y el diagnóstico de la hepatitis delta, ya que los ensayos para la detección de ARN, pueden verse afectados por el genotipo y el subgenotipo viral.

El objetivo del estudio es conocer la epidemiología molecular del VHD en nuestro medio mediante la secuenciación de genoma completo.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo en Andalucía, Murcia y Canarias en el que se han incluido pacientes con ARN-VHD positivo entre agosto 2019 y agosto 2023. Además, se ha caracterizado un panel comercial de muestras de localizaciones internacionales.

Para el genotipado, se ha utilizado un protocolo de secuenciación de genoma completo de VHD

Resultados

Se analizaron 35 sueros del panel comercial procedentes de Francia, Rumanía, Camerún, Togo y Mauritania, con una mediana de ARN-VHD Log 4.9 (IQR 6.1 – 3.7). Se obtuvo una cobertura media del genoma del 96% (66% – 100%), siendo la prevalencia de genotipos encontrados de 32 (91.4%) genotipo 1, dos (5.7%) genotipo 5 (procedentes de Francia), y un (2.9%) genotipo 6. Dentro de las muestras con genotipo 1, se asignó el subgenotipo 1a (23.1%), 1b (11.5%) y 1d (65.4%). Ambas muestras con genotipo 5 fueron subgenotipo 5b (100%) y la muestra con genotipo 6 fue 6a (100%).

Posteriormente, se han estudiado 52 muestras de pacientes de Andalucía, Murcia y Canarias. Entre los pacientes en seguimiento, 29 (55.8%) eran españoles. La mediana de ARN-VHD de estos pacientes fue Log 5 (IQR 5.5 – 4.3).

El genotipo se asignó en 47 pacientes (90.4%) con una media de cobertura de 95% (70% – 100%), obteniendo: 44 (93.6%) genotipo 1, y tres (6.4%) genotipo 5. Todas las muestras de pacientes españoles fueron genotipo 1; los tres genotipos 5 correspondieron a pacientes procedentes de Senegal y de Costa de Marfil. Entre las muestras con genotipo 1, se asignó el subgenotipo 1a (2.6%), 1c (2.6%) y 1d (94.9%). De las muestras con genotipo 5, se asignó el subgenotipo 5a (33.3%) y 5b (66.7%). Cinco muestras no tuvieron asignación de genotipo, tres por no amplificación del ARN y dos por cobertura insuficiente del genoma (<20%).

Conclusiones

El genotipado del VHD permitirá ampliar los conocimientos sobre la epidemiología molecular en España. Según nuestros datos y en línea con lo reportado, el genotipo prevalente en pacientes españoles es el genotipo 1, mientras que el genotipo 5 se encontró exclusivamente en pacientes procedentes de países de África occidental.

CP-058. DOLOR ABDOMINAL Y ALTERACIÓN DEL PERFIL HEPÁTICO: NO TODO ES LO QUE PARECE

Fernández López R, Calvo Bernal MDM

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

Introducción

El dolor abdominal supone todo un reto diagnóstico en el servicio de Urgencias. Presentamos el caso de una mujer de edad media que ingresa en nuestro servicio inicialmente por dolor abdominal y fiebre, con sospecha de ileitis infecciosa.

Caso clínico

Paciente de 45 años ingresada en Digestivo por dolor abdominal en fosa iliaca derecha, fiebre, y deposiciones diarreicas. En analítica presenta aumento de reactantes de fase aguda e hipertransaminasemia. La prueba de imagen de urgencias (Ecografía) aprecia engrosamiento a nivel de ileon terminal, de probable etiología infecciosa.

La paciente se trata de manera empírica con antibióticos (Ceftriaxona + Metronidazol). Como persiste con leve dolor abdominal y alteración del perfil hepático, se solicita TAC abdominal (**Figura 1 y 2**) que objetiva presencia de edema periportal hepático y alteración de la perfusión hepática, junto con leve realce peritoneal en Douglas. El estudio etiológico hepático y la colonoscopia fueron normales.

Se reinterroga a la paciente, refiere episodio de vulvovaginitis, con aumento de flujo y leucorrea 3 meses antes. Se establece la sospecha de Enfermedad Pélvica Inflamatoria y Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, por lo que se Interconsulta con Ginecología, con posterior aislamiento vaginal de Chlamydia trachomatis.

Discusión

El Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) se produce por la afectación de la cápsula hepática y del peritoneo adyacente, en el contexto de una Enfermedad Inflamatoria Pélvica. Está desencadenado por los agentes Chlamydia trachomatis o Neisseria gonorrhoeae (principalmente), pudiendo aparecer adherencias abdominales. Puede presentarse sin clínica clásica a nivel pélvico (dolor hipogástrico, leucorrea maloliente...). Analíticamente encontramos elevación de reactantes de fase aguda (PCR, leucocitos...), las pruebas hepáticas son habitualmente normales (en nuestro caso clínico presenta elevación de transaminasas).

El diagnóstico se consigue mediante la PCR de dichos agentes patógenos o la observación directa por laparotomía/laparoscopia. La Ecografía y el TAC abdominal ayudan al diagnóstico diferencial con otras entidades, apoyando al diagnóstico de SFHC la presencia de líquido



TAC. Corte sagital - líquido libre en Douglas.

Figura 1



TAC. Corte coronal - alteraciones de la perfusión hepática.

Figura 2

libre pericapsular, engrosamiento capsular, realce del parénquima en fase arterial, o el “signo de la cuerda” (indicativo de adherencias).

En el tratamiento del Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis la pauta de antibioterapia más frecuente se basa en la combinación de Cefoxitina/Doxiciclina o Clindamicina/Gentamicina.

En toda mujer en edad fértil que presenta dolor abdominal, en la historia clínica y anamnesis debemos interrogar acerca de síntomas gineco-obstétricos.

CP-059. ELEVADA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR IRRESECCABLE TRATADOS CON LENVATINIB

Pérez Ramírez A, Rosado Bellido C, López Bueno I, Ferrer Ríos MT

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

Introducción

Hasta la fecha se han realizado pocos estudios de supervivencia en vida real de pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) tratados con lenvatinib, encontrando una supervivencia global (SG) variable con un máximo de 19 meses.

Nuestro objetivo fue calcular la SG y el tiempo hasta progresión (TTP) de los pacientes con CHC tratados en nuestro centro con lenvatinib en primera línea, así como los factores que influyen en ellos.

Material y métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron los pacientes con CHC en estadio avanzado o intermedio no subsidiarios de tratamiento quirúrgico ni locorregional en el Hospital Universitario Virgen del Rocío tratados con lenvatinib desde marzo-2020 hasta diciembre-2022 cumpliendo los criterios de inclusión del estudio REFLECT.

Resultados

Se trataron 32 pacientes con un seguimiento total de 33 meses.

La edad media al diagnóstico fue de 67,7 años, 78,1% hombres y 21,9 % mujeres. El 81,3% se encontraban en estadio de cirrosis y el 34,4% tenían varices esofágicas. Todos en estadio Child-A y 62,5% ALBI 1. Respecto a la etiología: 7 pacientes por alcohol, 11 por hepatitis C, 2 por hepatitis B, 1 de origen exclusivamente metabólico, 1 autoinmune, 1 colangitis biliar primaria y 9 presentaban más de un factor etiológico. El 31,3% en estadio BCLC B y 68,8% en estadio C al inicio. 13 pacientes no habían recibido ningún tipo de tratamiento previo.

Durante el seguimiento se han producido 15 exitus, siendo la mediana de SG 24 meses ([IC 95%:4.6–43.4] (máximo 33 meses).

Los efectos secundarios más frecuentes fueron astenia (72%), pérdida ponderal (62.5%), hipertensión (62.5%), hipotiroidismo (43.8%) y diarrea (40.6%). 10 pacientes suspendieron el tratamiento.

Evaluamos respuesta radiológica en 21 pacientes: ninguna respuesta completa, 3 respuestas parciales, 7 estabilidad y 11 progresión, con una tasa de control de la enfermedad del 47.6%. La mediana de TTP fue 7 meses. Tras progresión, 7 pacientes cambiaron a sorafenib y 1 a cabozantinib.

Ninguna de las variables recogidas tuvo asociación significativa con la mortalidad, a excepción de la presencia de astenia.

La limitación del estudio está en el número de pacientes incluidos y su carácter retrospectivo.

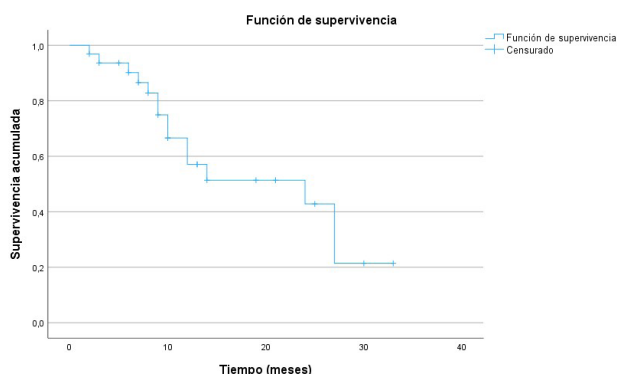


Figura 1

Análisis de Kaplan-Meier de la supervivencia global de los pacientes tratados con lenvatinib en primera línea en nuestro centro.

LENVATINIB (N=32)		LENVATINIB (N=32)	
Edad media	67.7	Nivel de alfa-fetoproteína al inicio [n (%)]	
Sexo [n (%)]		- <200 ng/mL	19 (59.4)
- Hombres	25 (78)	- ≥200 ng/mL	13 (40.6)
- Mujeres	7 (22)	Efectos secundarios [n (%)]	
Raza caucásica [n (%)]	32 (100)	- Astenia	23 (72)
Fumadores [n (%)]	22 (68.8)	- Pérdida de peso	20 (62.5)
Consumidores de alcohol [n (%)]	16 (50)	- Hipertensión	20 (62.5)
Diabetes Mellitus [n (%)]	11 (34.3)	- Hipotiroidismo	14 (43.8)
Hipertensión arterial [n (%)]	23 (72)	- Diarrea	13 (40.6)
Child-Pugh [n (%)]		- Náuseas o vómitos	12 (37.5)
- A5	25 (78)	- Encefalopatía	8 (25)
- A6	7 (22)	- Lesiones cutáneas	8 (25)
ALBI [n (%)]		- Aciitis	7 (22)
- 1	19 (59.4)	- Hemorragia digestiva	6 (18.8)
- 2	12 (37.5)	- Dolor abdominal	5 (15.6)
Cirrosis hepática [n (%)]	26 (81.3)	- Proteinuria	5 (15.6)
Varices esofágicas [n (%)]	11 (34.4)	- Disfonía	4 (12.5)
Etiología [n (%)]		- Aftas mucosas	3 (9.4)
- Alcohol	7 (21.9)	Motivo de suspensión del tratamiento [n (%)]	
- Hepatitis C	2 (6.3)	- No suspensión	12 (37.5)
- Hepatitis B	11 (34.4)	- Progresión tumoral	7 (21.9)
- Metabólica	1 (3.1)	- Deterioro general	6 (18.8)
- Autoinmune	1 (3.1)	- Insuficiencia hepática	2 (6.3)
- CBP	1 (3.1)	- Hemorragia digestiva	1 (3.1)
- Hepatitis C + alcohol	4 (12.5)	- Proteinuria	1 (3.1)
- Hepatitis B + alcohol	1 (3.1)	- Otros motivos	3 (9.4)
- Alcohol + metabólica	2 (6.3)	Bajada de dosis [n (%)]	7 (22)
- Desconocida	2 (6.3)	Exitus [n (%)]	15 (46.9)
Estadio BCLC [n (%)]		Supervivencia global (mediana [IC95%])	24 meses (4.5–43.4)
- B	10 (31.3)	Evaluación de respuesta radiológica [n (%)]	21 (65.6)
- C	22 (68.8)	- Respuesta completa	0
Tratamientos previos [n (%)]		- Respuesta parcial	3 (9.4)
- Ninguno	13 (40.6)	- Estabilidad	7 (21.9)
- Resección quirúrgica	2 (6.3)	- Progresión	11 (34.4)
- Ablación por radiofrecuencias	2 (6.3)	Tasa de control de la enfermedad	47.6 %
- Ablación por microondas	2 (6.3)	Tiempo hasta progresión (mediana [IC95%])	7 meses (2.5–11.4)
- TACE	7 (21.9)		
- Radiofrecuencia + microondas	1 (3.1)		
- Radiofrecuencia + TACE	3 (9.4)		
- TARE + microondas	1 (3.1)		
- Trasplante + resección	1 (3.1)		

Tabla 1

Tabla de resultados.

Conclusiones

Encontramos una SG de 24 meses, mayor a la reportada en los estudios en vida real publicados hasta la fecha, lo cual podría estar relacionado con un perfil diferente de nuestros pacientes respecto a sus características basales, la etiología y función hepática. No obstante, el TTP no difiere del resto de estudios.

CP-060. EN CAMINO DE LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C, NECESIDAD DE UN CRIBADO MÁS ALLÁ DE LOS FACTORES DE RIESGO

Navarro Moreno E¹, Camelo-Castillo A², Plaza Fernández A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²LABORATORIO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

Según los datos de la segunda encuesta de seroprevalencia en la población general española (2017-2018), en cuanto a prevalencia de exposiciones y situaciones de riesgo conocidas en personas diagnosticadas con infección por el Virus de la Hepatitis C (VHC), el 63,6% de las personas que contestaron el cuestionario refirió tener alguno de los factores recogidos en la encuesta. En consecuencia, la guía de cribado de la infección por el VHC de 2020, no recomienda actualmente la detección del VHC en personas sin exposición de riesgo.

El objetivo principal es identificar la prevalencia de exposiciones y situaciones de riesgo en los pacientes diagnosticados con infección activa por VHC, durante la implementación del proyecto FOCUS (cribado de Hepatitis C) en nuestro hospital.

Material y métodos

Establecimos el cribado de la infección por VHC en nuestro servicio de urgencias desde agosto de 2021. Con la estrategia de “diagnostico en un solo paso”, se realizó la detección de anticuerpos frente al VHC en adultos (entre 18 y 69 años) que requirieran una extracción sanguínea por cualquier motivo y posteriormente, se cuantificó el RNA viral en aquellos pacientes seropositivos.

Los pacientes con infección activa han sido derivados al especialista de digestivo para su vinculación a la atención y prescripción de tratamiento, registrando cualquier historial previo de exposiciones de riesgo.

Resultados

Se ha realizado el cribado a 16295 pacientes, diagnosticando 60 infecciones por VHC (1.63% seroprevalencia, 0.37% infección activa). Identificando exposición y situaciones de

riesgo en el 49% de las historias clínicas de los pacientes virémicos. El uso de drogas inyectadas (44%), ser inmigrante (9%), un historial de encarcelamiento (8 %) y la coinfección por VIH o VHB (2%) fueron los principales criterios. Solo dos de ellos estaban disponibles de manera consistente en las historias de los pacientes en el momento del diagnóstico. El 76% de los pacientes con infección activa VHC habían acudido previamente al servicio de urgencias, y un 88% a la atención primaria.

Conclusiones

El 51% de pacientes diagnosticados con infección activa por VHC no tenían factores de exposición o situaciones de riesgo. La mala calidad de los registros de los pacientes en cuanto a exposición a situaciones de riesgo, hace que su uso como únicos criterios de elegibilidad para la detección de infección por VHC, sea de poca utilidad en la práctica clínica.

Por lo tanto, una detección del VHC más allá de los criterios planteados en la guía de cribado debe reconsiderarse para la eliminación de la hepatitis C.

CP-061. HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE HEPÁTICO CON AFECTACIÓN PULMONAR: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

Palomino Luque P, Flores Moreno H, Ocaña Ledesma A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA.

Introducción

El hemangioendotelio epitelioide hepático (HEH) es un tumor vascular poco frecuente que también puede afectar al pulmón, hueso o tejidos blandos. Aunque su comportamiento es variable es considerado menos agresivo que otras neoplasias hepáticas.

La clínica es inespecífica como dolor abdominal o ascitis.

Radiológicamente puede presentar características típicas y otras en común con el angiosarcoma, colangiocarcinoma, hepatocarcinoma tipo esclerosante y las metástasis. Por este motivo la biopsia es imprescindible para su diagnóstico definitivo.

Caso clínico

Hombre de 62 años con antecedente de Enfermedad Hepática Metabólica en seguimiento por Atención Primaria que fue derivado a nuestra consulta por LOEs hepáticas en ecografía de rutina.

Analíticamente presentó elevación leve de la ALT con alfafetoproteína negativa. Se realizó TC de abdomen (**Figuras 1 y 2**) y posterior RMN (**Figura 3**) evidenciándose múltiples lesiones nodulares confluentes



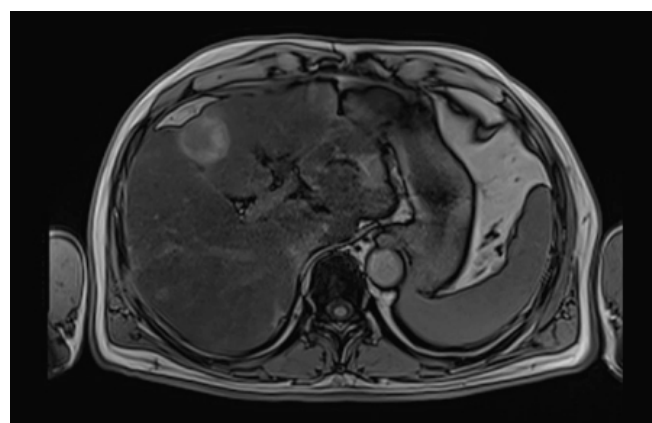
Imagen de TC corte axial.

Figura 1



Imagen de TC corte coronal. Fase portal.

Figura 2



RM halo hiperintenso en T1.

Figura 3

con retracción del parénquima hepático adyacente y calcificaciones periféricas, así como presencia del “signo de la diana”, planteándose el diagnóstico diferencial entre colangiocarcinoma multicéntrico y HEH. En el estudio de extensión se informaron lesiones pulmonares sugestivas de enfermedad a distancia. El estudio inmunohistoquímico de la biopsia hepática fue positivo para CD31 y CD34 y negativo para CK AE1/AE3, actina y S100, confirmándose el diagnóstico.

El paciente fue valorado para trasplante hepático y derivado finalmente a oncología con tratamiento conservador y seguimiento estrecho por comportamiento poco agresivo de la enfermedad.

Discusión

La tasa de incidencia del HEH es menor a 0,1 por 100.000 habitantes, no se conoce mucho sobre su patogenia, pero parece ser más frecuente en mujeres que en hombres.

En las pruebas de imagen se manifiesta como lesiones multifocales en ambos lóbulos, en ocasiones confluentes, con calcificaciones periféricas y retracción capsular. En la TC puede aparecer un realce en forma de anillo durante la fase arterial con relleno central en fase portal conocido como “signo del halo”. En cuanto a la RMN, son lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 con presencia del “signo de la diana” en secuencias de difusión.

Histológicamente presentan células endoteliales de aspecto epiteloide. Suelen ser positivos para los marcadores inmunohistoquímicos endoteliales como CD34 y CD31, y negativos para los epiteliales (CEA o citoqueratina).

No existen protocolos estandarizados en cuanto a su manejo, pudiendo emplearse la resección quirúrgica, las técnicas ablativas, así como la quimioterapia o la actitud expectante en aquellos con baja agresividad. Hasta en un 44,8% de los casos se realiza un trasplante hepático, incluso en determinados casos donde existe enfermedad a distancia.

CP-062. HEPATITIS AGUDA EN EL CONTEXTO DE NEUMONÍA POR LEGIONELLA, UNA ETIOLOGÍA A TENER EN CUENTA

Parra López B, Alonso Belmonte C, Gómez Rodríguez P, Fernández Cornax A, León Valenciano L, Díaz Barbero N, González Grande R, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La hepatitis aguda es una patología frecuente en nuestra práctica clínica diaria. Entre sus causas más comunes aparecen intoxicaciones por fármacos, virus hepatotrofos

o fenómenos autoinmunes, sin olvidar la toma de productos de herboristería u otros suplementos sin licencia médica.

Una vez descartados dichos desencadenantes, se debe ampliar el espectro etiológico e incluir patógenos que, aunque provoquen una variada sintomatología por aparatos, pueden afectar a la funcionalidad hepática, como es la Legionella.

Caso clínico

Paciente varón de 66 años sin antecedentes de interés que consulta por cuadro de una semana de evolución consistente en disnea progresiva a grandes esfuerzos, sensación distérmica no termometrada, vómitos, diarrea y expectoración purulenta.

Se realiza radiografía de tórax que muestra un infiltrado alveolointersticial en hemitórax derecho, compatible con proceso neumónico atípico. El análisis sanguíneo objetiva una elevación de reactantes de fase aguda (Leucocitosis a expensas de neutrofilia, PCR y procalcitonina elevadas), además de antigenuria que muestra positividad a Legionella, confirmada mediante esputo.

Con la sospecha de Neumonía derecha por Legionella se cursa ingreso a cargo de Neumología para tratamiento antibiótico (Levofloxacino).

Durante la hospitalización el paciente experimenta una alteración mixta del perfil hepático de predominio colestásico sin hiperbilirrubinemia ni clínica digestiva asociada. Con el fin de filiar la etiología, se solicita TC de abdomen (Normal) y análisis de hepatopatías que descarta etiología autoinmune o por virus hepatotrofos.



Figura 1

Radiografía posteroanterior de tórax que muestra un infiltrado alveolointersticial en hemitórax derecho, compatible con proceso neumónico atípico por Legionella, confirmado mediante antigenuria y esputo.

Así, una vez descartada causa viral, tóxica por fármacos utilizados durante la hospitalización y la obstrucción biliar, se concluye que la alteración analítica que presenta el paciente es compatible con hepatitis aguda en el contexto de infección por *Legionella*.

El paciente fue dado de alta tras la resolución del cuadro neumónico, con la consecuente mejoría del perfil hepático, que se normalizó durante el seguimiento en consultas de Aparato Digestivo.

Esto refuerza la presunción diagnóstica de la *Legionella* como agente causante de hepatitis aguda en este caso.

Discusión

La neumonía causada por *Legionella* presenta sintomatología digestiva, como náuseas, vómitos o diarrea, y respiratoria, como fiebre, tos y expectoración. Además, el aumento de los reactantes de fase aguda y la presencia del germen en orina o esputo refuerzan su sospecha diagnóstica.

Asimismo, la alteración del perfil hepático en rangos de hepatitis aguda puede ser plausible y no tan inhabitual en la práctica diaria.

Por tanto, un diagnóstico rápido y el inicio de una antibioterapia dirigida permite un control eficaz del foco infeccioso que repercute positivamente en la función hepática, con su práctica normalización.

CP-063. HEPATITIS AUTOINMUNE POR IGG4 Y COLANGITIS ESCLEROSANTE ASOCIADA A IGG4 CORTICORRESISTENTE

García Gavilán MC¹, Pereda Salguero T², López Ortega S³, Romero Gómez C⁴

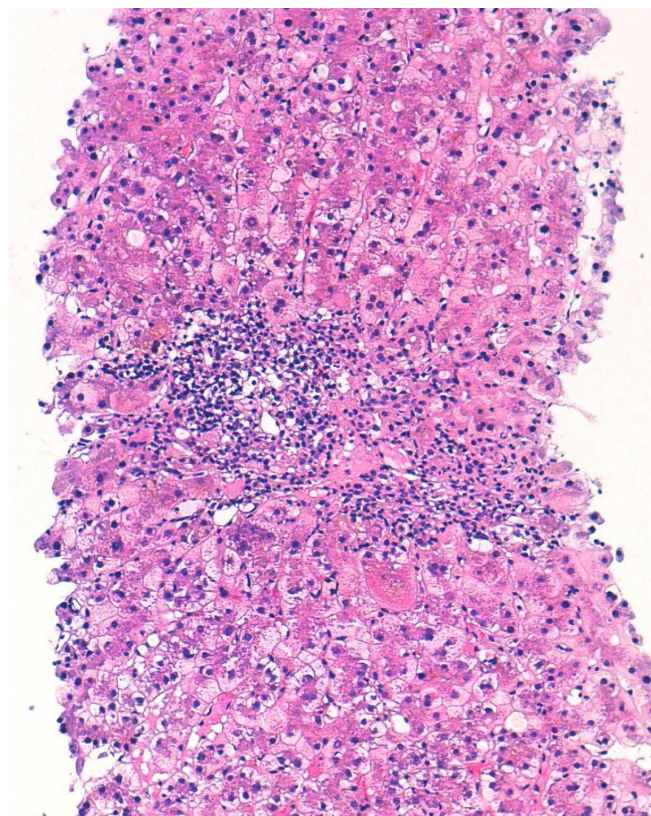
¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ⁴SERVICIO MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La hepatitis autoinmune asociada a IgG4 (HAI-Ig4) es un subtipo de hepatitis autoinmune (HAI) poco frecuente, cuyo diagnóstico se basa en el acúmulo hepático de células plasmáticas IgG4+ con elevadas concentraciones séricas de IgG4, en presencia de características histológicas típicas de HAI.

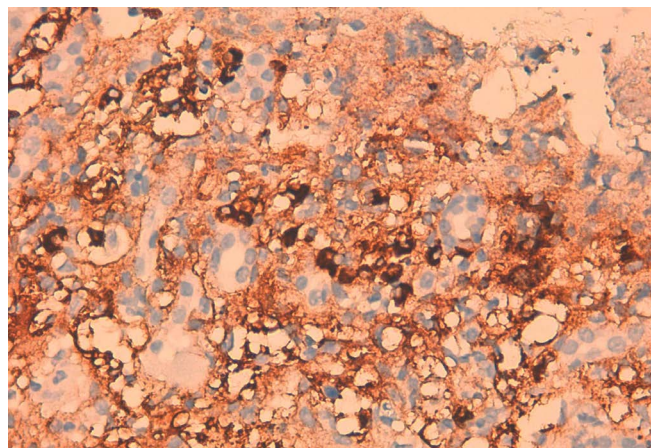
Caso clínico

Mujer de 33 años con múltiples ingresos por colangitis secundaria a estenosis autolimitadas migratorias de la vía biliar, que ingresó nuevamente por ictericia 3 meses



Tinción con Hematoxilina y Eosina con hepatitis de interfase moderada grave.

Figura 1



Inmunohistoquímica positiva para IgG4 con infiltración por células plasmáticas positivas para IgG4 entre 8-20 células por campo de gran aumento.

Figura 2

después de dar a luz. A su llegada con GOT 1064U/L, GPT 1097U/L, GGT 194U/L, FA 284U/L, bilirrubina 27mg/dL y tiempo de protombina (TP) de 19.3s. Se realizó una colangioresonancia, con una leve dilatación de la vía biliar intrahepática y colédoco, con estenosis del conducto hepático común sin causa objetivable, que no se confirmó con CPRE. La analítica mostraba una IgG 1710 mg/dL, IgG4 1140mg/dL, C3 28.6mg/dL, C4 9.1mg/

dL y vitamina-D 3.77ng/mL, con serología para hepatitis A, B, C, E, familia-herpesviridae, sífilis, VIH, anticuerpos antinucleares, antimitocondriales, anti-músculo liso, anti-hígado-riñón microsomal, ceruloplasmina y genética de hemocromatosis negativo. Se realizó una biopsia hepática temprana y se comenzó con Metilprednisolona 1mg/kg/día, observándose una hepatitis de interfase con actividad moderada-grave con infiltración por células plasmáticas IgG4+ entre 8-20células/HPF, balonización hepatocelular y formación de rosetas focal (Figura1-2), cumpliendo 6 puntos del score simplificado de HAI. Se completó el estudio con una tomografía computarizada toraco-abdominal y una tomografía de emisión de positrones, sin enfermedad sistémica, aunque llamativamente el parénquima hepático presentaba captación de contraste heterogénea predominantemente subcapsular (Figura3). Presentó una mala evolución, sin respuesta a corticoides tras 2 semanas, manteniendo una bilirrubina de 30mg/dL, TP de 17.6s y desarrollo de síntomas neurológicos (confusión y visión borrosa), por lo que se derivó a la unidad de trasplante hepático. Allí se realizó una resonancia craneal sin alteraciones y mientras se descartaba una infección intercurrente, se realizó diálisis de albúmina. Finalmente, se trató con Rituximab, pero 3 días después de su inicio desarrolló sepsis por candida y falleció.



Figura 3

Corte axial de la tomografía computarizada con contraste, con hepatomegalia del lóbulo hepático derecho y atrofia evidente del lóbulo hepático izquierdo, junto con un realce del parénquima hepático, heterogéneo, predominantemente subcapsular y de predominio en lóbulo hepático izquierdo.

Discusión

La HAI-IgG4 se caracteriza por una infiltración hepática de células plasmáticas IgG4+ ≥ 10 células/HPF y niveles de IgG4 ≥ 135 mg/dL, con una ratio IgG4/IgG $\geq 5\%$. Comparada con la HAI, tiene una histología más agresiva, con mayor inflamación portal, hepatitis lobular, infiltración por células plasmáticas y formación de rosetas que la HAI, aunque con

menor grado de fibrosis y mejor pronóstico a largo plazo. Su tratamiento se basa en los corticoides, seguido de mantenimiento con azatioprina, siendo la tasa de respuesta superponible entre la HAI y HAI-IgG4.

CP-064. HEPATITIS TÓXICA EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Extremera Fernández A, Soler Gongora M, Moreno Barrueco M, García Verdejo FJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Presentamos un caso de hepatitis aguda tóxica que requirió ingreso hospitalario, caso que consideramos de interés, por ser una de las principales causas de fallo hepático fulminante a nivel global.

Caso clínico

Varón de 28 años que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia cutáneo-mucosa y decaimiento generalizado de dos semanas de evolución. Asocia coluria y astenia. Niega relaciones de riesgo, consumo de productos de herbolario ni otra sintomatología. Exploración anodina. Como único antecedente el paciente fue diagnosticado de esclerosis múltiple dos meses atrás comenzando tratamiento con diroximel fumarato (Vumerity).

Analíticamente destaca aumento de enzimas de citólisis y de bilirrubina a expensas de directa (BT 8 (BD 4.84, BI 3.16), GOT 1367, GPT 1856, GGT 129). Se solicitan serologías víricas y estudios de autoinmunidad con resultado negativo. Se realizó una ecografía abdominal y colangioRM que no demuestra colelitiasis ni dilatación de vía biliar extrahepática.

Se decide suspender el tratamiento con diroximel fumarato (Vumerity) como probable agente etiológico.

El paciente evolucionó bien durante el ingreso, siendo dado de alta unos días más tarde con revisión posterior en consulta, constatando normalización de los parámetros analíticos.

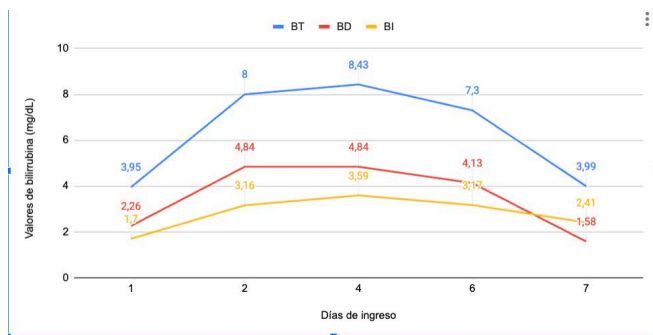
Discusión

La hepatitis tóxica es cuadro que requiere una alta sospecha clínica, por lo que cualquier introducción de un nuevo fármaco como el caso que nos acontece nos ha de hacer pensar en esta posibilidad. El estrés oxidativo producido por metabolitos reactivos parece ser el causante de esta patología, ya sea como daño directo o tras la activación de respuesta inmune frente a ellos, como si bien es sabido en uno de los antecesores de este tratamiento, el dimetil fumarato.



Colangio-RM con vía biliar extra e intrahepáticas normales.

Figura 1



Evolución de valores de bilirrubina total, directa e indirecta durante el ingreso.

Figura 2

El tratamiento de la esclerosis múltiple ha avanzado en los últimos años, teniendo lugar la introducción de fármacos como diroximel fumarato. Su hermano pequeño, dimetil fumarato (Tecfidera) presenta peor tolerancia gastrointestinal, además de un likelihood score C (probable causa de daño hepático), en el que se han certificado casos de hepatitis tóxica. Diroximel fumarato no presentó esta complicación en fase III, presentando score E* (causa rara no probada, pero bajo sospecha), sin embargo, han ocurrido casos de hepatitis tóxica postcomercialización como el caso que nos acontece. Esto nos enseña que los estudios en fase IV, de postcomercialización, nos aportan una información muy valiosa en todos los aspectos del fármaco, en especial en lo que respecta a la seguridad del paciente.

CP-065. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA POR VIRUS C TRAS TRATAMIENTO EFECTIVO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

Vallejo Sierra C, Cruz Marquez Em, Manrique Gil MJ, Cardenas Cardenas JF, Macias Rodriguez MA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

La infección por el virus C (VHC) supone en la actualidad uno de los principales factores de riesgo de carcinoma hepatocelular (CHC) en occidente. La erradicación del virus reduce el riesgo de aparición del tumor en todos los pacientes, y especialmente en aquellos que no presentan cirrosis antes del tratamiento antiviral. En estos casos, la indicación de cribado semestral es objeto de discusión y aún no está bien establecido el impacto que otros factores como la resistencia a la insulina o parámetros del síndrome metabólico tienen en el riesgo de aparición de CHC tras la erradicación viral. Por ello, nos hemos propuesto analizar la incidencia de CHC y los factores de riesgo de aparición en pacientes con infección crónica por VHC tras la erradicación del virus, con especial atención a las modificaciones en la fibrosis tras el tratamiento antiviral y la presencia de datos de síndrome metabólico.

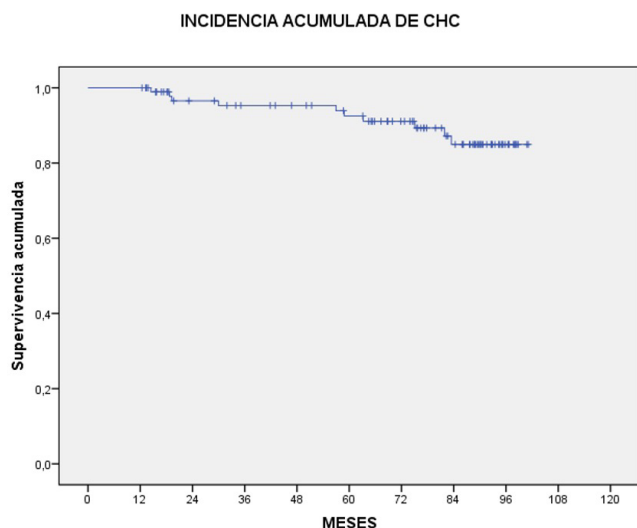
Material y métodos

Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con seguimiento mayor de 12 meses tras la erradicación del VHC con antivirales de acción directa. Se analizó la aparición de CHC > 12 meses tras la finalización del tratamiento antiviral. Se evaluó la influencia de la fibrosis basal (mediante fibroscan) y tras el tratamiento, resistencia a la insulina (RI) medida con el índice HOMA, diabetes, obesidad, HTA y dislipemia.

Resultados

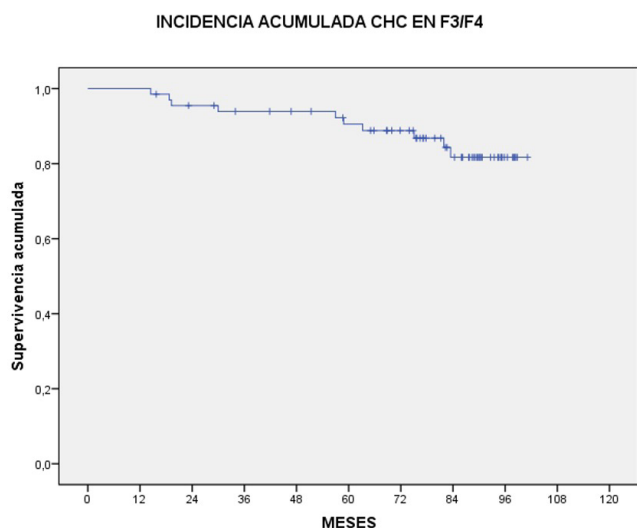
Noventa y siete pacientes con RVS tras tratamiento antiviral fueron seguidos durante una mediana de 72,7 meses. 40 mujeres y 52 hombres. Presentaban sobrepeso 30 pacientes y obesidad 21. Eran hipertensos 39 y 14 tenían antecedente de consumo excesivo de bebidas alcohólicas. Fibrosis basal: 17 F0-2, 18 F3, 48 F4. Presentaban RI en la analítica basal 64 pacientes, 43 hiperglucemia, 43 niveles bajos de HDL y 12 hipertrigliceridemia.

Presentaron un CHC 10 pacientes tras una mediana de 57,9 meses desde el tratamiento antiviral (14-83), con una incidencia global acumulada del 15 % en 5 años (Figura 1). Estadío BCLC-A 7 casos. Cinco eran mujeres. Fibrosis basal: 3 F3, 7 F4. La incidencia en pacientes F3/F4 fue del 18,3 % en 3 años (Figura 2). Fibrosis postratamiento: 4 F<3, 6 F4. Fibrosis al diagnóstico de CHC: 3 F<3, 1 F3, 6 F4.



Incidencia acumulada de CHC en la cohorte.

Figura 1



Incidencia acumulada de CHC en pacientes con fibrosis avanzada o cirrosis.

Figura 2

Presentaban basalmente RI 6 pacientes, hiperglucemia 5, HDL bajo 2. HTA 4 y obesidad 3. Solo 1 tenía antecedente de ingesta etílica significativa

Conclusiones

El riesgo de hepatocarcinoma persiste tras la erradicación viral en pacientes con fibrosis avanzada o cirrosis independientemente de la reducción en la fibrosis medida por elastografía. Los factores asociados al síndrome metabólico no suponen una modificación del riesgo de aparición del tumor.

CP-066. INFLUENCIA DE LOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN EL ACUTE-ON-CHRONIC LIVER FAILURE: ESTUDIO MULTICÉNTRICO ANDALUZ

García Gavilán MC¹, Guerrero Misas M², García García A³, Casado Martín M⁴, Castillo Molina L⁵, Sánchez Torrijos Y⁶, Sendra C⁷, Rosales Zabal JM¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA.

Introducción

El objetivo principal fue analizar la posible asociación entre la toma crónica de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y el “Acute-on-chronic liver failure” (ACLF). De forma secundaria, evaluar la asociación entre la toma crónica de IBP con la mortalidad y con cada forma de descompensación aguda dentro del ACLF.

Material y métodos

Estudio de cohortes prospectivo de 7 hospitales andaluces, donde se incluyeron los pacientes con criterios de ACLF (agosto 2020-2023). Al ingreso se clasificaron en grupo expuesto y no expuesto según la toma de IBP. Se excluyeron aquellos con diagnóstico de hepatocarcinoma, inmunosupresión, cirugía del tracto digestivo y toma de IBP < 3 meses. Al ingreso se valoró el consumo crónico de IBP, así como de Norfloxacin, Rifaximina, Lactulosa, estatinas, antiagregación/anticoagulación. Se determinó el score CLIF-C-OF al ingreso y CLIF-C-ACLF al ingreso, 3 y 7 días, el CHILD, MELD-Na y tipo de descompensación. Se recogieron variables analíticas de función hepática, renal y hematológica. Se registraron los ingresos en la unidad de cuidados críticos (UCI), los nuevos ingresos por ACLF y la mortalidad a los 28 días, 3 y 6 meses del episodio.

Resultados

Se incluyeron 60 pacientes (mediana de edad de 59 años), 26 consumidores crónicos de IBP (76,9% Omeprazol) y 33 no consumidores. El 69% de los expuestos sin una indicación establecida para el consumo de IBP. El 27,1% tomaba de forma habitual Lactulosa, 10,2% Rifaximina, 16,9% Norfloxacin, 6,8% Simvastatina, 7,3% antiagregación crónica y 10,9% anticoagulación crónica. Al ingreso presentaban una mediana del CLIF-C-OF de 9, CLIF-C-ACLF 52, CHILD 10 y Meld-Na 29. El tipo de descompensación más frecuente fue la encefalopatía

TABLA 1 - RESULTADOS	
Tratamiento habitual	n (%)
Lactulosa	16 (27,1%)
Rifaximina	6 (10,2%)
Norfloxacino	10 (16,9%)
Simvastatina	4 (6,8%)
Antiagregación crónica	4 (7,3%)
Anticoagulación crónica	6 (10,9%)
Toma crónica de IBP	n (%)
Tomadores crónicos de IBP	26 (44,1%)
Omeprazol	20 (76,9%)
Esomeprazol	2 (7,7%)
Lansoprazol	1 (3,8%)
Pantoprazol	3 (11,5%)
Rabeprazol	0 (0%)
Indicación de toma de IBP	9 (31%)
Estadio de la hepatopatía crónica	Mediana (Percentil 25-75)
CHILD	10 (9-12)
MELD	27 (22-31)
MELD-Na	29 (21,5-33)
CLIF-C-OF	9 (9-11)
CLIF-C- ACLF (al ingreso)	52 (48-59,5)
CLIF-C-ACLF (a los 3 días)	48 (39,5-57)
CLIF-C-ACLF (a los 7 días)	47 (41-59,25)
Tipo de descompensación	n (%)
Ascitis	34 (56,7%)
Encefalopatía	40 (66,7%)
Hemorragia	9 (15%)
Infección	29 (48,3%)
Alteración de la coagulación	37 (61,7%)

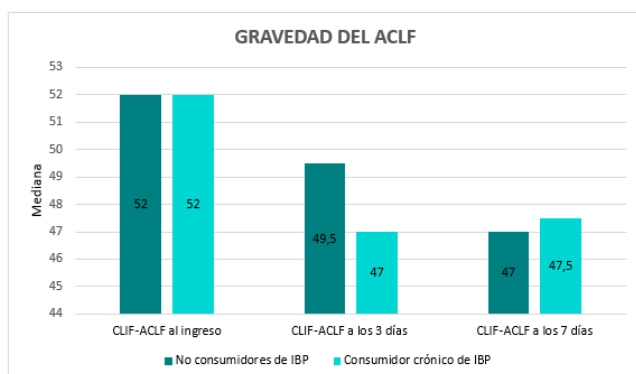
Resultados.

Tabla 1

TABLA 2 – RESULTADOS ANALÍTICOS	Mediana (percentil 25-75)
Leucocitos (x103/μl)	12.330 (8.695-16.185)
Plaquetas (x103/μl)	119.000 (52.000-157.000)
INR	1,67 (1,34 – 2,08)
Tiempo de protombina (segundos)	23 (17,5-33)
Creatinina (mg/dL)	2,24 (0,99-3,39)
Albumina (g/dL)	2 (2-4)
GOT (U/L)	135 (51,24-244)
GPT (U/L)	45 (24-120)
GGT (U/L)	153 (71,5-269,75)
FA (U/L)	143 (107,75-179)
BT (mg/dL)	14 (2-26)
Na (mEq/L)	134 (130-137)
Proteína C Reactiva	78 (31-149,5)

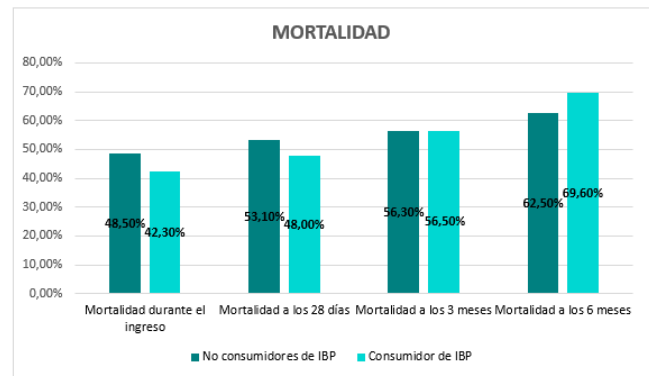
Resultados analíticos

Tabla 2



Comparativa de la gravedad del ACLF entre consumidores crónicos de IBP y no consumidores de IBP.

Figura 1



Comparativa de la mortalidad del ACLF entre consumidores crónicos de IBP y no consumidores de IBP.

Figura 2

hepática, seguida de la descompensación hidrópica y las infecciones (66,7%, 56,7% y 48,3% respectivamente). La infección urinaria fue la más frecuente (20%), seguida de la peritonitis bacteriana espontánea y la infección respiratoria (18,3%). El 45,8% falleció durante el ingreso y un 15,8% ingresó en UCI. Al analizar nuestra muestra, no se encontró relación entre el consumo crónico de IBP y la gravedad del ACLF ($p=0,44$ para el CLIF-C-OF y $p=0,87$ para el CLIF-C-ACLF), la mortalidad durante el ingreso ($p=0,63$), a los 28 días ($p=0,70$) y a los 3 meses ($p=0,98$). Tampoco se encontró relación significativa con cada tipo de descompensación aguda dentro del ACLF.

Conclusiones

Este es el primer estudio prospectivo donde se valora la influencia del IBP y el ACLF, observándose que no existe una influencia significativa del IBP en la gravedad, mortalidad ni ninguna forma de descompensación aguda del ACLF.

CP-067. LO QUE ESCONDÍA LA ENCEFALOPATÍA

Hernández Pérez AM¹, Saldaña García L¹, Bisso Zein JK¹, Perez Aisa A²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

La encefalopatía hepática es una forma de descompensación frecuente en los pacientes con hepatopatía crónica. Una vez instaurada puede encubrir otros procesos neurológicos subyacentes, de ahí la importancia de un correcto diagnóstico diferencial. Se presenta el caso de un paciente con encefalopatía hepática encubriendo una polineuropatía inflamatoria aguda con presentación atípica.

Caso clínico

Varón de 62 años, exbebedor desde hace dos años, con hepatopatía crónica de origen alcohólico estadio CHILD-PUGH B7 con datos de hipertensión portal y varios episodios previos de encefalopatía hepática. Intervenido recientemente de hernia inguinal. Acude a Urgencias 21 días después por lumbalgia, desarrollando durante su estancia en observación deterioro del nivel de conciencia. Ingresa en la Unidad de Digestivo con el diagnóstico de encefalopatía hepática grado III/IV secundaria a estreñimiento y uso de diuréticos. Se instaura tratamiento con medidas anti-encefalopatía y corrección de alteraciones hidroelectrolíticas. Tras recuperar el nivel de conciencia de forma lenta y progresiva, 10 días más tarde, el paciente refiere pérdida de fuerza en miembros inferiores que comenzó de forma subaguda y progresiva tras la intervención quirúrgica. En la exploración se evidencia paraplejía flácida y arreflexia de miembros inferiores. Dada la sospecha de un posible hematoma intradural secundario a la técnica anestésica se realiza RM urgente sin hallazgos. Se decide continuar el estudio con punción lumbar, objetivándose disociación albúmino-citológica (>1 leucocito con 212 proteínas) con cultivo negativo. Ante la sospecha de polineuropatía inflamatoria aguda, se realiza RM dorsocervical donde se identifica aumento de señal en el cono medular que apoya el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré (SGB). Se instaura tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas durante 5 días con estabilización de la clínica neurológica.

Discusión

El SGB es una polineuropatía inflamatoria aguda de etiología autoinmune que cursa con inflamación de los nervios periféricos y sus raíces espinales. Generalmente se asocia a cuadros infecciosos agudos previos, aunque también se ha descrito secundario a intervenciones quirúrgicas. En el paciente objeto de estudio, la encefalopatía hepática retrasó el diagnóstico y por tanto su tratamiento. La encefalopatía hepática puede coexistir y encubrir numerosos trastornos neurológicos. De ahí la importancia de una anamnesis y exploración física minuciosas, así como un correcto diagnóstico diferencial en los pacientes con hepatopatía crónica descompensada.

CP-068. LOES HEPÁTICAS Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL, ¿ES SIEMPRE UN CÁNCER?

Navarro Moreno E¹, Hallouch Toutouh S¹, Pinochet S²

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

Las lesiones ocupantes de espacio (LOEs) hepáticas son un grupo heterogéneo de lesiones que pueden ser de

carácter benigno o maligno. Tienen orígenes celulares diferentes y van a ser diagnosticadas normalmente por ecografía. Cuando van acompañadas de síndrome constitucional y son múltiples siempre hay que descartar el origen metastásico ya que las metástasis son las lesiones hepáticas de origen maligno más frecuentes. Presentamos el caso de un varón de 51 años natural de Marruecos que es diagnosticado de LOEs hepáticas en el contexto de dolor abdominal y síndrome constitucional.

Caso clínico

Paciente varón de 51 años natural de Marruecos con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2.

Ingresa por cuadro de dolor en hipocondrio derecho y síndrome constitucional de 3 meses de evolución. Analíticamente destaca colestasis disociada, anemia microcítica y elevación de Ca 19.9. Se realiza TC abdominal objetivándose LOEs hepáticas en segmentos V, VI y VIII sugerentes de origen metastásico. Se descarta origen primario con estudio endoscópico, gammagrafía y TC torácico normales. Se decide realización de biopsia hepática con hallazgo de extensa necrosis e infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y células plasmáticas, sin evidencia de malignidad. Tras esto se decide realizar nueva biopsia con hallazgos de lesión de naturaleza inflamatoria de tipo granulomatoso necrotizante, orientando a un origen infeccioso por micobacterias, siendo el estudio histoquímico de Ziehl-Neelsen negativo. Se realiza despistaje de otras posibles infecciones, obteniendo serología positiva para *Treponema pallidum*, siendo poco probable este origen. Finalmente se obtiene el IGRA positivo y la reagin plasmática rápida (RPR) negativa, descartando la sífilis y confirmando el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar con afectación hepática. El paciente recibió tratamiento con tuberculostáticos, estando actualmente asintomático y con resolución radiológica de los granulomas.

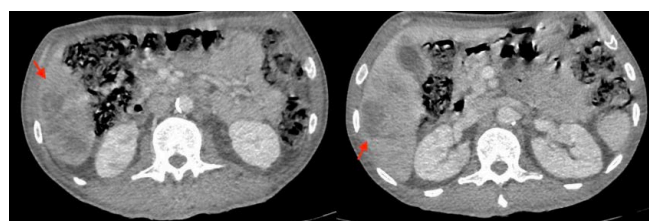


Figura 1

Imagen de corte transversal de TC en la que se observan LOEs hepáticas irregulares de contenido necrótico.

Discusión

Los granulomas son lesiones circunscritas compuestas por células mononucleares y que aparecen como respuesta a una estimulación antigénica. Los granulomas hepáticos pueden ser de origen autoinmune, infeccioso o neoplásico. Son indolentes, pero hasta el 80% van a presentar sintomatología derivada de la patología de base.

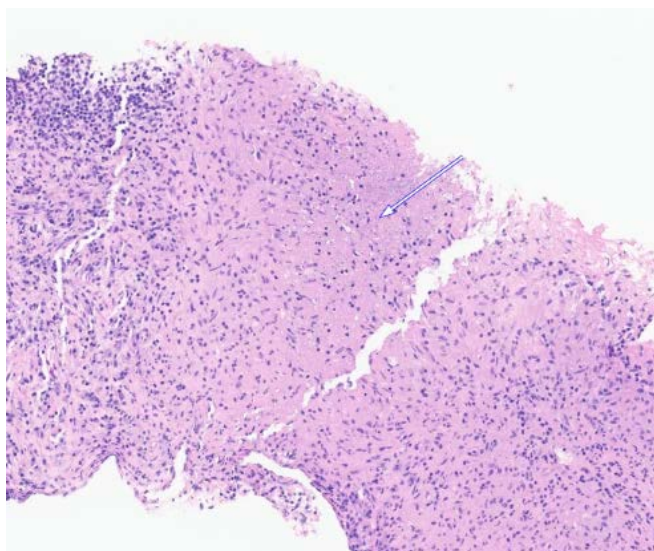


Figura 2

Imagen histológica de biopsia hepática con técnica de hematoxilina-eosina en la que se observa infiltrado linfocitario asociado a componente histiocitario epitelióide que se organiza en empalizada contorneando un foco de necrosis (flecha), formando un granuloma necrotizante.

En los países en vías de desarrollo la causa más frecuente es la tuberculosis cursando con fiebre, pérdida de peso y astenia. Ésta normalmente es resultado de la diseminación hematogena posterior a su adquisición por vía pulmonar o gastrointestinal. La importancia de nuestro caso reside en que la afectación limitada al hígado es muy poco frecuente, siendo recomendable descartar *Mycobacterium bovis* ya que causa mayor afectación extrapulmonar.

CP-069. MANEJO CONSERVADOR DE UNA PERITONITIS BACTERIANA SECUNDARIA EN CONTEXTO DE UN BILOMA POSTQUIRURGICO ROTO

Alonso Belmonte C, Bracho González M, Fernandez Cornax A, Jiménez Pérez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La peritonitis bacteriana puede ser: espontánea, aquella que sucede en ausencia de foco intraabdominal que suele darse en contexto de una cirrosis y menos frecuentemente en una enfermedad renal; secundaria, que suele ser consecuencia de una perforación de viscera abdominal; y terciaria, inflamación peritoneal que persiste o recurre después de 48 horas tras un tratamiento aparentemente adecuado de una peritonitis secundaria y producida por patógenos nosocomiales. El manejo de cada tipo es diferente; mientras que la primaria se trata con antibioterapia y albúmina intravenosa, la secundaria

suele necesitar de una intervención quirúrgica, si bien en algunos casos puede sustituirse por la colocación de drenajes percutáneos. Presentamos un caso de peritonitis bacteriana secundaria con manejo conservador.

Caso clínico

Varón de 76 años con antecedentes de cirrosis hepática de origen enólico, con una hepatocarcinoma intervenida en 2014 con una segmentectomía y reintervenido en 2022 por recidiva tumoral con una nueva segmentectomía que finalmente condicionó insuficiencia hepática grado A. Acude al servicio de urgencias en mayo 2022 por ictericia, coluria y fiebre sin dolor abdominal asociado y ascitis moderada. Analíticamente hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa y reactantes de fase aguda elevados. Se realizaron pruebas de imagen que, además de líquido libre, observaban a nivel de lecho quirúrgico un posible biloma, que se encontraba roto y que condicionaba un coleperitoneo. Se realizó análisis de líquido ascítico que evidenciaba signos de peritonitis bacteriana secundaria, iniciándose linezolid, fluconazol y meropenem. Además, fue valorado por parte de Cirugía decidiéndose manejo conservador con colocación de dos drenajes ascíticos en ambas fosas ilíacas. Finalmente, en el cultivo de líquido ascítico creció *Citrobacter freundii* y *E. coli* ajustándose la antibioterapia a cefepime y metronidazol. Ante estabilidad clínica y disminución de débito, se consensua retirada progresiva de drenajes. Posteriormente en revisiones radiológicas presenta estabilidad radiológica de las colecciones.



Figura 1

Imagen de tac en corte coronal, a nivel del lecho quirúrgico y perihepático-subfrénico derecho el líquido está parcialmente organizado con leve realce de pared (biloma). Abundante líquido libre con componente de coleperitoneo.

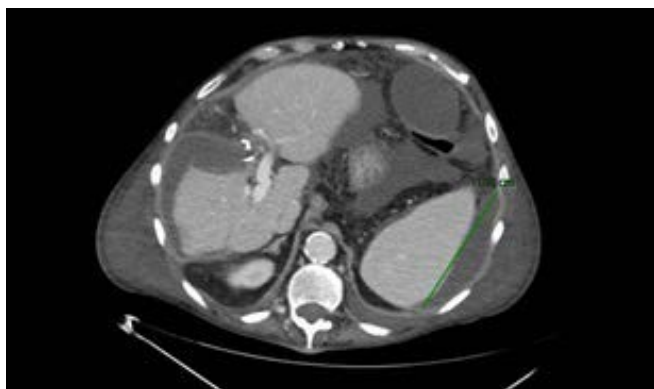


Figura 2

Se objetiva un aumento del realce del peritoneo (no presente en estudio previo) así como cambios inflamatorios en la grasa peritoneal (mesentérica, omental... en mayor medida que en TC previo). Hallazgos compatibles con peritonitis.

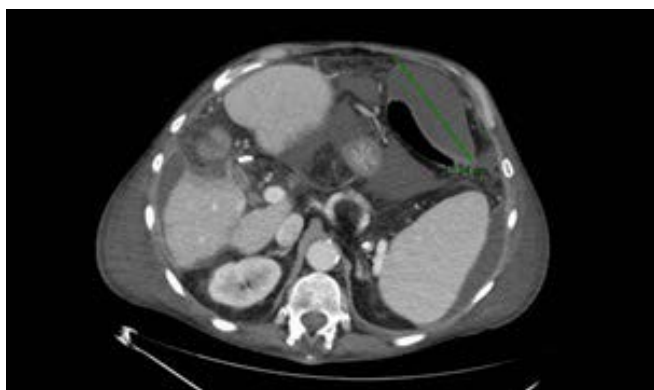


Figura 3

Disminución de la cantidad de líquido libre intrabdominal, tras colocación de catéter de drenaje, persiste peritonitis, y se está loculando parcialmente en localización periesplénica, adyacente al ángulo esplénico del colon y en flanco izquierdo.

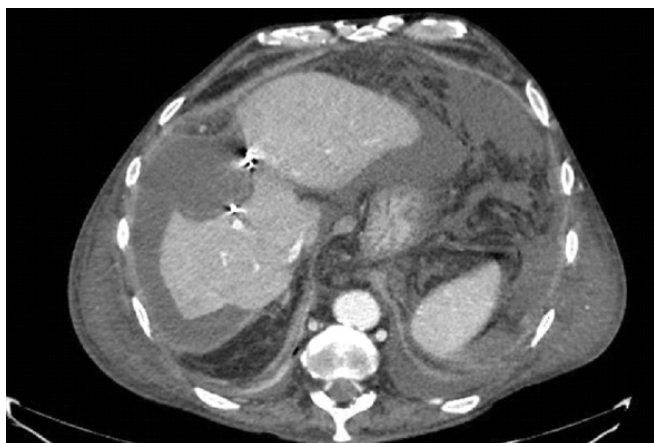


Figura 4

Disminución de la cantidad de líquido libre intrabdominal, tras colocación de catéter de drenaje, persiste peritonitis, y se está loculando parcialmente en localización periesplénica, adyacente al ángulo esplénico del colon y en flanco izquierdo.

Discusión

Aunque el tratamiento más habitual en caso de una perforación abdominal que condiciona una peritonitis bacteriana secundaria sea el quirúrgico, en algunos pacientes puede estar justificado el tratamiento conservador, como en este caso con una insuficiencia hepatocelular avanzada, y en aquellos con una peritonitis localizada a uno o dos cuadrantes abdominales.

CP-070. MANEJO DE LOS PACIENTES CIRROTICOS EN UNA CONSULTA DE ACTO UNICO. NUESTRA EXPERIENCIA.

Cárdenas Cárdenas JF, Alía Verdejo T, Bernal Torres A, Rendón Unceta P, Macías Rodriguez MA

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

La cirrosis hepática representa un proceso crónico que motiva repetidas revisiones. Con objeto de reducir las visitas de estos ponemos en marcha una "consulta de acto único" (CAU). Analizamos nuestra experiencia inicial.

Material y métodos

Desde mayo de 2020 se incluyeron pacientes con Cirrosis hepática compensada con criterios de despistaje de hepatocarcinoma (CHC), el seguimiento se realiza cada 6 meses con analítica, ecografía y ocasionalmente endoscopia.

Analizamos los abandonos, salidas del programa y desarrollo y manejo de complicaciones.

Resultados

Se incluyeron 290 pacientes con cirrosis hepática compensada al momento de inclusión (180 varones, edad media 66 años, de etiología 41.3% viral, 31.7% alcohol, 9.3% metabólica, 8.6% mixta). El 28% tuvieron descompensaciones previas.

Durante el seguimiento, se retiraron del programa de CAU 47 pacientes (19%), 7 por abandono, 7 por pérdida de la indicación de screening de CHC, 6 por fallecimiento y 29 por desarrollo de complicaciones (12%).

Los eventos de causa hepática que se presentaron fueron 35: ascitis (4), encefalopatía (4), insuficiencia hepatocelular (3), síndrome hepatopulmonar (1) y detección de nódulo hepático (23).

De los 23 nódulos hepáticos detectados mediante ecografía (8% pacientes en seguimiento), se estableció malignidad en 11 (10 CHC y 1 CCC), en estos el 81% eran nódulos mayores de 20 mm, frente a tan solo el 20% de los nódulos benignos.

Conclusiones

La puesta en marcha de un programa de CAU ha tenido una buena aceptación (menos 5% de abandono) reduciendo las visitas al hospital. El evento más frecuente es la detección de nódulos hepáticos, 48% de los mismos de naturaleza maligna, ninguno menor de 10 mm.

CP-071. NUEVA ESTRATEGIA PARA LA RECAPTACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN ACTIVA POR VHC.

Fuentes A, Chaves L, Vazquez A, Garcia F, Garcia F

SERVICIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

La OMS reconoce la hepatitis C como un problema de salud pública. En España se contempla la búsqueda de pacientes perdidos en el sistema como una estrategia prioritaria para conseguir la eliminación. Las estrategias llevadas a cabo han mostrado, en general, una baja eficacia del rescate de pacientes. En nuestro trabajo presentamos los resultados de una estrategia de rescate “oportunistas” de pacientes perdidos en el sistema.

Material y métodos

Estudio piloto, prospectivo, en el ámbito del área sanitaria del hospital universitario clínico San Cecilio (HUCSC) para evaluar una estrategia de rescate “oportunistas” de pacientes perdidos en el sistema, basada en la revisión de las historias de los pacientes en los que se disponía de una muestra de suero en el laboratorio por cualquier otra causa. Se estableció un automatismo en el Sistema de Información del Laboratorio (SIL) para que, diariamente se generaran listados de pacientes con un resultado previo positivo de anti-VHC. Se revisaron, también a diario, los datos del SIL y las historias clínicas (HC) de estos pacientes, para conocer si existían evidencias de haber sido tratados y/o alcanzada respuesta viral sostenida.

Resultados

Se presentan los resultados obtenidos durante el periodo 22 de mayo a 5 de octubre de 2023. En este periodo se han localizado 916 pacientes positivos para VHC en los que se disponía de una muestra de suero solicitado por otros motivos. Tras revisión de SIL/HC, en 89% (823/916) se evidenció RVS y, adicionalmente, no se identificaron factores de riesgo para reinfección. En los 93 pacientes restantes, se reflejó una carga viral de VHC, resultando 31 (3,4%) virémicos, notificándose al médico petionario y al responsable clínico para valoración para tratamiento.

Conclusiones

Describimos una novedosa estrategia de rescate “oportunistas” de pacientes perdidos en el sistema. Al estar estos pacientes en seguimiento por otros procesos asistenciales, consideramos que el éxito de la reintroducción en la cascada de cuidados de la hepatitis C será más fácil y efectiva. Aconsejamos utilizar esta estrategia como otro paso más para conseguir la eliminación de la hepatitis C.

CP-072. QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO CON COMUNICACIÓN BILIAR: ICTERICIA DE CAUSA INUSUAL.

Jarava Delgado M, De La Cuesta I, Fernández A, Milagros K

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

Introducción

El quiste hidatídico es la manifestación más frecuente de la hidatidosis y, dentro de las complicaciones de éste, la rotura del quiste intrabiliar es la complicación más frecuente y seria. Sin embargo, actualmente, no está estandarizado el tratamiento de las mismas. Con este caso clínico, se expone el papel que tiene la CPRE en el tratamiento de las comunicaciones intrabiliares del quiste hidatídico.

Caso clínico

Mujer de 36 años fumadora de 1 paquete/año, sin otros antecedentes personales relevantes. Ingresó por ligera ictericia, dolor epigástrico y en hipocondrio derecho, junto a náuseas y vómitos, de meses de evolución, con empeoramiento en la última semana. Afebril.

Análiticamente, bilirrubina total de 5.8 g/dL, a expensas de bilirrubina directa, aumento de transaminasas, con predominio colestásico, leucocitosis sin desviación izquierda (eosinófilos 66%), PCR elevada, coagulación normal. IgE alta. IgG de Echinococcus granulosus positiva.

En ecografía abdominal y TAC, quiste hidatídico en LHI, probable C3a de WHO o tipo 3 de Gharbi, y dilatación VB intrahepática en radicales LHI.

La paciente evolucionó presentando episodios de colestasis intermitente de repetición, con fluctuaciones en calibre de la VB. Se realizó colangioRMN que objetiva radical VB izquierda dilatado estando ésta en comunicación con defecto parietal del quiste de 11.5mm.

La paciente comienza con tratamiento médico con Albendazol y CPRE pre-operatoria con esfinterotomía biliar, limpieza de vía biliar y colocación de prótesis biliar plástica (12cmx9Fr), mejorando la sintomatología; se programa cirugía electiva como tratamiento definitivo.

Discusión

La comunicación del quiste con la vía biliar es la complicación más frecuente y seria del quiste hidatídico. La expulsión de material del quiste a través de esa comunicación que obstruye la vía biliar puede producir episodios de obstrucción biliar intermitente, dando lugar a cólicos biliares e incluso colangitis y sepsis.

Es fundamental, para llegar al diagnóstico de las mismas, la correlación de la sintomatología y las pruebas de imagen.

Analíticamente, podemos sospechar una comunicación biliar ante el curso intermitente de los cuadros de aumento bilirrubina a expensas de directa y de colestasis, asociados a cambios episódicos del calibre de la vía biliar.

El tratamiento de las comunicaciones biliares no está estandarizado. Su presencia es indicación quirúrgica; sin embargo, cada vez se recurre más a la CPRE pre-operatoria para su manejo inicial. Su objetivo es limpiar la vía biliar y asegurar su drenaje correctamente, como terapia puente, con vistas a plantear cirugía electiva del quiste que es el tratamiento definitivo de esta complicación.

CP-073. RASTREO RETROSPECTIVO DE HEPATITIS C E IMPLEMENTACIÓN DE UN CIRCUITO SIMPLIFICADO DE VALORACIÓN Y TRATAMIENTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Romero Herrera G¹, Bejarano García A¹, Del Pino Bellido P¹, Franco Alvarez De Luna F², Dominguez Senim L³, Santos Rubio MD¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²SERVICIO MICROBIOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ³SERVICIO FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

Una de las acciones marcadas para conseguir la eliminación de la hepatitis C es la búsqueda de pacientes con una prueba positiva de anticuerpos en algún registro sin confirmación de viremia positiva, así como de aquellos con diagnóstico de viremia confirmada sin seguimiento posterior.

El objetivo de este proyecto es la búsqueda de estos pacientes, así como la implementación de un circuito simplificado que mejore la vinculación a seguimiento y tratamiento.

Material y métodos

1. Análisis retrospectivo de BBDD de Microbiología, detectando pacientes seropositivos sin determinación

de viremia y/o con viremia positiva, sin constatación de curación.

2. Implantación de circuito de derivación directa Microbiología- Digestivo para valoración de estos pacientes.

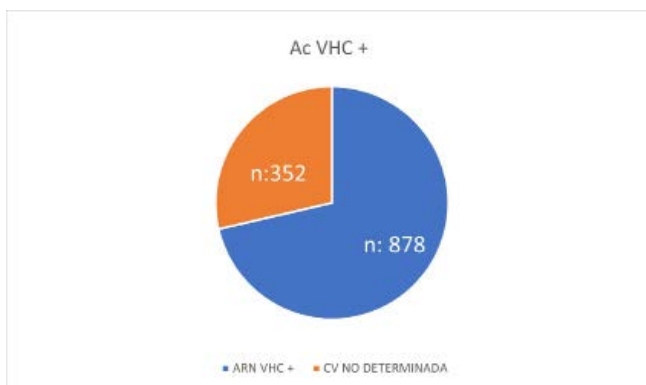
3. Inicio de consulta de acto único para valoración clínica y dispensación farmacológica.

Resultados

Se analizaron 81.453 serologías (periodo 2016-2022), detectándose 878 pacientes con viremia positiva y 352 seropositivos sin determinación de carga viral.

Los 878 pacientes con viremia positiva fueron depurados por el Servicio de Farmacia, documentándose que 498 (un 56%) habían recibido tratamiento antiviral de acción directa. En los 380 restantes, pacientes inicialmente candidatos a localizar, se realizó una revisión manual en historia clínica, confirmándose datos de RVS en 172 pacientes. Los 208 restantes, pacientes candidatos inicialmente a tratamiento, fueron llamados para ser citados en consulta de acto único. El éxito de citación en pacientes contactados fue del 62% (129 pacientes). De los citados, un 17% no acudió a la cita (22 pacientes). De los 107 pacientes valorados en consulta de acto único, 87 (88%) han iniciado y completado tratamiento. El 44% de los pacientes tratados eran F4 en el momento de valoración.

Los 352 pacientes seropositivos sin constatación de carga viral están pendientes de fleboextracción en sus centros de Atención Primaria para determinar ARN, en el seno de un nuevo proyecto enmarcado en la estrategia provincial de eliminación VHC.



Pacientes seropositivos VHC periodo 2016-2022.

Figura 1

Conclusiones

La búsqueda activa de pacientes y la creación de consultas de acto único-dispensación farmacológica asociada facilitan la vinculación del paciente con el sistema y el acceso al tratamiento.



Pacientes VHC valorados en consulta de acto único.

Figura 2

En nuestra muestra el éxito de citación fue del 62%. Consideramos que es un porcentaje subóptimo, siendo necesario diseñar estrategias para optimizar la citación de estos pacientes.

Es nuestro centro este análisis retrospectivo y posterior revisión manual de resultados se ha realizado sin financiación. Consideramos necesario asignar recursos adicionales a las unidades de hepatología que permita depurar los registros existentes y poner de manifiesto estos pacientes que aún quedan “perdidos” con infección por VHC.

CP-074. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA DE ATEZOLIZUMAB + BEVACIZUMAB EN HEPATOCARCINOMA AVANZADO

Fernández Alvarez P, Mouthar El Hálabi S, Cordero Ruíz P, Bellido Muñoz F, Caunedo Alvarez A, Carmona Soria I

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

Introducción

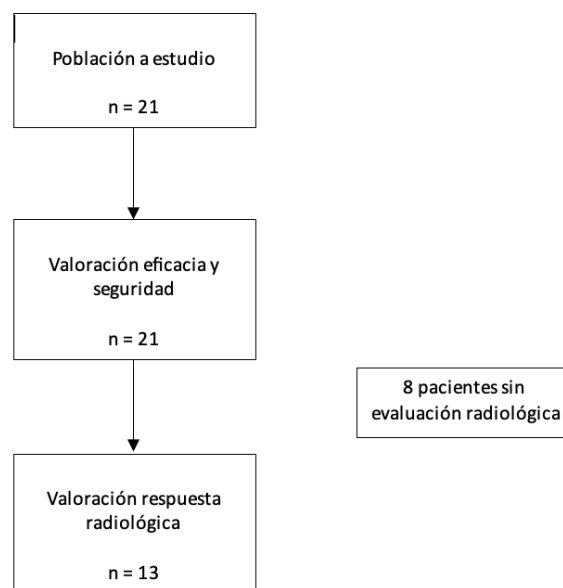
En los últimos años se han logrado grandes avances en el tratamiento sistémico de la hepatocarcinoma en estadio avanzado.

El desarrollo de la inmunoterapia, y en concreto el estudio “IMBrave 150”, supuso una revolución en el manejo de estos pacientes, posicionando la combinación Atezolizumab+Bevacizumab como la primera línea de tratamiento.

El objetivo del estudio fue evaluar los datos disponibles en nuestro centro, en cuanto a eficacia y seguridad del uso de Atezolizumab+Bevacizumab en práctica clínica real.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos aquellos pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma que recibieron tratamiento con Atezolizumab+Bevacizumab desde su aprobación en nuestro centro, reclutándose finalmente 21 pacientes (Figura 1).



Flowchart.

Figura 1

Resultados

Las características demográficas y clínicas se reflejan en la tabla 1. A destacar un predominio de pacientes con hepatocarcinoma en estadio C según la BCLC y hasta un 33,3% que habían recibido al menos un tratamiento locorregional o radical previo. La función hepática se valoró siguiendo la clasificación Child-Pugh (CP A; 100%) y ALBI (ALBI-1; 66,7%).

Respecto a la seguridad del fármaco, 61,7% presentaron algún tipo de evento adverso (EA) relacionado con el fármaco (Tabla 2). Se consideraron toxicidades graves un 23,8%, obligando a su retirada definitiva en un 9,5% de los casos. La nefritis inmunomediada fue el EA grave más frecuente secundario a Atezolizumab y la epistaxis en relación a Bevacizumab. Un 14,3 % de los pacientes presentaban varices esofágicas de riesgo al inicio del tratamiento. En ningún caso se produjo sangrado variceal.

La mediana de supervivencia global (SG) fue de 21 meses (0,23;41,77), con una tasa de supervivencia del 60% a los 12 meses (Figura 2-A). Los pacientes ALBI-1 presentaron medianas de SG superiores [18,9 (3,02;13,1)] que los ALBI-

CARACTERÍSTICAS		PACIENTES (n = 21)
Edad (años), mediana (IQR)		63 (55,5 - 74,5)
Sexo, n (%)	Masculino	18 (85,7)
	Femenino	3 (14,3)
Cirrosis hepática, n (%)		18 (85,7)
Etiología, n (%)	VHC	5 (27,8)
	VHB	1 (5,6)
	Alcohol	3 (16,7)
	EHGNA	2 (11,1)
	VHC + OH	5 (27,8)
	EHGNA + OH	1 (5,6)
	VHC + VIH	1 (5,6)
Child-Pugh, n (%)	A5	15 (71,4)
	A6	6 (28,6)
ALBI, n (%)	1	14 (66,7)
	2	7 (33,3)
BCLC, n (%)	A	0
	B	9 (42,9)
	C	12 (57,1)
ECOG-PS, n (%)	0	12 (57,1)
	1	8 (38,1)
	2	1 (4,8)
Trombosis portal tumoral, n (%)	Presente	10 (50)
	Ausente	10 (50)
Enfermedad tumoral extrahepática, n (%)	Presente	5 (23,8)
	Ausente	16 (76,2)
Confirmación histológica, n (%)		6 (28,6)
Nº lesiones, n (%)	1	9 (42,9)
	2	1 (4,8)
	≥ 3	9 (42,8)
	Multifocal	2 (9,5)
AFP ≥ 400, n (%)		5 (23,8)
CRAFITY, n (%)	0	8 (47,1)
	1	6 (35,3)
	2	3 (17,6)
Tratamiento previo CHC, n (%)	No	14 (66,7)
	Resección	1 (4,8)
	Ablación	1 (4,8)
	TACE	1 (4,8)
	Ablación + TACE	4 (19,1)
Varices esofágicas, n (%)	Ausentes	13 (61,9)
	Pequeñas	5 (23,8)
	Grandes	3 (14,3)
BB, n (%)	No precisa	10 (47,6)
	Profilaxis descompensación	9 (42,9)
	Profilaxis primaria	2 (9,5)
	Profilaxis secundaria	0

Tabla 1

Características demográficas y clínicas de los pacientes.

Atezolizumab/Bevacizumab (n = 21)			
Cualquier tipo de EA, n (%)			13 (61,9)
EA graves (≥ G3), n (%)			5 (23,80)
Necesidad tratamiento esteroideo, n (%)			4 (19,0)
Discontinuación por EA, n (%)	No		16 (76,2)
	Temporal		3 (14,3)
	Definitiva		2 (9,5)
Gravedad EA Atezolizumab, n (%)	G1-G2		2 (9,5)
	G3-G4		4 (19)
EA Atezolizumab, n (%)	Cualquier grado toxicidad	Toxicidad ≥ G3	
	Colitis	1 (4,8)	1 (4,8)
	Tiroiditis	1 (4,8)	
	Nefritis	3 (14,3)	3 (14,3)
	Mucositis	1 (4,8)	
Gravedad EA Bevacizumab, n (%)	G1-G2		10 (47,6)
	G3-G4		1 (4,8)
EA Bevacizumab, n (%)	Cualquier grado toxicidad	Toxicidad ≥ G3	
	HTA	9 (42,8)	
	Epistaxis	2 (9,5)	1 (4,8)

Tabla 2

Efectos adversos en relación Atezolizumab+Bevacizumab.

2 [3,4 (0,5;6,4)]. No encontramos diferencias en cuanto al valor de alfafetoproteína, ni al score CRAFTY.

La supervivencia libre de enfermedad fue de 14 meses (2,5;25,5) (Figura 2-B). La respuesta radiológica se evaluó en 13 pacientes, alcanzando tasas de control de la enfermedad de un 75% tras una mediana de seguimiento de 7 meses (Figura 3).

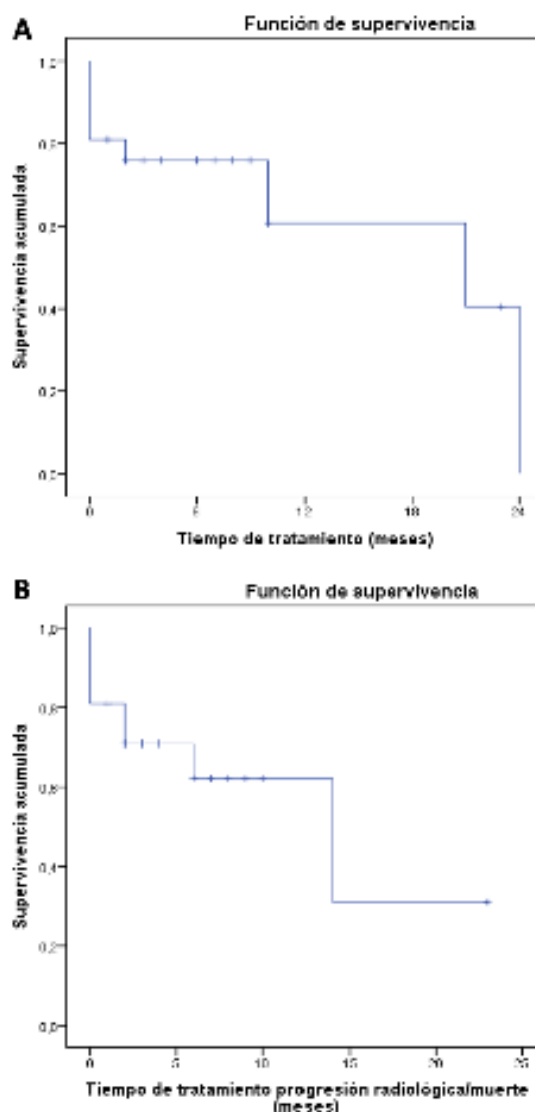


Figura 2

Curvas de supervivencia global (A) y supervivencia libre de enfermedad (B).

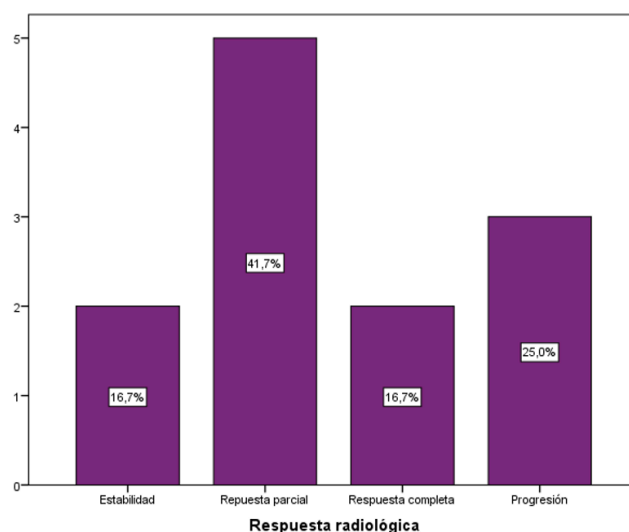


Figura 3

Respuesta radiológica.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en práctica clínica real en nuestro centro respaldan la eficacia y seguridad de Atezolizumab+Bevacizumab en pacientes con hepatocarcinoma avanzado. A pesar de las limitaciones en cuanto al tamaño muestral, diferencias sutiles en la función hepática determinadas por la puntuación ALBI podrían ser trascendentales en la optimización de la selección de pacientes que más se van a beneficiar del tratamiento.

CP-075. SHOCK HEMORRÁGICO POR HEMOPERITONEO MASIVO POSTPARACENTESIS SECUNDARIO A ROTURA DE LA ARTERIA EPIGÁSTRICA: UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE

Gálvez Criado JM, Fernández Mascuñano M, Navajas Hernandez P, Caunedo Alvarez A

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

Introducción

La paracentesis es una técnica diagnóstica y terapéutica de importancia en el paciente con ascitis. Presenta una tasa baja de complicaciones (1-5%) y rara vez implica gravedad, entre ellas destacan la fístula del lugar de punción, infección de la pared abdominal, perforación intestinal y hemorragia.

Caso clínico

Mujer de 55 años con cirrosis de etiología mixta colangitis biliar primaria y enólica en lista de espera para trasplante hepático y en programa de paracentesis evacuadoras que acude a urgencias por dolor abdominal generalizado y malestar general, encontrándose en situación de shock con requerimiento de aminas a su llegada. A la exploración la paciente presenta importante distensión abdominal con abdomen a tensión, así como dolor generalizado a la palpación. En las 12 horas previas se realizó paracentesis evacuadora en región infraumbilical.

En cuanto a las pruebas complementarias realizadas, a nivel analítico destaca hemoglobina en 6 g/dl (previa en 11 g/dl), y dados los hallazgos clínico-analíticos se solicita AngioTC de abdomen que objetiva salida de contraste a cavidad peritoneal con ascitis multicompartimental sugestivo de hemoperitoneo (**Figuras 1 y 2**).

La paciente es trasladada a UCI, realizándose posteriormente laparotomía media exploratoria evidenciándose hemoperitoneo secundario a rotura de la arteria epigástrica izquierda en región paraumbilical, sobre la que se realiza sutura directa de dicha arteria extrayéndose 10 litros de hemoperitoneo cesando el sangrado.

En su evolución clínica presenta de nuevo inestabilidad hemodinámica, anuria y descenso de la hemoglobina, así

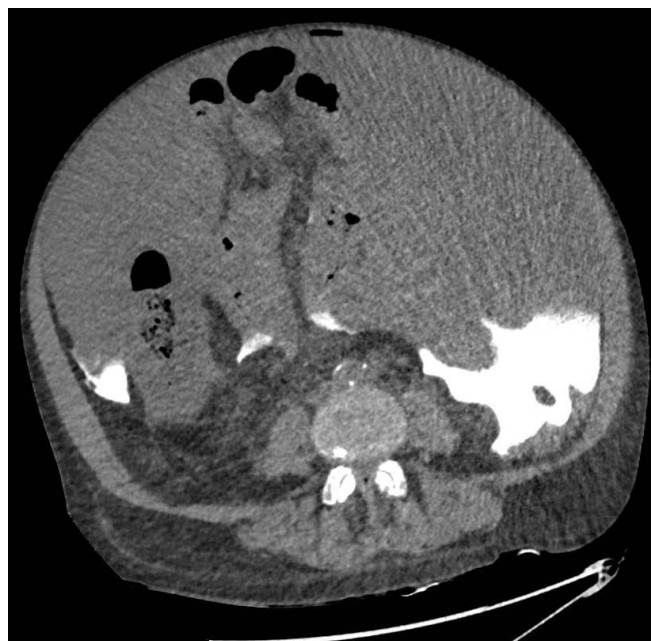


Figura 1

Imagen de Angio-TC urgente en donde se evidencia salida de contraste a cavidad peritoneal, sugestivo de hemoperitoneo.

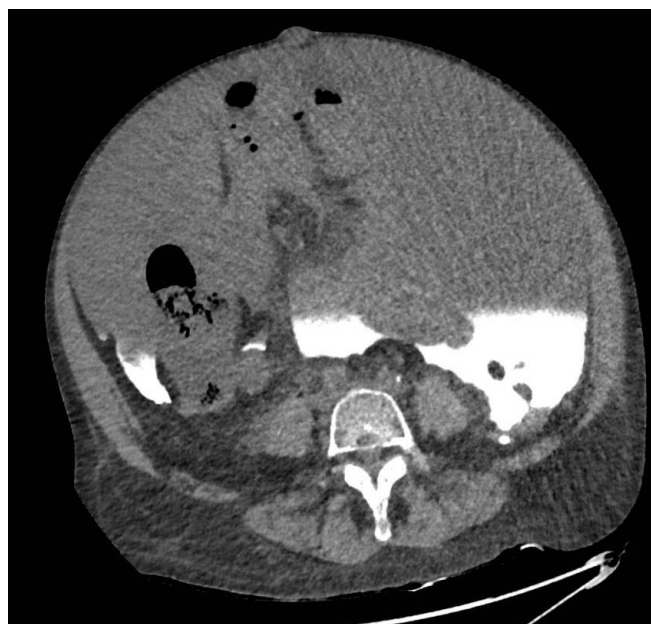


Figura 2

Imagen de Angio-TC urgente en donde se evidencia salida de contraste a cavidad peritoneal, sugestivo de hemoperitoneo.

como aumento brusco del perímetro abdominal. En esta ocasión, sin respuesta hemodinámica a fluidoterapia ni aminas a altas dosis por lo que se decide iniciar sedación paliativa y finalmente se constata exitus de la paciente.

Discusión

La paracentesis es una técnica diagnóstico-terapéutica muy común en el medio hospitalario con bajas tasas de

complicaciones asociadas (1-5%) entre las que destaca con más frecuencia la hemorragia secundaria a sangrado menor, la fuga del líquido ascítico, la infección y perforación de víscera hueca.

Se ha descrito en la literatura que la región infraumbilical es una de las regiones anatómicas donde realizar dicha técnica, sin embargo, es el cuadrante inferior izquierdo la región más segura.

La hemorragia postparacentesis generalmente se presenta como hematoma de la pared abdominal, siendo el hemoperitoneo secundario a la técnica una complicación muy rara (<1/1000). Cuando existe sangrado mayor, se puede realizar embolización selectiva del vaso afectado o cierre directo quirúrgico. El exitus es otro desenlace infrecuente.

CP-076. SÍNDROME DE ABERNETHY Y TRATAMIENTO HORMONAL CON TESTOSTERONA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

De La Cuesta Fernández I¹, Molina Villalba C¹, Martínez Amate EM², Jarava Delgado M¹, Fernández López AR¹, García Tarifa A¹, Gallego Rojo FJ¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

El síndrome Abernethy es una malformación vascular congénita caracterizada por una agenesia o hipoplasia de la vena porta que provoca un shunt portosistémico extrahepático. Este shunt favorece el drenaje de la circulación venosa intestinal y esplácnica directamente a la circulación sistémica, sin pasar previamente por el hígado.

Caso clínico

Varón transexual de 15 años, nacido mujer. Inicio de cambio de sexo a los 11 años (en tratamiento hormonal con testosterona 100mg cada 15 días y triptorelina).

Acude a consulta por dolor en ambos hipocondrios fijo. Analítica con ligera colestasis disociada y resto de perfil hepático, bioquímica, hemograma y coagulación normal. Como hallazgo radiológico en ecografía probable hepatopatía crónica, caracterizada en RMN abdominal como hiperplasia nodular regenerativa y probable síndrome de Abernethy. El angioTC informa de Abernethy tipo Ib con ausencia de ramas intrahepáticas de la porta y comunicación de la porta con la cava. El estudio etiológico hepático analítico fue negativo.

Se explicó el riesgo aumentado de producir tumores hepáticos dado el tratamiento con testosterona y fue derivado a centro de referencia en trasplante de hígado para valoración. Dada la estabilidad radiológica y mantenerse

asintomático se decidió seguimiento estrecho con pruebas de imagen en nuestro hospital.

Actualmente el paciente mantiene tratamiento hormonal con testosterona y se encuentra con revisiones cada 6 meses.

Discusión

- El síndrome Abernethy se clasifica en dos tipos según sus relaciones vasculares con la vena cava: tipo I (shunt completo) y tipo II (shunt parcial).

- Puede afectar a multitud de órganos y suele presentarse como colestasis, elevación de amonio, síndrome hepatopulmonar, encefalopatía e incluso desarrollo de hepatopatía crónica o tumores hepáticos.

- Dada la disminución de flujo venoso directo hacia el hígado, existe el riesgo de aparición de tumores hepáticos desde edades tempranas, por la compensación arterial que se produce.

- El diagnóstico se realiza con pruebas de imagen como la Ecografía-Doppler, TC y RM del abdomen.

- El trasplante hepático es el principal tratamiento descrito para el tipo I, siendo una clara opción en los casos de complicaciones o desarrollo de tumores. Existen alternativas terapéuticas como radiología intervencionista o cirugía hepática vascular.

- El tipo II se suele tratar conservadoramente en los menos sintomáticos o mediante cierre del shunt por cirugía.

- La testosterona puede ser causa de daño hepático con hipertransaminasemia y aparición de ictericia en algunos casos. Menos frecuentemente pueden ocasionar tumores hepáticos benignos o incluso malignos.

CP-077. SÍNDROME DE MEIGS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN UNA PACIENTE CON ASCITIS POR HEPATOPATÍA CRÓNICA NO CONOCIDA

Pastor Bentabol A, López Ocaña A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

Introducción

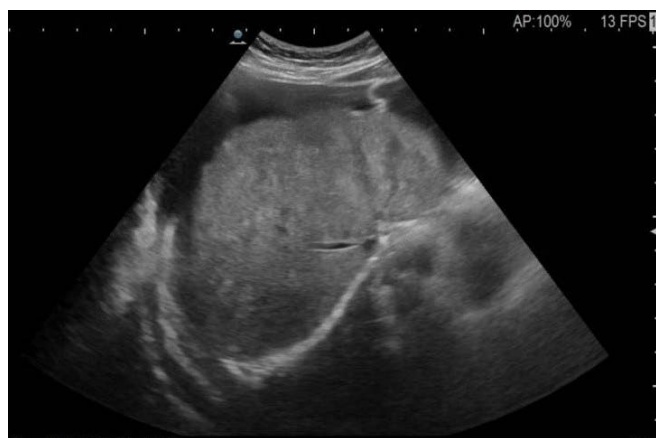
La ascitis se trata de un signo clínico de etiología muy diversa: hipertensión portal por hepatopatía crónica de base (la cual es a la que nos encontramos más habituados), insuficiencia cardíaca, tuberculosis, nefrogénica o por carcinomatosis peritoneal, entre otras. Para discernir entre estas causas, nos es de gran ayuda la historia clínica del paciente y las diversas pruebas complementarias que se solicitan. Sin embargo, en el desarrollo de su realización,

podemos encontrar hallazgos que nos hagan replantearnos el origen de la misma, como sucedió en el caso expuesto a continuación.

Caso clínico

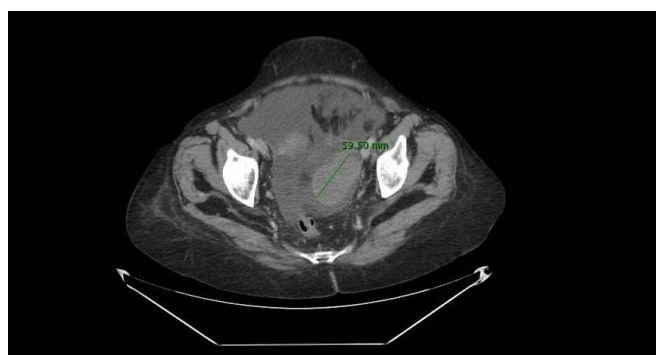
Presentamos el caso de una mujer de 65 años de edad sin antecedentes de interés salvo hábito enólico diario y ex fumadora, que consulta en urgencias por aumento del perímetro abdominal acompañado de ictericia mucocutánea y coluria, sin dolor abdominal ni datos de encefalopatía hepática, negando síndrome constitucional u otra sintomatología.

Analíticamente destacaba hiperbilirrubinemia a expensas de la fracción directa, leucocitosis y coagulopatía. Se realizó una ecografía abdominal revelando hallazgos compatibles con hepatopatía crónica no conocida descompensada de probable origen enólico con signos de hipertensión portal.



Hígado de aspecto cirrótico con líquido libre perihepático.

Figura 1



Tumoración parauterina izquierda en TC abdomen.

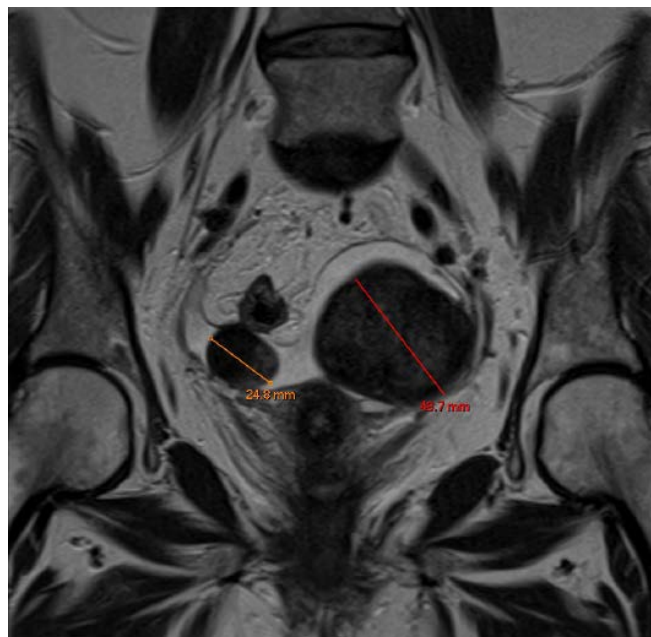
Figura 2

Durante el ingreso, y en curso de tratamiento diurético, se realizó TC abdomino-pélvico donde se objetivó una lesión sólida en región parauterina izquierda, la cual se confirma en posterior RM pélvica en relación a probables tumores ováricos bilaterales. Además, en analíticas posteriores,

presentó elevación de los marcadores tumorales CA-125, HE-4 y beta-HCG.

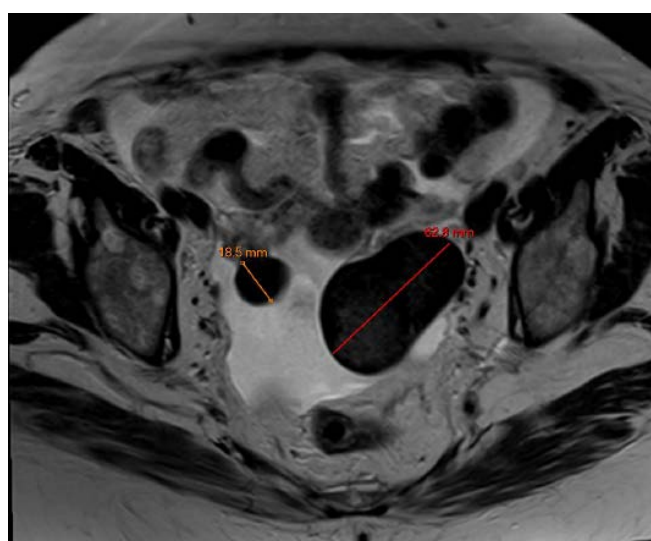
La paciente fue intervenida por parte de Ginecología realizándose histerectomía total con doble anexectomía, cuya histología reveló fibromas ováricos bilaterales.

Todo el cuadro nos orienta hacia un posible síndrome de Meigs concomitante, que cede tras la cirugía, y que, unido a la descompensación de su hepatopatía crónica propiciaron el cuadro descrito. Posteriormente, la paciente acude a nuestra consulta, sin reaparición de la ascitis.



Tumores ováricos bilaterales en RMN pélvica, corte coronal.

Figura 3



Tumores ováricos bilaterales en RMN pélvica, corte axial.

Figura 4

Discusión

El síndrome de Meigs consiste en la aparición de ascitis y/o hidrotórax en el contexto de tumores ováricos tipo fibroma. Inicialmente, esta paciente fue tratada con diuréticos para la ascitis de origen sugestivo de hipertensión portal. Sin embargo, tanto los hallazgos posteriores como la práctica resolución total de la misma tras la intervención, nos orienta hacia un posible origen mixto de la ascitis, cobrando mayor peso la etiología ginecológica de esta paciente, presente al debut de su hepatopatía crónica.

Sin duda, este caso representa un reto diagnóstico que puede plantearse en nuestra práctica clínica diaria puesto que se superponen dos entidades potencialmente causantes de este signo clínico tan frecuente.

CP-078. SÍNDROME OVERLAP HAI/CEP EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA, UNA ENTIDAD INFRECUENTE.

Parra López B, Alonso Belmonte C, Fernández Cornax A, Morales Bermúdez AI, Olmedo Martín RV, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Las enfermedades hepáticas autoinmunes se dividen en 2 grupos: El primero provoca alteración predominantemente hepatocelular, siendo su prototipo la Hepatitis Autoinmune (HAI). El segundo, colestasis e incluye la Colangitis Biliar Primaria (CBP) y la Colangitis Esclerosante Primaria (CEP). Los síndromes de sobreposición u Overlap engloban a un subgrupo de pacientes con HAI que asocian colestasis (CBP o CEP).

Caso clínico

Paciente mujer de 74 años, diagnosticada de CU en 2010, en remisión clínica y biológica con Mesalazina como tratamiento de mantenimiento.

En 2016 la paciente presenta una alteración mixta del perfil hepático asintomática (Hipertransaminasemia y colestasis con bilirrubina normal). En la analítica de estudio destaca positividad a Anticuerpos Antinucleares (ANA) >1/160. Se realiza biopsia hepática, que muestra leve actividad interfase, hallazgos insuficientes para el diagnóstico de HAI. Se solicita además ColangioRM, que arroja un engrosamiento parietal en la confluencia de ambos hepáticos y dilatación de vía biliar intrahepática, lo que justifica la colestasis y sugiere CEP como diagnóstico.

Consecuentemente, se inicia Ácido Ursodesoxicólico, con mejoría del perfil hepático, manteniéndose las transaminasas, Gamma-GT y Fosfatasa Alcalina levemente elevadas en revisiones sucesivas.



Figura 1

Imagen de ColangioRM en la que se muestra engrosamiento parietal en la confluencia de ambos conductos biliares con dilatación retrógrada de la vía biliar intrahepática, compatible con CEP.



Figura 2

Corte coronal de TC Abdomen con contraste IV en el que se evidencia (Flecha roja) realce inflamatorio con estenosis difusa y larga del colédoco de unos 5 cm en el contexto de CEP.

En 2023 la paciente experimenta un síndrome colestásico completo, con hiperbilirrubinemia (5mg/dL) a expensas de directa (4 mg/dL). Asocia ictericia, prurito y pérdida de peso. En analítica presenta positividad a ANA >1/160 e hipergammaglobulinemia a expensas de fracción G1 (IgG 1768, IgG1 1270). En ColangioRM y TC de abdomen se observa realce inflamatorio con estenosis larga del colédoco y dilatación de la vía biliar intrahepática compatible con CEP.

Añadiendo a estos datos la hipertransaminasemia fluctuante y los resultados de la biopsia hepática anterior, se plantea el diagnóstico diferencial entre CEP o Síndrome Overlap HAI/CEP. Por tanto, se repite la biopsia hepática, con presencia de hepatitis de interfase y patrón obstructivo biliar agudo, confirmando el Síndrome Overlap HAI/CEP.

Finalmente se inicia tratamiento corticoideo en pauta descendente con considerable mejoría clínica y analítica. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento de mantenimiento con azatioprina y ácido ursodesoxicólico, normalizando el perfil hepático.

Discusión

El Síndrome Overlap HAI/CEP es una entidad inhabitual, siendo más frecuente la presentación HAI/CBP (14%). Se ha descrito fundamentalmente en población joven, con una asociación a enfermedad inflamatoria en el 25% de los casos. Debe sospecharse en pacientes con características clínicas, bioquímicas y serológicas de HAI, añadiendo colestasis, prurito, colitis ulcerosa, anomalías de los conductos biliares en la histología y la colangiografía o falta de respuesta a la terapia esteroidea.

CP-079. TROMBOSIS PORTAL TRAS INFECCIÓN SARS-COV2 EN AUSENCIA DE OTROS FACTORES DE RIESGO

García Aragón F, Rodríguez Gómez VM, Lecuona Muñoz M, Redondo Cerezo E, Fernández Cano MC

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

Introducción

La trombosis del eje espleno-portal no asociada a cirrosis o neoplasias cumple los criterios de enfermedad rara de la OMS. Si se realiza un estudio exhaustivo, hasta en 2/3 de los pacientes se logra identificar un factor etiológico predisponente a la trombogénesis.

Por otro lado, como se ha descubierto durante los últimos dos años, la infección COVID-19 puede provocar un estado inflamatorio excesivo acompañado de hipercoagulabilidad, aumentando el riesgo de aparición de tromboembolismos venosos y arteriales.

Caso clínico

Varón de 40 años, sin antecedentes hematológicos ni hepáticos familiares o personales. Infección COVID-19 leve en el mes previo, la cual no precisó de medicación específica. Acude a urgencias por dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho de 3 semanas de evolución, sin relación con la ingesta, deposiciones o movimientos. Analítica anodina sin alteraciones de la coagulación.

Se realiza ecografía y TC abdominal con hallazgo de trombosis aguda casi completa de vena porta, con extensión a ramas intrahepáticas, y trombosis parcial de la vena esplénica. Tras inicio de anticoagulación se realiza angio-TC de control, evidenciándose resolución de la trombosis esplénica, con persistencia de la trombosis portal e intrahepática.

El paciente fue derivado posteriormente a consultas de hematología, donde se realizó estudio de trombofilias con resultado negativo, describiéndose la infección SARS-CoV2 como la causa más probable del fenómeno trombótico.



Figura 1

Ecografía hepática, observándose el defecto de repleción a nivel portal



Figura 2

Ecografía hepática, observándose el defecto de repleción a nivel portal.

Discusión

La trombosis del eje espleno-portal no asociada a cirrosis hepática o neoplasias es una enfermedad rara, con una prevalencia inferior al 3.7 por 100.000 habitantes. No obstante, constituye la segunda causa de hipertensión portal. Hasta el 70% de los afectados presentan algún tipo de factor protrombótico subyacente, siendo frecuente la coexistencia de varias entidades etiológicas.

La clínica depende del momento evolutivo y de la extensión del trombo, desde dolor abdominal inespecífico en el momento agudo, hasta la aparición de cavernomatosis e hipertensión portal si evoluciona hacia la cronicidad. Es esencial el inicio precoz de la anticoagulación para conseguir la revascularización portal, y mejorar el pronóstico del paciente.

El riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes con COVID-19 ha constituido un problema importante desde el inicio de la pandemia. La inmovilización asociada a la enfermedad, la deshidratación, el estado inflamatorio agudo, y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, así como antecedentes de trombofilia, pueden incrementar su potencial aparición, que, si bien ha demostrado ser más frecuente en aquellos casos de infección grave, no deja exentos de riesgo a los casos más leves como el que presentamos.

Área Intestino Delgado / Colon

CP-080. SINDROME DE PEUTZ JEGHERS. MANIFESTACIÓN EN FORMA DE CUADRO SUBOCCLUSIVO

León Valenciano L, Gomez Rodriguez P, Diaz Barbero N, Fernandez Cornax A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

El Síndrome de Peutz Jeghers es una enfermedad autosómica dominante con presencia de pólipos hamartomatosos en estómago, intestino delgado, y colon además de otras localizaciones, y lesiones mucocutáneas pigmentadas, relacionado con mutaciones en gen STK11. Es un trastorno con baja incidencia y prevalencia, con afectación de ambos sexos por igual.

Se manifiesta con episodios de dolor abdominal, vómitos y/o episodios de rectorragia o melenas por sangrado de pólipos.

Para su diagnóstico es necesaria la presencia de pólipos hamartomatosos y dos de los siguientes criterios: historia

familiar, lesiones cutáneas hiperpigmentadas y pólipos en intestino delgado. En estos casos estaría indicado realizar estudio genético.

Caso clínico

Varón de 20 años, sin antecedentes de interés. Derivado a Digestivo para estudio de anemia ferropénica, hallazgos de pólipos gástricos y duodenales tras estudio endoscópico, y biopsias compatibles con duodenitis activa focal y gastritis crónica activa secundaria a *Helicobacter Pylori*, siendo erradicado tras tratamiento.

Meses después, asoció pérdida ponderal y vómitos de repetición, requiriendo ingreso hospitalario. Se realizó endoscopia digestiva alta, con hallazgos de pólipo gástrico hiperplásico, colonoscopia con pólipo rectal con displasia de bajo grado y TAC abdominal sin hallazgos significativos, dado de alta con revisión en consulta con mejoría parcial de sintomatología.

Tras unos meses, presencia de vómitos incoercibles, y empeoramiento del dolor abdominal con ausencia de tránsito, ingresó de nuevo. A la exploración se observaron lesiones mucocutáneas pigmentadas en labios, además de confirmar tía afecta de Sd Peutz Jeghers.

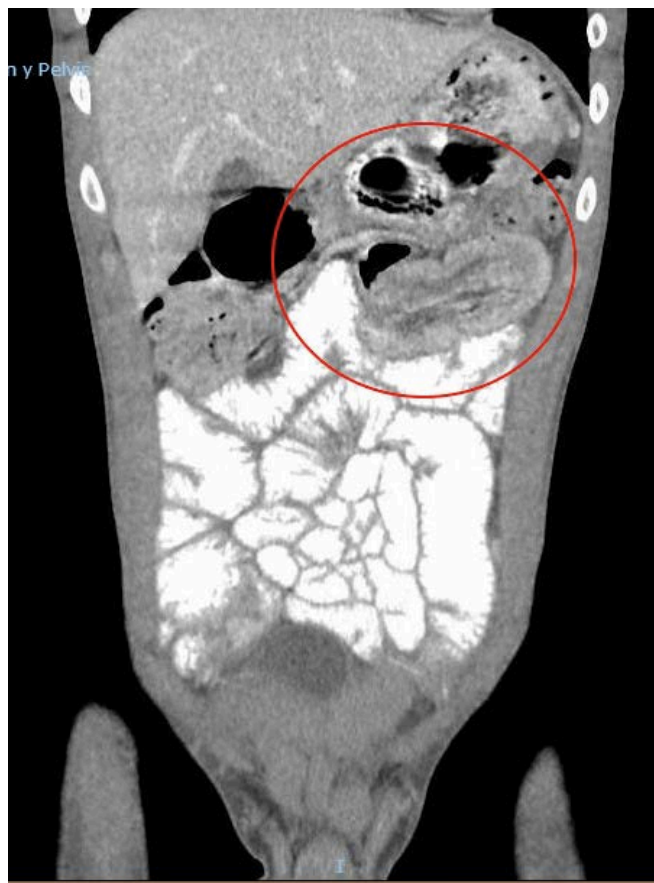
Se realizó TAC abdominal con hallazgos de invaginación yeyunoyeyunal proximal. Endoscópicamente se visualizó masa en yeyuno proximal, resultando adenoma no ampular de tipo intestinal con displasia de bajo grado.

Se decide resección quirúrgica de yeyuno proximal, resultando adenoma tubulovelloso con displasia focal de alto grado. Mejoría evidente tras intervención con ganancia ponderal y ausencia de síntomas digestivos, dado de alta con revisión, confirmándose mutación en STK 11.



Invaginación yeyunoyeyunal proximal.

Figura 1



Invaginación yeyunoyeyunal proximal con distensión de asa de duodeno.

Figura 2

Discusión

El Síndrome de Peutz Jeghers conlleva un mayor riesgo de desarrollar neoplasias del tracto digestivo y otras como páncreas y testículo. Es importante realizar una buena anamnesis y exploración física al inicio.

Una vez diagnosticado, el seguimiento en consultas debe ser de forma anual con analítica completa y examen testicular. Se deben realizar estudios endoscópicos cada dos o tres años, en ausencia de complicaciones, y si hay presencia de ellas, como en este caso, se debe proceder a su resección (pólipo), si es posible de forma endoscópica, de lo contrario, se optará por resección quirúrgica.

CP-081. A PROPÓSITO DE UN CASO: LOE HEPÁTICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MALACOPLAQUIA

Martín Mantis E, Ruiz Pages MT, Orozco Bernárdez-Zerpa MDLN

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

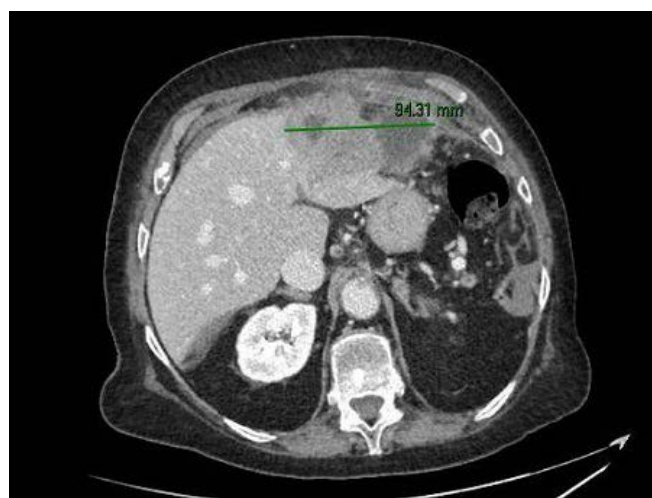
Introducción

La malacoplaquia es una enfermedad inflamatoria rara, granulomatosa y crónica, que puede afectar a muchos órganos, encontrándose con mayor frecuencia en el tracto genitourinario (60-80%) y siendo el segundo sitio de afectación más común el tracto digestivo (15%), específicamente en recto seguido de sigma. Con menor frecuencia afecta a piel, hígado, sistema nervioso central o pulmones.

Caso clínico

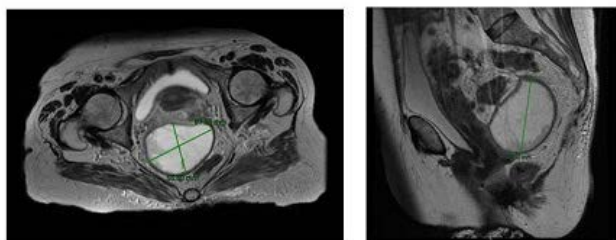
Mujer de 76 años, sin antecedentes interés, que acude a Urgencias por presentar episodios diarreicos de un mes de evolución, así como fiebre y dolor abdominal en última semana. Analíticamente destacaba una PCR 42 y procalcitonina elevada. Se solicitó TC de abdomen donde se observaba una LOE hepática heterogénea, de 80x60x85 mm, que afectaba al lóbulo hepático izquierdo, con deformidad del contorno hepático. Se observaba también un engrosamiento de un segmento de sigma con varias fistulas colocolicas, sugestivo de diverticulitis aguda versus neoplasia de sigma. Al no ser posible la realización de colonoscopia por el proceso inflamatorio agudo, se completó estudio con RM de pelvis en la que se observó una extensa colección líquida en cara anterior del recto-sigma compatible con absceso. Se realizó PAAF guiada de la colección, con estudio microbiológico negativo y desaparición completa de la misma tras TC de control. Finalmente, se realizó BAG de la LOE hepática visualizándose agregados linfo-histiocitarios con el típico aspecto de inclusiones de Michaelis-Gutman; compatible con malacoplaquia.

La paciente fue remitida a consultas, quedando pendiente de realización de colonoscopia para continuar estudio.



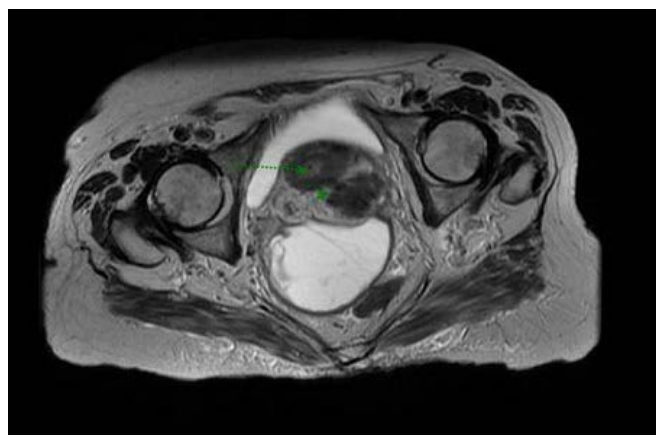
LOE en lóbulo hepático izquierdo que deforma el contorno hepático.

Figura 1



Colección líquida entre la cara anterior del recto-sigma y la cara posterior de vagina-útero.

Figura 2



Múltiples trayectos fistulosos colocólicos.

Figura 3

Discusión

La malacoplaquia es una enfermedad rara con una prevalencia desconocida. La edad media al diagnóstico es de 50 años.

Su patogenia es desconocida. Se ha sugerido que pudiera deberse a una respuesta anormal de macrófagos debido a una función lisosomal defectuosa.

Suele afectar a personas con enfermedad de base (sarcoidosis, tuberculosis, neoplasias, diabetes mal controlada e inmunodepresión secundaria a trasplante de órganos, quimioterapia, SIDA).

Clinicamente varía desde asintomática hasta manifestaciones como diarrea, dolor abdominal, sangrado rectal, obstrucción intestinal, vómitos, malestar general y fiebre.

La asociación de malacoplaquia y adenocarcinoma de colon es rara; cuando sucede, esta enfermedad no parece alterar el pronóstico de la neoplasia.

Se diagnostica principalmente por rasgos característicos de histiocitos acumulados que contienen inclusiones citoplasmáticas (los llamados Cuerpos de Michaelis-Gutmann).

No hay pautas de tratamiento estándar para esta enfermedad. Sin embargo, actualmente los pilares del tratamiento son los antibióticos y el seguimiento con controles nutricionales con multivitámicos y ácido ascórbico, que han demostrado ser eficaces.

CP-082. ABDOMEN AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LINFOMA BURKITT INTESTINAL.

Fernández Carrasco M, Sánchez Moreno S, Sánchez García O, Pérez González A, Sánchez Tripiana M

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

Introducción

Los tumores malignos primarios del intestino delgado son muy infrecuentes, y su presentación clínica es muy heterogénea, pudiendo cursar desde pacientes asintomáticos como ocurre en un gran número de casos, o incluso debitar como un abdomen agudo, requiriendo cirugía urgente.

Es por ello que el diagnóstico supone un desafío, ya que en muchas ocasiones este ocurre en estadios avanzados, dando lugar a un peor pronóstico.

Presentamos el caso de un linfoma Burkitt primario intestinal que debutó con perforación ileal.

Caso clínico

Varón de 41 años sin antecedentes de interés, estudiado de forma ambulatoria por dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 4 meses de evolución sin otra clínica acompañante. Se realiza ileocolonoscopia con hallazgo en íleon distal de neoformación voluminosa con mucosa preservada (Figura 1). En espera de resultado histológico, el paciente acude a urgencias por dolor abdominal intenso, presentando a la exploración signos de irritación peritoneal, por lo que se realiza TC abdominal urgente con hallazgos compatibles con neoplasia ileal microperforada (Figura 2).

Se interviene de forma urgente realizando hemicolectomía derecha y resección de íleon distal. El análisis histológico describe neoplasia linfóide B no Hodgkiniana de alto grado con patrón de crecimiento difuso, sugerente de Linfoma de Burkitt ileal, con márgenes resección libres.

Se completa el estudio de extensión por parte de hematología, mostrando infiltración del sistema nervioso central y de médula ósea, todo ello correspondiente con estadio IV, iniciando posteriormente quimioterapia sistémica.



Lesión tumoral en colonoscopia.

Figura 2



Hallazgos en TAC abdominal compatibles con microperforación ileal.

Figura 2

Discusión

Los linfomas no Hodgkin primarios del tracto gastrointestinal son raros, presentándose en el 0,9% de los casos. El linfoma de Burkitt es un subtipo altamente agresivo, de aparición predominante en niños y adultos jóvenes, y hasta en un 10-20% de los casos se puede asociar al virus de Epstein Barr. La localización ileocólica suele ser frecuente.

La presentación clínica es inespecífica, pudiendo dar síntomas derivados del efecto masa, hemorragia o cuadros de abdomen quirúrgico como perforación u obstrucción intestinal. El diagnóstico definitivo es histológico, y la cirugía es el pilar central del tratamiento, incluso en estadios avanzados ya que ayuda a reducir masa tumoral, acompañado de tratamiento adyuvante con quimioterapia o radioterapia según el estadio, obteniendo una tasa de curación elevada en los países desarrollados.

En este caso, se diagnostica tras una complicación quirúrgica, y se instaura tratamiento adyuvante con buena respuesta hasta el momento a pesar de tratarse de un estadio avanzado.

CP-083. ADENOCARCINOMA APENDICULAR, HALLAZGO INCIDENTAL EN ESTUDIO DE DISPEPSIA.

Rodríguez Gómez VM, Lecuona Muñoz M, Tendero Peinado C, Redondo Cerezo E, Fernández Cano MC

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

Introducción

Los tumores apendiculares constituyen una patología poco frecuente, constituyendo menos del 1% de las neoplasias de etiología digestiva. Histológicamente presentan en su mayoría estirpe neuroendocrina, hallándose únicamente el adenocarcinoma en el 0.2% de las apendicectomías.

Caso clínico

Paciente varón de 42 años, fumador ocasional, con síntomas de dispepsia a estudio, en tratamiento con Omeprazol 20mg y Cleboprida/Simeticona cada 8 horas. Acude derivado de Atención Primaria por cuadro de distensión abdominal, pérdida de apetito y molestias en mesogastrio de varios años de evolución. Refiere deposiciones oscuras ocasionales. Analíticamente no se aprecian hallazgos patológicos relevantes. Se solicita endoscopia digestiva alta y ecografía de abdomen. En gastroscopia se objetiva hernia de hiato de 2 centímetros sin otros hallazgos de interés. En ecografía abdominal (Figura 1) se observa masa en ángulo hepático, por lo que se solicita endoscopia digestiva baja y TAC de abdomen. En colonoscopia no se aprecia abombamiento de orificio apendicular ni lesiones estenosantes a este nivel. Se realiza polipectomía de varias lesiones adenomatosas subcentimétricas sin encontrarse lesiones sugerentes de malignidad. En TAC abdominopélvico (Figura 2) se observa lesión indiferenciada de aspecto neoplásico, dependiente de ciego sin diseminación a distancia, por lo que se contacta con Cirugía General para hemicolectomía derecha. En los hallazgos anatomopatológicos se describe adenocarcinoma apendicular no mucinoso moderadamente diferenciado.

Discusión

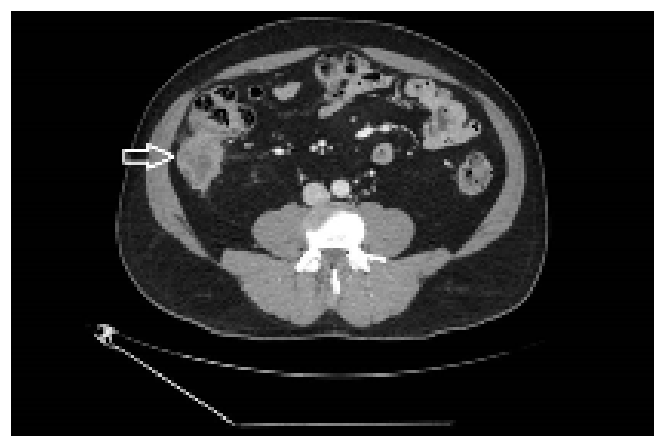
El adenocarcinoma apendicular constituye una neoplasia destacablemente infrecuente dentro de los tumores digestivos. Constituye habitualmente un hallazgo incidental anatomopatológico tras la realización de apendicectomía. Principalmente se constatan en el sexo femenino en pacientes mayores de 50 años. Los principales factores de riesgo asociados a esta patología son la colitis ulcerosa, antecedentes de carcinoma colorrectal o displasia de alto grado en polipectomía y mutación del gen K-ras. Clínicamente se presentan, en la inmensa mayoría de los casos, como cuadros de apendicitis aguda. Menos frecuentemente, puede producir clínica de dolor hipogástrico crónico, sintomatología

inespecífica y síndrome constitucional. En cuanto al tratamiento, dependiendo de la estadificación, se plantea inicialmente una hemicolectomía derecha asociada o no a quimioterapia. Su pronóstico y supervivencia se asemejan a los establecidos para el cáncer colorrectal.



Nódulo que parece depender del ángulo hepático del colon sin afectación ganglionar a nivel local.

Figura 1



Engrosamiento parietal y masa exofítica en ciego, de probable etiología neoproliferativa, asociado a leve aumento de densidad de la grasa pericólica. No se observan signos evidentes de metástasis ganglionar ni a distancia.

Figura 2

CP-084. AFECTACIÓN ÚNICA DE LA SUBMUCOSA COLÓNICA POR MELANOMA MALIGNO PRIMARIO

García García MD, Van De Wiel Fernández S, Galván Fernández MD, Machuca Aguado J, Barranco Castro D, Caunedo Álvarez A

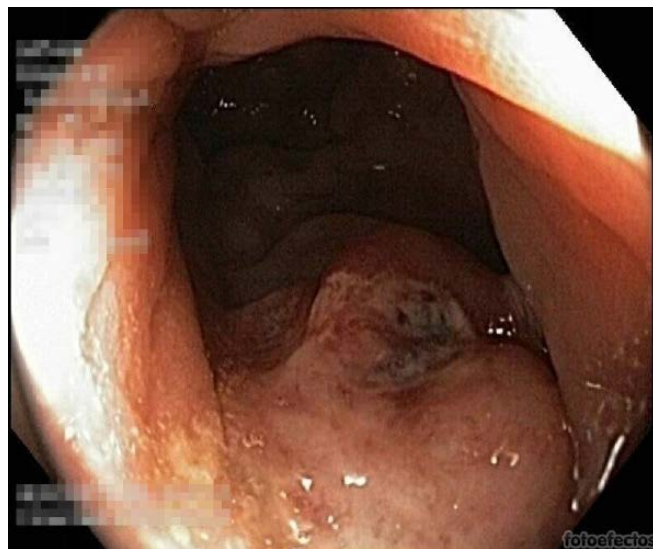
SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

El melanoma maligno primario de colon es un tumor extraordinariamente raro debido a la ausencia de melanoblastos en este segmento del tubo digestivo. Dichas células migrarían desde la cresta neural embrionaria siguiendo el desarrollo de ramas nerviosas sensitivas hasta el epitelio colónico, con la posibilidad de degeneración maligna.

Caso clínico

Varón 78 años, se realizó colonoscopia por sangre oculta en heces positiva donde se visualizaba una lesión ulcerada de aspecto neoplásico en línea dentada de unos 20mm (Figura 1) con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma poco diferenciado de recto inferior. Tras ecografía endoanal se estadificó al carcinoma rectal como uT4N1 (afectación complejo esfinteriano + adenopatías), sin lesiones a distancia en tomografía toracoabdominal. Por todo ello, se decide en comité de tumores neoadyuvancia con quimioterapia (capecitabina) + radioterapia, tras la cual se intervino mediante amputación abdominoperineal laparoscópica. Como complicaciones el paciente presentó una colecistitis gangrenosa requiriendo colecistectomía urgente y un absceso de pared abdominal con necesidad de laparoscopia exploradora y extracción de cuerpo extraño (resto de látex de drenaje Penrose). El estudio de la pieza quirúrgica describió un melanoma maligno invasivo de 13m localizado en la submucosa sin afectación del epitelio suprayacente ni de la muscular propia, invasión vascular ni ganglionar, con bordes de resección libres de tumor (Figura 2). Se revisó la biopsia previamente tomada donde se confirmó finalmente la naturaleza melanocítica de la lesión. El paciente fue presentado en comité de melanomas decidiéndose seguimiento en consultas.



Lesión localizada en línea dentada de unos 20mm de diámetro, con centro deprimido de color negruzco y bordes algo irregulares que impresiona neoplásica.

Figura 1

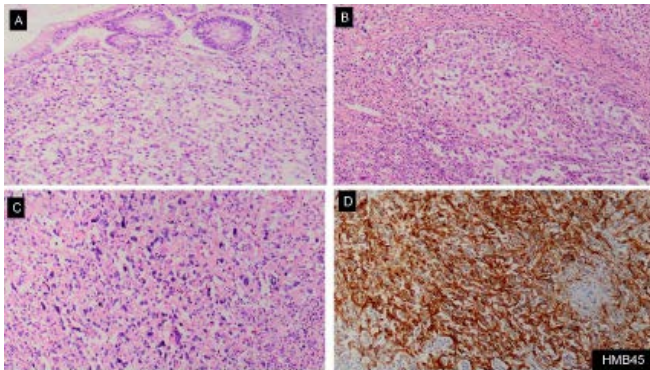


Figura 2

A. Mucosa intestinal con proliferación en la submucosa de células epitelioides (H-E; 40x) B. Estas células se disponen formando tecas (H-E;100x) C. Importante pleomorfismo nuclear (HE;400x) D. Inmunorreacción positiva para HMB45, confirmando su naturaleza melanocitaria (HMB; 200x).

Discusión

La presentación histológica típica del melanoma colónico es la presencia de células melanocíticas degeneradas en la capa basal epitelial, sin embargo, en nuestro caso afectaba de forma exclusiva a la capa submucosa. Su diagnóstico es un desafío que precisa de la intervención de comités multidisciplinares. La importancia de un buen estudio anatomopatológico determina decisiones que pueden llevar al retraso en el diagnóstico y a su tratamiento adecuado.

CP-085. AMILOIDOSIS GASTROINTESTINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MIELOMA MÚLTIPLE

García García MD, Gálvez Criado JM, Caunedo Álvarez A

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

Introducción

La amiloidosis es una enfermedad por depósito anómalo de proteína fibrilar que provoca la disrupción del tejido afecto. La localización gastrointestinal es inusual, y generalmente como parte de una afectación sistémica. Cualquier parte del tracto digestivo puede verse afectada, aunque el intestino delgado es el más frecuentemente implicado. Presentamos el caso de un varón con clínica gastrointestinal sin lesiones endoscópicas y hallazgo anatomopatológico confirmatorio de amiloidosis gastrointestinal.

Caso clínico

Varón de 43 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias por dolor abdominal generalizado, hiporexia y clínica dispéptica de meses de evolución. Asociaba pérdida de peso de 10 kg en los últimos seis meses. En la tomografía

urgente que se solicitó se describía engrosamiento de las paredes de colon transverso y descendente con múltiples adenopatías mesentéricas sin otros hallazgos destacables.

Dado que el paciente presentaba síndrome constitucional y ante los hallazgos radiológicos se realizó esofago gastroduodenoscopia (EGD) y colonoscopias diagnósticas. En la EGD se evidenciaba un patrón eritematoso congestivo en mucosa antral sugestivo de gastritis crónica y una mucosa esofágica y duodenal de aspecto normal. Se tomaron biopsias de antro y duodeno para su análisis anatomopatológico.

En la colonoscopia realizada se objetivó una mucosa congestiva con punteado petequeal en colon izquierdo y sigmoide, tomándose múltiples biopsias de dichas zonas. En la proteinograma solicitada al ingreso se evidenciaron cadenas ligeras kappa, que junto al hallazgo endoscópico y radiológico obligaba a descartar amiloidosis gastrointestinal.

En todas las muestras remitidas para estudio anatomopatológico (estómago, duodeno y colon) se objetivaron depósitos amorfos positivos para tinción rojo congo con refrigencia color verde manzana con luz polarizada (figuras 1 y 2).

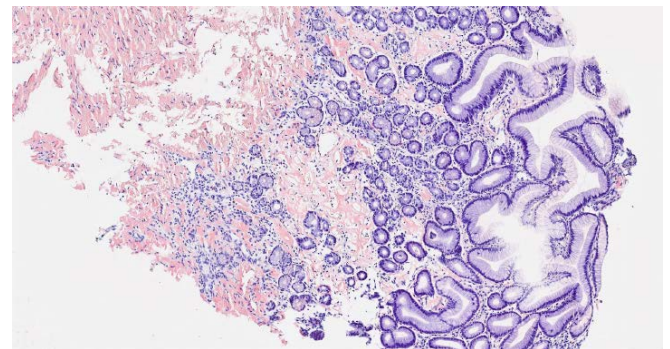


Figura 1

Imagen histológica gástrica en donde evidenciamos depósitos amorfos positivos para tinción rojo congo.

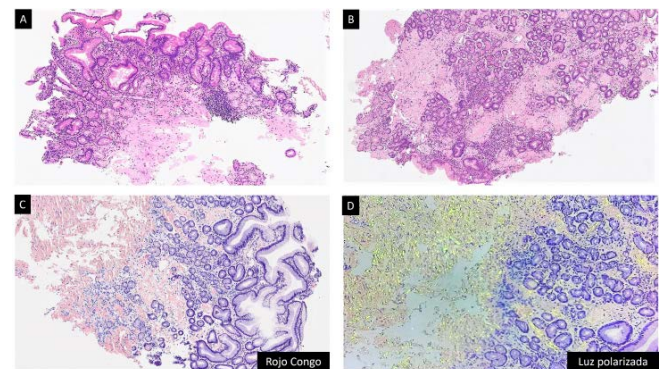


Figura 2

Imagen histológica de estómago, duodeno y colon en donde apreciamos depósitos amorfos positivos para tinción rojo congo con refrigencia color verde manzana con luz polarizada.

El paciente fue derivado a Hematología para valoración, realizándose biopsia de médula ósea con resultado compatible con mieloma de cadenas ligeras kappa.

Durante el seguimiento ambulatorio el paciente desarrolló afectación cardíaca y renal de la amiloidosis.

Discusión

La importancia de este caso radica en la afectación desde tramos altos del tracto gastrointestinal hasta mucosa colónica como único debut de la enfermedad.

La ausencia de síntomas y hallazgos endoscópicos específicos de amiloidosis dificulta el diagnóstico si no existe una alta sospecha. Dada su baja incidencia, la amiloidosis gastrointestinal puede incluso pasar desapercibida durante años o mimetizar otras patologías como neoplasias, colitis isquémica o enfermedad inflamatoria intestinal. Sin embargo, puede llegar a ocasionar graves consecuencias para el paciente como hemorragia digestiva e incluso perforación intestinal, de ahí la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial y estudio anatomopatológico.

CP-086. ANGINA INTESTINAL COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE

López Peña C, Gijón Villanova R, Moreno Barrueco M, Barrientos Delgado A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

La isquemia mesentérica crónica o angina intestinal, se debe a hipoperfusión episódica o continua del intestino. Ocurre normalmente en pacientes que presentan estenosis u oclusión del origen de la arteria mesentérica superior.

Caso clínico

Paciente de 75 años afecta de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y obesidad. Remitida a consultas de Digestivo por epigastralgia irradiada a ambos hipocondrios, a diario, desencadenada por la ingesta de larga data. No náuseas ni vómitos. Pérdida ponderal por "miedo a comer". Hábito intestinal normal, sin productos patológicos en heces.

Se realiza hemograma, autoinmunidad y complemento normales, perfil hepático normal salvo GGT 50. Celiaquía negativa. Gastroscoopia normal y *Helicobacter Pylori* negativo.

La ecografía abdominal evidencia esteatosis hepática leve. Ante sospecha de angina intestinal crónica, se realiza angio-TAC abdominal (**Figura 1**), objetivando placa cálcica en ostium de salida de arteria mesentérica superior con



Placas cálcicas vistas en angio-TAC.

Figura 1

estenosis crítica y adecuada permeabilidad postestenótica. Ante dichos hallazgos, se deriva a Cirugía Vascular.

Acude a Urgencias por aumento del dolor. Se realiza análisis urgente con hemograma, bioquímica y dímero D normales salvo LDH de 300. El angio-TAC de abdomen objetiva estructuras vasculares abdominales permeables y descarta isquemia intestinal. Ingresa en Cirugía Vascular, realizando reparación endovascular con colocación de stent recubierto en arteria mesentérica superior cesando la sintomatología.

Discusión

La mayoría de casos de isquemia mesentérica crónica son causados por un estrechamiento aterosclerótico en el origen de las arterias celiaca o mesentérica superior. La aterosclerosis de los vasos mesentéricos es común, pero las manifestaciones clínicas derivadas de la misma son raras. Hasta el 18 % de mayores de 65 años tienen estenosis significativa de la arteria celiaca o mesentérica superior estando asintomáticos, debido a formación de colaterales para compensar la reducción del flujo. Suelen presentar epigastralgia de inicio posprandial, diaria, cesando horas después.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, confirmándose mediante angio-TAC de abdomen. Se realizará arteriografía cuando el angio-TAC no sea concluyente o se plantee tratamiento endovascular.

La indicación de revascularización es la presencia de síntomas, previniendo el infarto intestinal o isquemia que podría conducir a estenosis intestinal.

El abordaje puede ser endovascular mediante stent o abierto (bypass mesentérico, reimplante mesentérico, endarterectomía transaórtica). Si la anatomía vascular es adecuada, se recomienda revascularización endovascular percutánea ya que la tasa de complicaciones es menor y la supervivencia a largo plazo similar. A pacientes con esperanza de vida más larga, se debe ofrecer abordaje abierto ya que es más duradero.

CP-087. APENDANGITIS EPILOICA QUIRÚRGICA.

Gutiérrez Holanda C, Berdugo Hurtado F, Cervilla Saez-de Tejada ME

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

La apendangitis epiploica (AE) es una entidad benigna, poco frecuente, en la cual se produce un infarto isquémico de un apéndice epiploico, bien por torsión, bien por trombosis espontánea de su vena de drenaje, generándose un cuadro de dolor abdominal agudo, similar a una apendicitis o diverticulitis aguda, siendo el TAC el método diagnóstico de elección. Principalmente, el tratamiento de la AE es médico sintomático, ya que su curso clínico es autolimitado en la mayoría de los casos.

Caso clínico

Varón de 26 años con antecedente de apendangitis epiploica en el año anterior con necesidad de ingreso hospitalario para control del dolor, que consulta por urgencias por dolor abdominal en hipogastrio, de inicio súbito, que le recuerda al episodio previo de apendangitis, de mayor intensidad, sin otra clínica asociada. Se realizan analítica de sangre con bioquímica completa, hemograma y coagulación y ecografía abdominal, dentro de la normalidad. Dada la persistencia del dolor bajo analgesia de segundo escalón, se solicita tomografía axial computarizada (TAC) abdominal con contraste intravenoso que no identifica hallazgos patológicos; no obstante, dado el mal control del dolor, se procede a ingreso hospitalario.

Durante el ingreso, el paciente presenta un estado general aceptable, pero mantiene el dolor abdominal hipogástrico invariable a lo largo del día, consiguiendo cierta mejoría solo con perfusión de morfina. A la exploración abdominal, continúa con dolor a la palpación profunda en una zona

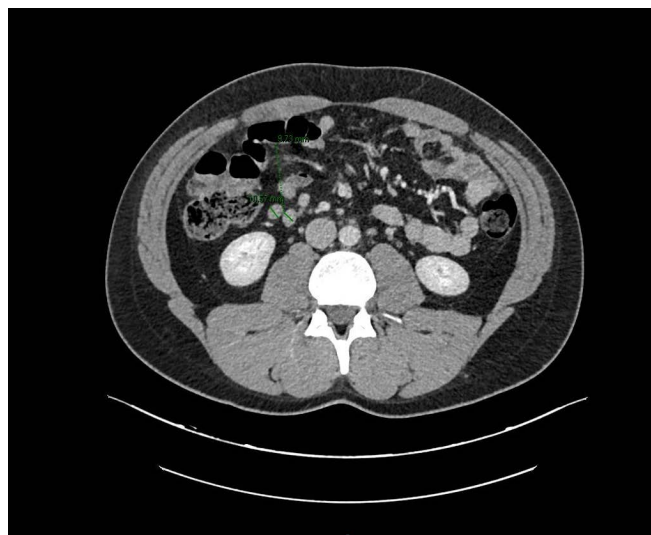


Figura 1

Segundo TAC abdominal con contraste realizado durante el ingreso por persistencia del dolor; ausencia de hallazgos típicos que sugieran apendangitis epiploica.

concreta de hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. En vista a la perpetuación de la clínica, se repite el TAC abdominal evidenciándose varias adenopatías en mesocolon de tamaño en el límite de la significación, sin otros hallazgos (Figura 1). Se completa el estudio con endoscopia baja, que resulta completamente normal.

Después de 10 días encontrándonos ante una situación clínica estacionaria, no siendo posible la retirada de la perfusión de morfina por reaparición del dolor, se consensua realizar una laparoscopia exploradora en la cual se evidencia apéndice epiploico necrosado a nivel de colon sigmoide, que se extirpa, sin incidencias. A las 24 horas, el paciente puede ser dado de alta a domicilio, habiéndose resuelto completamente el cuadro de dolor por el que consultó.

Discusión

En este caso, nos encontramos ante la infrecuente situación, por un lado, de no alcanzar el diagnóstico mediante el TAC abdominal con contraste intravenoso y, por otro lado, de tener que recurrir al acto quirúrgico para solucionar la AE, ya que, generalmente, su curso es autolimitado alcanzándose la resolución con manejo médico conservador.

CP-088. ASCITIS Y DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTE ADOLESCENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Solá Fernández A¹, Ruz Zafra P², Martínez Sánchez E³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE LEBRIJA., LEBRIJA.

Introducción

La gastroenteritis eosinofílica (GE) es una entidad infrecuente, de etiopatogenia poco conocida, caracterizada por una intensa infiltración eosinofílica en al menos una de las capas del estómago y/o el intestino delgado. Su manifestación clínica va a depender esencialmente de la capa predominantemente afectada (mucosa, muscular o serosa).

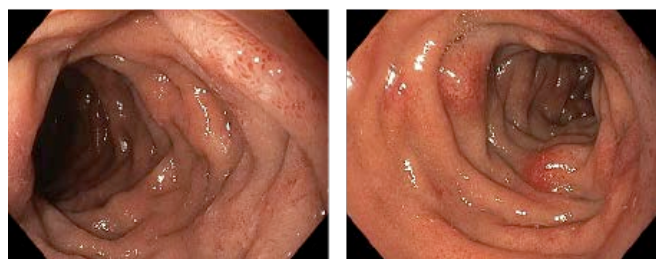
Caso clínico

Paciente varón de 17 años que ingresa por dolor abdominal, vómitos, diarrea y pérdida ponderal de más 15 kg. Afectación del estado general. A su ingreso, se realiza TC de abdomen en el que se objetiva engrosamiento mural edematoso de la práctica totalidad del intestino delgado, de apariencia inflamatoria, así como gran cantidad de ascitis.

Se realiza ileocolonoscopia sin hallazgos y endoscopia oral con edema difuso duodenal (se toman biopsias). Destaca en el hemograma la desorbitada cifra de eosinófilos ($> 43\%$ y > 11000 cél/microl) así como elevación de inmunoglobulina E (560 UI/ml).

Se realiza estudio microbiológico de heces, incluyendo parásitos, que resulta negativo. Se descarta también anisakiasis. Dado la llamativa eosinofilia periférica, se consulta el caso con Hematología para descartar neoplasia hematológica (síndrome hipereosinófilo y leucemia eosinofílica fundamentalmente). Tras amplio estudio (incluyendo estudio genético de las principales anomalías relacionadas), se descarta síndrome mieloproliferativo. Ante la mala evolución del paciente, tras haber excluido razonablemente otras causas de eosinofilia y con la alta sospecha de GE eosinofílica se inicia tratamiento con esteroides intravenosos. Excelente evolución clínica desde entonces con recuperación completa del paciente.

Días más tarde se recibe el informe anatomopatológico de las biopsias duodenales que revela intenso infiltrado inflamatorio principalmente constituido por eosinófilos (supera los 25 eosinófilos CGA).



Edema difuso de la mucosa duodenal, con algunas áreas petequiales, sin úlceras ni erosiones.

Figura 1

Discusión

La GE es una entidad rara, y dado lo inespecífico de sus síntomas, va a requerir un alto índice de sospecha, especialmente en las formas leves y en las que no hay afectación mucosa en las que la biopsia endoscópica no es concluyente. La etiopatogenia no es del todo conocida pero la mayoría de los autores reconocen la intervención de una etiología alérgica en gran parte de los pacientes.

Los tres pilares diagnósticos serán la presencia de síntomas gastrointestinales, la demostración por biopsia de infiltración por eosinófilos de una o más áreas gastrointestinales y la exclusión de otras causas de eosinofilia periférica/tisular.

Actualmente, no hay datos que respalden las pruebas rutinarias de alergia alimentaria en pacientes con GE en ausencia de síntomas de alergia alimentaria mediados por IgE. Los corticoides continúan siendo el pilar del tratamiento y se han demostrado eficaces en niños y adultos.

CP-089. BÁSCULA CECAL, UN HALLAZGO INFRECLENTE

Alonso Belmonte C, Morales Bermúdez AI, Díaz Barbero N, Jiménez Pérez M

Servicio Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción

El vólvulo de colon consiste en la torsión de una parte del colon sobre su eje mesentérico dando lugar a un cuadro clínico de obstrucción intestinal. La localización más frecuente es el sigma (40-80%) seguido del vólvulo de ciego (10-40%). Existen distintos tipos de vólvulo de ciego: tipo 1 (el ciego se pliega en sentido horario en su eje largo, axial), tipo 2 (en este caso se pliega en sentido antihorario junto con una porción de íleon terminal) y el tipo 3 o báscula cecal (el ciego se pliega en sentido craneal). Este último tipo representa solo el 20% de los vólvulos cecales. Es más frecuente en mujeres y ancianos. El tratamiento de elección es la resección y anastomosis ileocólica.

Caso clínico

Varón de 80 años con antecedentes de carcinoma escamoso de pulmón resecado, enfermedad renal crónica secundaria a poliangeitis microscópica en hemodiálisis, y antecedente quirúrgico de hernia inguinal. Acude al servicio de urgencias por dolor en fosa iliaca derecha e hipogastrio asociando vómitos y estreñimiento de 3 días de evolución. A la exploración, el paciente se encontraba con aceptable estado general, ligera tendencia a la hipotensión arterial, abdomen distendido y con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha. En analítica sanguínea destacaba elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó una tomografía axial computerizada de urgencia describiéndose una báscula cecal. Dados los antecedentes del paciente y a que

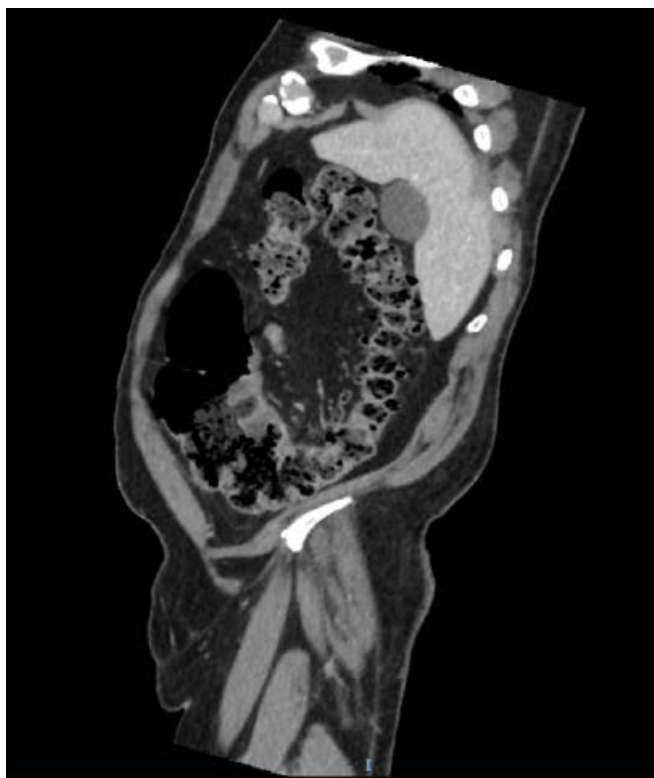


Figura 1

Imagen de corte sagital de tac de abdomen en el que llama la atención la disposición del ciego, que se pliega sobre sí mismo en su eje anteroposterior, con una válvula ileocecal de orientación lateralizada. Hallazgos que sugieren báculos cecal.



Figura 2

Radiografía de abdomen en decúbito supino con leve dilatación de colon.

en este caso el vólculo no condicionaba una obstrucción, se decidió manejo conservador por diagnóstico de cuadro suboclusivo. Durante el ingreso se realizó colonoscopia que no mostró datos de sufrimiento intestinal. El paciente evolucionó favorablemente, con resolución del cuadro.

Discusión

La báculos cecal es una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Es frecuente la presencia de una brida que ocluye el colon ascendente y favorece la flexión ascendente del ciego, lo que provoca una obstrucción intestinal. El tratamiento de elección es la resección y anastomosis ileocólica. La colonoscopia diagnóstica es útil en ocasiones, pues además permite establecer la viabilidad de la mucosa y puede conseguir la desvolvulación, aunque en el caso de vólculos cecales no se suele recomendar como tratamiento debido a su escasa tasa de éxito de desvolvulación. Un alto índice de sospecha y un tratamiento precoz son fundamentales para evitar complicaciones.

Sin embargo y como hemos visto en ocasiones puede presentarse como variante anatómica sin producir una obstrucción intestinal completa, siendo un hallazgo que no requiere de ninguna actuación adicional.

CP-090. CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE COLON Y SINDROME CARCINOIDE, A PROPOSITO DE UN CASO

Sánchez Sánchez MI, Bravo Aranda AM, Gómez Rodríguez P, León Valenciano L, Alonso Belmonte C, Diego Martínez R

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

Introducción

El carcinoma neuroendocrino de colon es reconocido como una entidad clínico-patológica rara comparada con el adenocarcinoma colorrectal, el tumor carcinoide y el carcinoma neuroendocrino pulmonar. Su comportamiento biológico es más agresivo comparado con el adenocarcinoma con diseminación metastásica más precoz.

Caso clínico

Mujer de 65 años sin alergias medicamentosas conocidas, sin factores de riesgo cardiovascular ni hábitos tóxicos. Como antecedentes personales destaca hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox.

Acude a urgencias derivada por su Médico de Atención Primaria por astenia y pérdida de peso de más de un mes de evolución, junto con episodios de enrojecimiento facial, taquicardia y aumento de las deposiciones.

A la exploración física hemodinámicamente estable, afebril, abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con hepatomegalia de 4 traveses de dedo sin signos de irritación peritoneal.

Se realiza analítica sanguínea donde destaca AST 90, ALT 48, GGT 2408, ALP 705 con bilirrubina total normal sin anemia y con marcadores tumorales en rango a excepción de un leve aumento del CEA 125 (U/mL).

Se decide hospitalización y se realiza TAC toracoabdominal que muestra hallazgos altamente sugestivos de neoplasia en ángulo hepático del colon con metástasis ganglionares y hepáticas. Tras la prueba de imagen se lleva a cabo una colonoscopia en la que se objetiva la lesión descrita en el TAC y se toman muestras para estudio de anatomía patológica.

Los resultados de anatomía patológica informan sobre un carcinoma neuroendocrino de célula pequeña junto a fragmentos de mucosa de intestino grueso con cambios adenomatosos tipo adenoma tubular con displasia de bajo grado con positividad para sinaptofisina CK AE1/AE3 y CDX2 y negatividad para CK20 y cromogranina con un Ki67 del 85%.

La paciente se presenta en comité oncológico y se decide tratamiento con quimioterapia paliativa con carboplatino y etopósido e inclusión en la unidad de cuidados paliativos.



Figura 1

Masa polipoidea de aproximadamente 4 cm localizada en ángulo hepático del colon con adenopatías en el meso adyacente, compatible con proceso neoplásico. Hígado aumentado de tamaño por la presencia de múltiples lesiones ocupantes de espacio compatibles con metástasis.

Discusión

La mayoría de casos de carcinoma neuroendocrino de colon y recto suelen presentar un pronóstico infausto. De hecho, una gran cantidad de tumores han metastatizado en el momento del diagnóstico, siendo el subtipo de células pequeñas la variedad que metastatiza con mayor asiduidad, sobre todo en el hígado como en el caso que presentamos, aunque también lo puede hacer en hueso, pulmón y peritoneo. La cirugía es el único tratamiento curativo pero dada la rápida evolución, el manejo suele incluir tratamiento coadyuvante con quimioterapia y/o radioterapia. En este caso se decide tratamiento con quimioterapia paliativa debido a la cantidad de lesiones hepáticas.

CP-091. CAUSA INFRADIAGNOSTICADA DE DOLOR ABDOMINAL: APENDANGITIS EPIPLOICA, A PROPOSITO DE UN CASO

Sánchez Sánchez MI, Bravo Aranda AM, Cano De La Cruz JD, Jiménez Pérez M, Fernández Córna A

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Los apéndices epiploicos son pequeñas protusiones de tejido graso rodeadas de peritoneo con una arteria y una vena central que se encuentran a lo largo del intestino grueso en el borde antimesentérico.

La obstrucción del pedículo vascular, ya sea secundaria a torsión o a trombosis de éste da lugar a un proceso inflamatorio denominado apendangitis epiploica causado por isquemia del tejido.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 63 años con intolerancia a buscapina y algídol, sin hábitos tóxicos. Como antecedentes médicos destacan cólicos renales de repetición, SAOS tributaria de CPAP nocturna, hernia de hiato, hernias discales C3-C4 y L4-L5. Intervenida de apendicectomía y ligadura tubárica. Sin tratamiento crónico a destacar.

Acude a urgencias por episodios de dolor autolimitados tipo cólico en fosa iliaca izquierda de tres días de evolución y diarrea sin productos patológicos. Afebril. No refiere náuseas ni vómitos.

A la exploración física hemodinámicamente estable, abdomen distendido, globuloso y doloroso a la palpación en fosa iliaca izquierda con defensa. No masas ni megalias. No edemas en miembros inferiores.

Se realiza analítica sanguínea que muestra leve elevación de PCR (17,5 mg/L). Las radiografías de tórax y abdomen no muestran alteraciones.

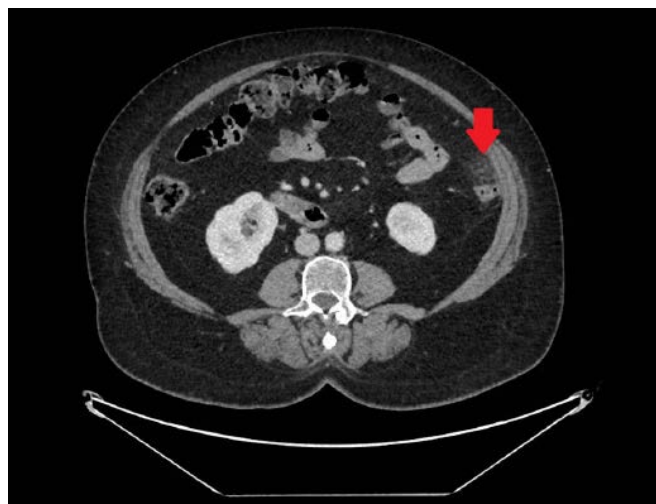


Figura 1

Imagen ovoide de 1.6 cm de diámetro aproximado, densidad grasa con el signo del anillo hiperatenuante y con cambios inflamatorios en la grasa circundante al mismo. Estos hallazgos son sugestivos de apendicitis epiploica. Mínima lengüeta de líquido libre en pelvis.

Tras analgesia se reevalúa a la paciente y por persistencia de dolor se solicita una ecografía abdominal que se convierte en TC abdomino-pélvico con contraste IV, diagnosticándose apendicitis epiploica aguda con mínimo líquido libre.

Previo al alta la paciente es valorada por Cirugía General y es dada de alta a domicilio con tratamiento conservador y resolución del cuadro.

Discusión

La apendicitis epiploica es una entidad benigna y constituye un motivo de dolor abdominal que suele ser autolimitada. La presentación clínica más común es de dolor abdominal agudo o subagudo localizado en fosa iliaca izquierda. El diagnóstico puede hacerse a través de pruebas de imagen (ecografía abdominal y/o TC abdominal), teniendo en cuenta la diverticulitis aguda y apendicitis en el diagnóstico diferencial.

En la mayoría de los casos el manejo suele ser conservador con antiinflamatorios +/- opioides. La cirugía se reserva para casos en los que aparecen síntomas relacionados con complicaciones (obstrucción, abscesos, compromiso vascular...).

CP-092. CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL REFRACTARIO. SÍNDROME DE PINZA AORTOMESENTERICA O SÍNDROME DE WILKIE

León Valenciano L, Díaz Barbero N, Diego Martínez R, Parra López B

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

El síndrome de pinza aortomesentérica o síndrome de Wilkie es una compresión de la tercera porción duodenal entre la aorta y la arteria mesentérica superior en situaciones de pérdida ponderal importante. Es más frecuente en mujeres y adultos jóvenes.

Clínicamente aparece dolor abdominal postprandial intermitente, náuseas, vómitos, intolerancia alimentaria y distensión abdominal

El diagnóstico es clínico, reforzándose con estudio radiológico mediante TAC abdominal

El manejo inicial debe ser conservador, con colocación de sonda nasogástrica y medidas higiénico dietéticas. En ausencia de respuesta, se valorará tratamiento quirúrgico mediante duodenoyeyunostomía, gastroyeyunostomía o la sección del ligamento de Treitz (técnica de Strong).

Caso clínico

Mujer de 42 años con antecedente ERGE tratada con funduplicatura total de Nissen, reconvertida a funduplicatura parcial de Toupet por clínica de disfagia. Se realiza TAC abdominal por persistir con síntomas de dolor abdominal epigástrico, náuseas y vómitos, con hallazgos de pinza aortomesentérica. Se decide intervención quirúrgica realizándose duodenoyeyunostomía. Tras ello ha continuado con persistencia de los síntomas, dolor abdominal refractario, que aumenta con la ingesta alimentaria, y necesidad de toma de buscapina en cada ingesta.

Ante persistencia de clínica, y tras acudir en numerosas ocasiones a urgencias, se realizó TAC abdominal 6 meses después de intervención quirúrgica, con disminución del ángulo aortomesentérico y distancia aortomesentérica, hallazgos compatibles con síndrome de pinza aortomesentérica a pesar de intervención, con vena renal izquierda de calibre filiforme a su paso y dilatación postestenótica, y desarrollo de circulación colateral a nivel de la pelvis renal y uréter, compatible con síndrome del cascanueces. Tras ser valorada por diferentes especialistas, se decide tratamiento por parte de cirugía vascular mediante descompresión del tronco celiaco mediante laparoscopia, neurectomía del plexo vegetativo y derivación de vena renal izquierda.

Discusión

El síndrome de pinza aortomesentérica es una causa poco frecuente de dolor abdominal refractario, ya que suele responder a tratamiento conservador. Para su diagnóstico es necesario tener fundada una alta sospecha clínica y confirmarse a través de TAC de abdomen. El tratamiento por lo general es conservador, con buena respuesta, siendo necesario en ocasiones intervención quirúrgica, con resolución del cuadro. En este



Figura 1
Cambios postduodenoyeyunostomía, sin evidencia de dilatación gástrica, con cierta distensión del asa anastomótica yeyunal.

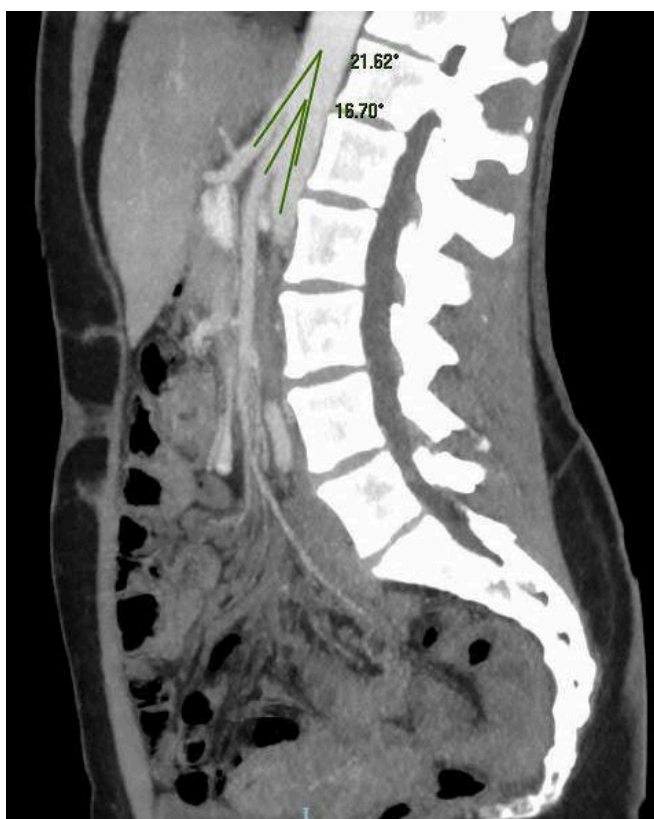


Figura 2
Disminución del ángulo aortomesentérico (16°) y distancia aortomesentérica disminuida (5mm), con vena renal izquierda de calibre filiforme a su paso y dilatación postestenótica de hasta 12mm.

caso, tras duodenoyeyunostomía ausencia de mejoría y persistencia de hallazgos radiológicos tras intervención. Se plantea, tras ser evaluada por varios especialistas, descompresión del tronco celiaco mediante laparoscopia además de neurectomía del plexo vegetativo y derivación de vena renal izquierda como tratamiento de rescate ante dicha refractariedad.

CP-093. CAUSA INFRECUEnte DE DOLOR ABDOMINAL: INFARTO OMENTAL

Díaz Barbero N, Fernández Cornax A, León Valenciano L

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

El infarto omental es una isquemia de la grasa del epiplón mayor, generalmente en su porción derecha por torsión del mismo. Suele aparecer en varones entre 30-50 años de edad. Entre las causas más frecuentes se encuentra cirugía abdominal reciente, idiopático (pacientes obesos, niños), ejercicio extenuante, comidas abundantes.

Clinicamente suele presentarse como dolor abdominal en fosa iliaca derecha que aumenta progresivamente sin sintomatología digestiva asociada.

Análiticamente, suele aparecer leucocitosis y elevación de Proteína C Reactiva.

La prueba de imagen de elección es TAC abdomen.

El tratamiento generalmente es conservador, con analgesia, antiinflamatorios y a veces antibióticos. No está consolidado, pero es recomendable revisiones mediante TAC de control anuales durante los siguientes 2-3 años al diagnóstico. Otros autores optan por tratamiento quirúrgico por laparoscopia permitiendo realizar diagnóstico seguro y acorta el tiempo de seguimiento posterior.

Caso clínico

Varón de 50 años con antecedentes previos de trastorno bipolar en tratamiento con antipsicóticos, acude a urgencias con clínica de dolor en Fosa Iliaca Derecha (FID) acompañado de leve diarrea, consultando en dos ocasiones en la misma semana por el mismo motivo. Ausencia de náuseas, vómitos ni fiebre.

A la exploración presentaba dolor abdominal a la palpación en FID con defensa voluntaria, sin masas palpables con Blumberg positivo a ese nivel.

Análiticamente, presencia de leucocitosis (12380) con PCR 5.4, resto anodino.

Se solicita Ecografía de abdomen, en la que se observa mínimo engrosamiento de la pared del íleon terminal imagen nodular en FID de 2.8 x 3.6 cm aproximadamente con presencia de vascularización a la aplicación de técnica Doppler y ecogenicidad grasa discretamente heterogénea, dolorosa a la exploración por lo que se amplía estudio con TAC en el que se observa imagen nodular encapsulada de densidad heterogénea predominantemente grasa con



Figura 1

Imagen nodular encapsulada de densidad heterogénea predominantemente grasa con trabeculaciones en su interior, compatible con infarto omental.

trabeculaciones en su interior, de aproximadamente 30 x 35 mm compatibles con posible infarto omental.

El paciente fue dado de alta con AINES (Dexketoprofeno) con buena evolución

Discusión

El infarto omental se trata de una entidad poco frecuente. Debe considerarse entre el diagnóstico diferencial del dolor abdominal e incluso de abdomen agudo (apendicitis, diverticulitis aguda). El diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico y evita intervenciones quirúrgicas por complicaciones.

CP-094. CAUSA RARA DE ABDOMEN AGUDO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN INTERVENIDA: DIVERTICULITIS YEYUNAL COMPLICADA.

Gálvez Criado JM, Martínez Colomer ME, Gonzalez Parra AC, Caunedo Álvarez A, Maldonado Perez B

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

Introducción

La diverticulosis yeyunal es una entidad rara, suponiendo un hallazgo incidental en un 2.5% de los estudios radiológicos.

En un 70% de los casos el paciente permanece asintomático, siendo su debut como abdomen agudo muy poco frecuente (solo un 15% de los casos).

La perforación condiciona una elevada mortalidad asociada a un retraso en el diagnóstico.

El diagnóstico de diverticulitis aguda se configura mediante TC, observándose un engrosamiento focal parietal; siendo imperativo realizar un diagnóstico diferencial con pseudoquistes y abscesos.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 64 años en seguimiento en Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), por enfermedad de Crohn A2 L3 B3 intervenida en 2004 colectomía total e ileostomía, en tratamiento de mantenimiento con Adalimumab. Consulta en Urgencias por dolor abdominal generalizado de 24 horas de evolución junto a fiebre de hasta 38.5°C, sin otra clínica asociada.

A la exploración abdominal presentaba abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación mesogástrica con defensa y sin peritonismo.

En las pruebas complementarias solicitadas en urgencias se evidenció una marcada elevación de los reactantes de fase aguda, solicitándose TC abdominal urgente con contraste en donde se evidenciaron cambios inflamatorios mesentéricos centroabdominales en relación a asas de yeyuno, objetivándose divertículo yeyunal perforado con colección aérea de 32 mm (figura 1).

Se decide inicialmente manejo conservador con antibioterapia i.v y fluidoterapia, dados los antecedentes de la paciente. Durante el ingreso la paciente presenta buena evolución clínico-analítica, no obstante en TC abdominal con contraste i.v de control se evidencia empeoramiento radiológico con aumento de los cambios inflamatorios y aumento de tamaño de la colección (56x41 mm) (figuras 2 y 3) por lo que se decide laparotomía exploradora en la que se evidencia un plastrón inflamatorio que engloba tres divertículos yeyunales, uno de ellos perforado realizándose aspirado, lavado de cavidad peritoneal y diverticulectomía.

La paciente tras la intervención presenta buena evolución clínico-analítica siendo dada de alta.

Discusión

La diverticulosis intestinal es una entidad poco frecuente, cursando de forma asintomática la mayoría del caso y con clínica inespecífica. Esto hace que suponga un desafío diagnóstico, ocasionando en muchos casos un retraso en el diagnóstico, lo que incrementa notablemente la mortalidad de ésta (20-30%) en los casos complicados.

La estrategia terapéutica se basa en el manejo conservador en los casos no complicados y optando por la cirugía si existe complicación o mala evolución.

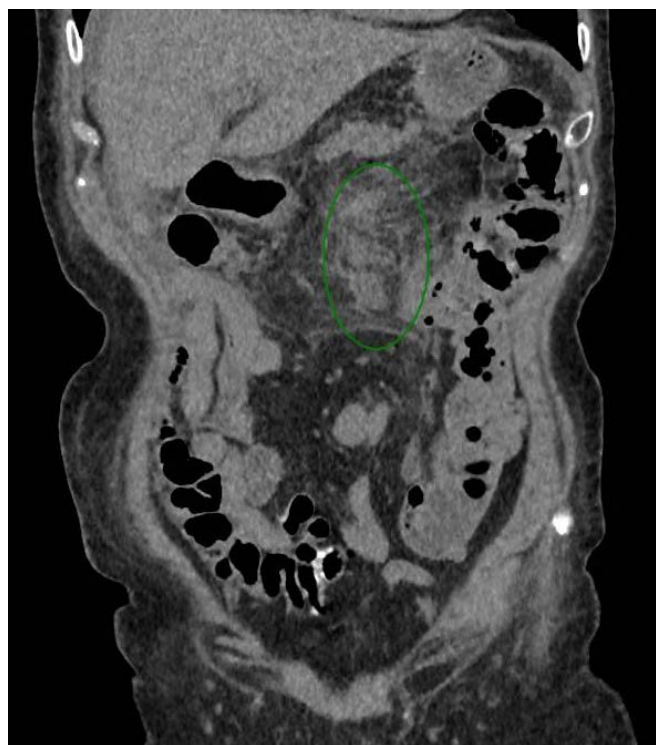


Imagen radiológica en donde apreciamos diverticulitis yeyunal perforada.

Figura 1



Imagen radiológica en donde objetivamos colección abscesificada peridiverticular.

Figura 2



Imagen radiológica en donde objetivamos colección abscesificada peridiverticular.

Figura 3

CP-095. COLITIS ESTERCORÁCEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Pinazo Martínez I, Bravo Aranda AM, Fernández Córna A, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La impactación fecal es una entidad clínica habitual que, de forma infrecuente, puede complicarse con una colitis estercorácea. La colitis suele afectar al colon sigmoide y recto y se produce porque la impactación fecal aumenta la presión intraluminal del colon produciendo distensión, isquemia, necrosis y úlceras en la pared colónica.

Caso clínico

Varón de 19 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, acude a Urgencias por estreñimiento de 4 días de evolución con empeoramiento clínico y dolor abdominal desde hace 24 horas. Refiere transgresión dietética previa al inicio del cuadro (ingesta abundante de dátiles e higos chumbos).

Exploración: abdomen distendido, doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. Tacto rectal: ampolla vacía. Rx de abdomen: dilatación de marco cólico y ausencia de gas distal. Se realiza TC: colon sigmoide y descendente con pérdida de la haustración, hipercaptación parietal, ingurgitación de la grasa pericólica y mínima cantidad de líquido libre en gotera parietocólica izquierda y pelvis; en relación con colitis inespecífica. A nivel de colon sigmoide

se identifica un cambio de calibre secundario a material fecaloideo (4 cm de longitud) con distensión y abundante contenido en colon proximal; colon sigmoide distal colapsado. Se inicia tratamiento con laxantes y enemas de limpieza siendo poco efectivos, por lo que se decide realizar rectosigmoidoscopia. En endoscopia se visualiza fecalito impactado a nivel de sigma que se desimpacta con insuflación y lavado a presión, con salida de abundantes heces semilíquidas posteriormente. La mucosa a este nivel se encuentra edematosa y eritematosa, con varias úlceras superficiales y extensas fibrinadas, se toman biopsias que son compatibles con colitis isquémica. Tras 24 horas de observación y evolución favorable el paciente es dado de alta.

Discusión

La colitis estercorácea es una entidad infrecuente pero potencialmente mortal que se presenta con más frecuencia en paciente ancianos y frágiles. El uso de contrastes baritados o la ingesta de alimentos ricos en fibra también pueden ser desencadenantes de esta entidad en pacientes sin otros factores de riesgo. Debemos sospechar esta afectación cuando en la TC encontremos un fecaloma asociado a engrosamiento de la pared colónica y estriación de la grasa pericolónica. La impactación fecal requiere tratamiento inmediato, idealmente mediante desimpactación manual o con enemas, o, en segundo lugar, endoscópica, para evitar el desarrollo de una colitis que puede derivar a peritonitis, hemorragia o perforación.



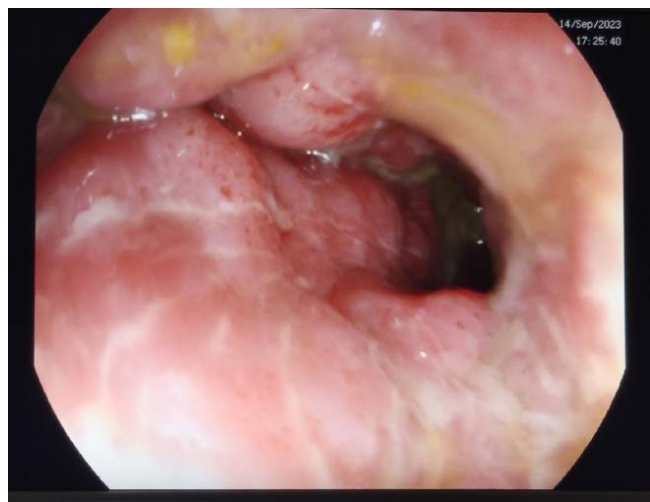
Radiografía de abdomen: dilatación de marco cólico y ausencia de gas distal.

Figura 1



TC abdominal: fecaloma en sigma y datos radiológicos de colitis inespecífica.

Figura 2



Endoscopia: mucosa visible tras desimpactación de fecaloma en sigma, eritematosa, edematosa y con úlceras fibrinadas.

Figura 3

CP-096. COLITIS NEUTROPÉNICA: CAUSA INFRECUEnte DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Morales Bermúdez AI¹, Bravo Aranda AM², Bracho González M³, Alonso Belmonte C²

¹GRUPO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA.

Introducción

La colitis neutropénica es un síndrome caracterizado por fiebre, diarrea, dolor abdominal y engrosamiento de la pared del colon >4 mm en pacientes con neutropenia tras

tratamiento quimioterápico. El pronóstico es malo, con una mortalidad >50%, siendo las principales causas de muerte la perforación intestinal y la sepsis.

Caso clínico

Mujer de 62 años con diagnóstico reciente de adenocarcinoma de pulmón estadio IV, que inicia quimioterapia e inmunoterapia (carboplatino, sacituzumab y pembrolizumab). La paciente ingresa a las 72 horas por fiebre, diarrea, dolor abdominal, neutropenia severa (200 N/mm³) y hallazgos en TC de cambios inflamatorios a nivel de apéndice cecal sugestivos de tiflitis (**figura 1**). Se instaure antibioterapia, presentando mejoría inicial pero posteriormente la paciente comienza con episodios de rectorragia con inestabilidad hemodinámica y anemia con necesidad de transfusión de hemoderivados. En este contexto se realiza angioTC de abdomen evidenciándose perforación a nivel de colon transverso (**figura 2**). Se interviene de urgencia observando un colon isquémico desde ciego hasta sigma, confirmándose perforación en colon transverso. Se realiza colectomía subtotal con anastomosis ileosigmoidea. En el 7º día post-operatorio vuelve a presentar rectorragia con anemia en rango transfusional. Se realiza colonoscopia objetivando recto y sigma con mucosa edematosa, eritematosa y exudados, y a nivel de la anastomosis ileosigmoidea se visualiza una úlcera que ocupa >75% de la circunferencia con vaso visible, sobre la que se realiza terapéutica endoscópica con adrenalina y hemoclips. La paciente presenta deterioro clínico progresivo posteriormente y finalmente fallece por insuficiencia respiratoria agravada por progresión de su enfermedad de base.

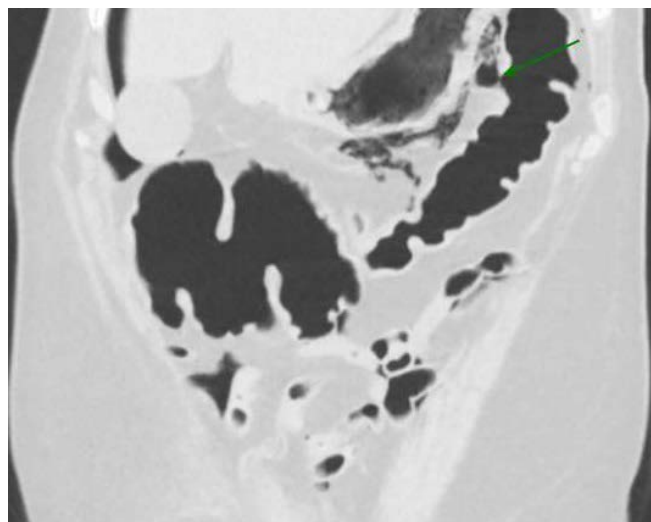


Corte axial de TC en el que se visualizan cambios inflamatorios a nivel de apéndice cecal (tiflitis).

Figura 1

Discusión

La colitis neutropénica es una complicación poco frecuente pero que ha ido en aumento en los últimos años debido a la mayor administración de quimioterápicos, y que presenta una alta mortalidad. Debemos tenerla presente



Corte coronal de TC que muestra perforación en colon transverso (flecha verde).

Figura 2

en el diagnóstico diferencial de un paciente con diarrea o rectorragia y neutropenia con hallazgos radiológicos de engrosamiento de la pared cecal. El reconocimiento precoz de esta patología podría evitar un pronóstico infausto. El tratamiento consiste en instaurar medidas de mantenimiento (ayuno, sueroterapia, reposición de electrolitos), antibioterapia de amplio espectro y corrección de la cifra de neutrófilos. La intervención quirúrgica está reservada para los casos de perforación intestinal o inestabilidad hemodinámica secundaria a hemorragia digestiva persistente o sepsis no controlada.

CP-097. COLITIS SECUNDARIA A HIPOGAMMAGLOBULINEMIA: DESCIFRANDO LA EII-LIKE

Pérez Campos E, Villegas Pelegrina P, Moreno Moraleda I, Martínez Hernández A

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

Introducción

El síndrome de Good es una inmunodeficiencia adquirida muy poco frecuente que, entre sus manifestaciones, cursa con diarrea crónica malabsortiva. Y aunque la clínica gastrointestinal pueda ser florida, la afectación mucosa no muestra hallazgos microscópicos definitorios, pudiendo simular histológicamente a la enfermedad inflamatoria intestinal.

Caso clínico

Mujer de 55 años intervenida de timoma e infecciones respiratorias de repetición, con diagnóstico reciente de síndrome de Good. Es remitida a consulta para estudio de diarrea de un año de evolución, con varias

deposiciones diarias sin productos patológicos, tenesmo ni nocturnidad, y pérdida ponderal no cuantificada. Una primera ileocolonoscopia muestra colitis segmentaria leve en colon ascendente y recto, y las biopsias informan de colitis crónica con actividad inflamatoria confinada a la mucosa, distorsión glandular y criptitis. El resto del estudio es normal (coprocultivos, serología para citomegalovirus, gastroscopia, enterorresonancia), pero ante la repercusión clínica y la imposibilidad de descartar una enfermedad inflamatoria intestinal incipiente, se inicia budesonida empírica, con alivio sintomático parcial.

Dadas las dudas diagnósticas, meses después se decide nueva colonoscopia, y las biopsias describen distorsión arquitectural difusa con bifurcaciones, ramificaciones y pérdida glandular, criptitis, abscesos cripticos e incremento de los fenómenos apoptóticos, así como muy escasa infiltración de la lámina propia y ausencia de células plasmáticas en la misma (figura 1), hallazgos que orientan más a colitis asociada a hipogammaglobulinemia que a enfermedad inflamatoria intestinal.

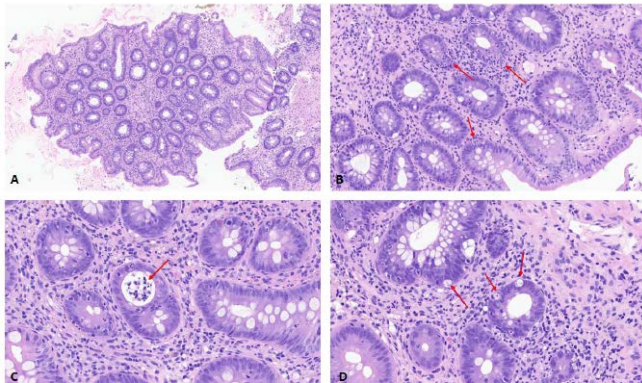


Figura 1

A: Lámina propia ocupada por infiltrado inflamatorio mixto, distorsión arquitectural glandular. B: Criptitis neutrofílica (flechas). C: Absceso criptico con cúmulos de neutrófilos en la luz glandular (flecha). D: Apoptosis (flechas). Nótese la escasa cantidad de células plasmáticas en lámina propia.

Discusión

El síndrome de Good es una inmunodeficiencia por déficit de anticuerpos, y la diarrea crónica es frecuente en estos pacientes, siendo su origen multifactorial: el aislamiento de patógenos (citomegalovirus, salmonella no tify), fenómenos de disbiosis por sobrecrecimiento bacteriano intestinal, hiperplasia nodular linfoide reactiva de delgado y una disregulación inmune que condiciona este estado inflamatorio y que puede simular una enfermedad inflamatoria intestinal, fenómeno que conocemos como EII-like. Son muchas más las inmunodeficiencias que cuentan con este patrón histológico, encontrando cambios inflamatorios crónicos como atrofia vellositaria, alteración arquitectural glandular, criptitis neutrofílica, fenómenos apoptóticos frecuentes, e incluso granulomas no caseificantes. Esta diarrea no suele responder al

tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas³. En cambio, los corticoides e inmunosupresores (azatioprina, anti-TNFs) parecen arrojar resultados algo más esperanzadores como ya se están describiendo en algunas series.

Casos como este deben recordarnos incluir los síndromes de inmunodeficiencia en el diagnóstico diferencial de la diarrea crónica. Además, consideramos que añadir el análisis de poblaciones de células plasmáticas al protocolo de biopsias de estudio de dicha diarrea podría tener rentabilidad diagnóstica, aportando claridad entre la EII y la EII-like.

CP-098. CORIOCARCINOMA COLÓNICO METASTÁSICO, UNA ENTIDAD INFRECIENTE

Bracho González M¹, Morales Bermúdez AI², Palomino Luque P³, Gómez Rodríguez P⁴

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA. ²GRUPO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

El coriocarcinoma es un cáncer agresivo que forma parte del espectro de enfermedades trofoblásticas gestacionales. Se caracteriza por ser productor de fracción beta de la gonadotropina coriónica humana (beta-HGC). Siempre está precedido de un embarazo, de término, ectópico, aborto o molar.

Tiene gran capacidad de angioinvasión y facilidad de metastatizar. El retroperitoneo es la localización inicial de las metástasis en el 70-80%, seguido de los pulmones. La invasión del tubo digestivo, en cambio, ocurre en menos del 5% de los casos.

Presentamos el caso de una paciente que ingresa con sospecha de embarazo ectópico y finalmente es diagnosticada de coriocarcinoma colónico metastásico.

Caso clínico

Mujer de 41 años, con dos partos previos, que ingresa inicialmente en Ginecología con sospecha de embarazo ectópico por elevación marcada de beta-HCG con test de embarazo positivo. Durante ingreso se realiza TC abdomen que muestra masa endoluminal en sigma con adenopatías locorregionales, retroperitoneales y metástasis hepáticas. Ante hallazgos de TC, se sospecha coriocarcinoma vs adenocarcinoma de sigma con producción de BHCG paraneoplásica, cualquiera de ellos estadio IV.

Se realiza colonoscopia con tatuaje y toma de biopsias de la neoplasia de sigma. El estudio inmunohistoquímico muestra expresión nuclear conservada de las proteínas MMR (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2). En informe final de

anatomía patológica se describe un tumor sólido de alto grado poco diferenciado, probablemente coriocarcinoma (CK7, GATA3 y SALL4 positivos y BHCG positivo en aisladas células).

Tras iniciar tratamiento con poliquimioterapia dirigida se produce normalización de niveles de beta-HCG y excelente respuesta metabólica de las metástasis hepáticas, aunque estabilidad de la lesión de sigma y progresión ganglionar retroperitoneal, por lo que finalmente se asume diagnóstico de neoplasia trofoblástica gestacional tipo coriocarcinoma estadio FIGO IVB (puntuación escala OMS >13, por tanto, muy alto riesgo). Se valora el caso en comité oncológico multidisciplinar por la progresión ganglionar, y se decide sigmoidectomía de la neoplasia de sigma y exéresis del conglomerado adenopático retroperitoneal. Actualmente se encuentra pendiente de confirmación histológica de la pieza quirúrgica.

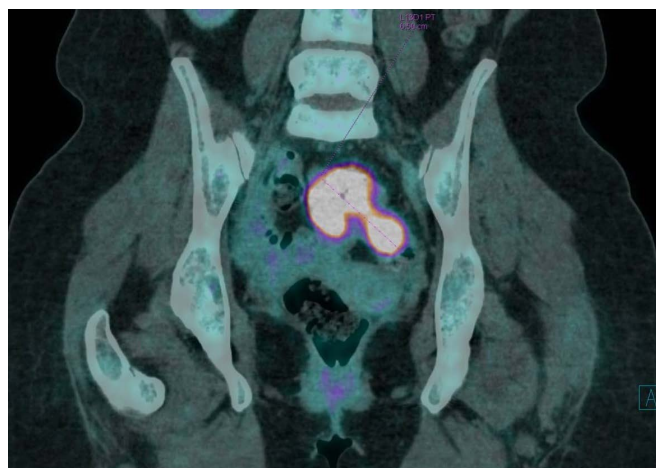


Figura 1

Corte coronal de PET-TC que muestra intensa actividad metabólica a nivel de sigma, coincidente con neoplasia a dicho nivel.

Discusión

El pronóstico de la coriocarcinoma es bueno, incluso en casos metastásicos, al tratarse de uno de los tumores más sensibles a la quimioterapia. En estadio metastásico, presenta una tasa de supervivencia a los 5 años del 70-80%.

Se han descritos casos de coriocarcinoma primario casi en cualquier localización, aunque la invasión del tubo digestivo es infrecuente. En caso de presentarse, suele manifestarse en forma de hemorragia digestiva, dada la marcada tendencia hemorrágica del tumor por su origen trofoblástico.

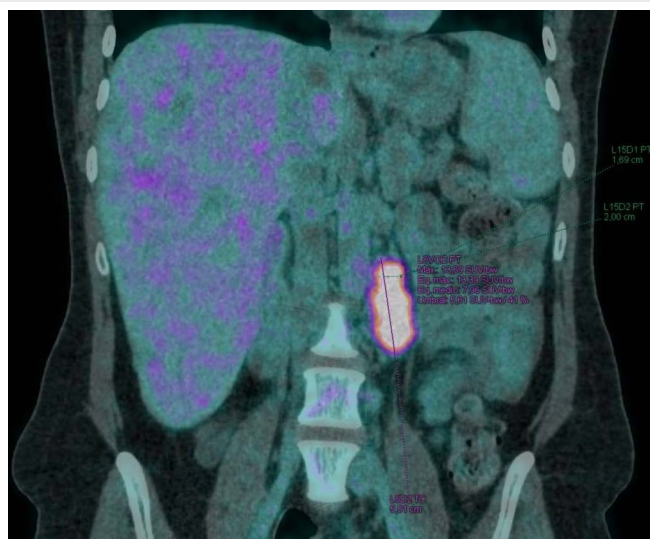


Figura 2

Corte coronal de PET-TC que muestra intensa actividad metabólica a nivel de conglomerado adenopático retroperitoneal.



Figura 3

Corte coronal de TC que muestra gran hepatomegalia y afectación metastásica hepática. DIU uterino.

CP-099. CUANDO LO INUSUAL SE HACE REALIDAD: CÁNCER COLORRECTAL Y CORIOCARCINOMA EN UN RARO ENCUENTRO ONCOLÓGICO

Diego Martínez R, Cano De La Cruz JD, Fernández Cornax A, Alonso Belmonte C

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Ocasionalmente nos encontramos con casos extremadamente inusuales y desafiantes. Presentamos un intrigante caso clínico que involucra la coexistencia de un cáncer colorrectal y una coriocarcinoma, resaltando la importancia de un enfoque médico multidisciplinario para abordar esta extraordinaria presentación clínica.

Caso clínico

Mujer de 41 años sin antecedentes de interés que ingresa inicialmente a cargo de ginecología el con sospecha de gestación de localización incierta por cuadro de elevación de B-HCG y malestar general y náuseas de casi 1 mes de evolución (en casa hubo proceso viral 1 mes previo y tras recuperación de este, comenzó con dicha sintomatología).

Durante el ingreso se realiza ecografía transvaginal sin evidencia de gestación.

Se realiza TC toracoabdominal que muestra engrosamiento de sigma con adenopatías patológicas locorregionales (Figuras 1 y 2) así como múltiples lesiones hepáticas sugestivas de metástasis. Ante estos hallazgos se solicita endoscopia digestiva baja.



Figura 1

Proyección coronal de TC de abdomen donde se observa engrosamiento de sigma.

En la colonoscopia se encuentra a 30 cm de margen anal lesión polilobulada excrecente de aspecto infiltrativo por la que se tomas biopsias.

Según los resultados anatomopatológicos de la muestra biopsiada en la colonoscopia, la muestra presenta un componente superficial de adenocarcinoma al menos intramucoso con fenotipo intestinal (CK20 y CDX2 positivos) identificándose en algunos fragmentos, un segundo componente de tumor sólido de alto grado poco



Figura 2

Proyección axial de TC de abdomen donde se observa lesión hepática sugestiva de metástasis.

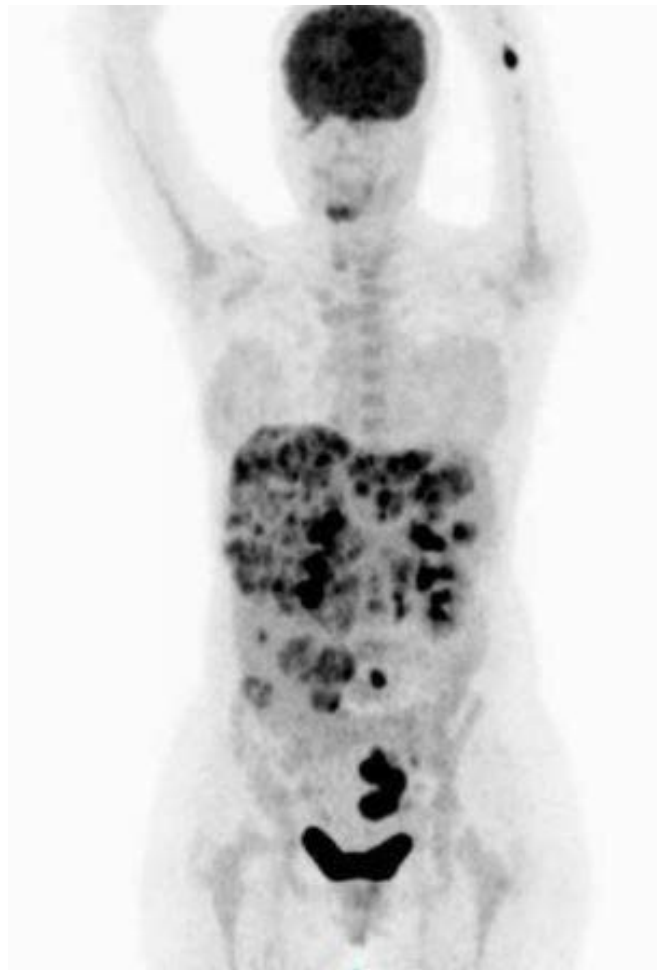


Figura 3

Imagen de PET-TC donde se observa actividad hipermetabólica en el sigma, en las lesiones hepáticas y en adenopatías retroperitoneales.

diferenciado (CK7, GATA3 y SALL4 positivos y BHCG positivo en aisladas células). Este perfil inmunohistoquímico y dados los antecedentes clínicos, son compatibles con una metástasis de coriocarcinoma.

En el PET-TC realizado todos los hallazgos morfológicos captaban con alta intensidad (**Figura 3**).

Se decide tratar a la paciente con QT sistémica durante 8 semana (protocolo de coriocarcinoma extendido) y reevaluar consiguiendo remisión completa de metástasis hepáticas en PET-TC de control persistiendo captación en adenopatías retroperitoneales.

Ante la respuesta de remisión parcial se decide realizar sigmoidectomía y vaciado ganglionar (por persistencia de captación en el PET-TC de algunos ganglios mesentéricos y retroperitoneales).

Actualmente la paciente está realizando quimioterapia adyuvante con buena evolución.

Discusión

La simultaneidad de un cáncer colorrectal y una coriocarcinoma con metástasis superpuesta es una rareza médica. Este caso resalta la complejidad de la oncología y la importancia de un abordaje multidisciplinar. Sin el enfoque ginecológico podríamos haber realizado un diagnóstico errado, ya que sería difícil pensar en una neoplasia trofoblástica gestacional de tipo coriocarcinoma con una metástasis en el sigma que simula una neoplasia de sigma extendida, teniendo las dos patologías un pronóstico y una respuesta al tratamiento oncoespecífico muy diferente.

CP-100. CUERPO EXTRAÑO SIMULANDO UNA DIVERTICULITIS. REPORTE DE UN CASO

Saldaña García L, Hernández Pérez AM, Rivera Irigoin R, Marra-López CJ, Pérez Aisa A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

La presencia de un cuerpo extraño en el colon es una urgencia quirúrgica poco frecuente, más si está asociada a enfermedad diverticular. Se presenta el caso de una mujer de 75 años con un cuerpo extraño en sigma con datos de diverticulitis aguda.

Caso clínico

Mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada, prótesis de cadera y apendicectomía que acudió a urgencias refiriendo dolor abdominal y diarrea con restos hemáticos, después de un período de estreñimiento. Se encontraba hemodinámicamente estable y a la exploración física

presentaba dolor a la palpación de fosa iliaca izquierda sin irritación peritoneal. Analíticamente se detectó elevación de reactantes de fase agua (leucocitosis con neutrofilia y PCR 268). Se realizó TC de abdomen sin contraste donde se describía un cuerpo extraño intraluminal en el sigma, con cambio de calibre y engrosamiento distal de las paredes del sigma sugestivo de origen inflamatorio vs neoplásico. Se realizó rectosigmoidoscopia donde se apreciaban en sigma distal, numerosos divertículos con importante edema mucoso que condicionaba estenosis que se logró franquear. Proximal a esta zona se observaba un cuerpo extraño (concha) que se extrajo con una cesta y la mucosa alrededor se encontraba hiperémica con úlceras superficiales, sugestivo de origen isquémico que se confirmó histológicamente. La paciente presentó buena evolución clínica, con desescalada de antibioterapia a Ceftriaxona y reintroducción progresiva de la dieta. Fue dada de alta a los 6 días encontrándose asintomática y con buena tolerancia oral.

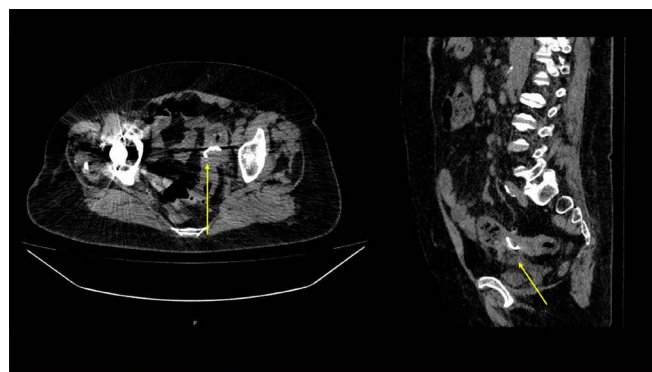


Figura 1

TC de abdomen: cuerpo extraño en sigma, con cambio de calibre y engrosamiento distal de la pared sugestivo de origen inflamatorio vs neoplásico.

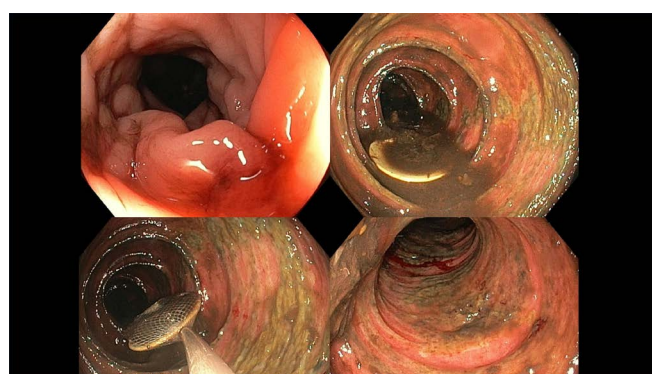


Figura 2

Endoscopia: importante edema en sigma y una vez sobrepasada la estenosis, mucosa isquémica con cuerpo extraño (concha) que se extrae con cesta.



Cuerpo extraño (concha) una vez extraído.

Figura 3

Discusión

La diverticulosis colónica es una enfermedad muy frecuente que afecta a dos tercios de la población mayor de 60 años. La impactación de un cuerpo extraño en el sigma se ha relacionado con diverticulitis, aunque es una causa poco frecuente. Se cree que los cambios estructurales asociados con la diverticulosis, como la tortuosidad de la luz y la estenosis y el engrosamiento mural son factores favorecedores para que se alojen cuerpos extraños. En nuestro caso, se desconoce si la impactación del cuerpo extraño fue el desencadenante de la diverticulitis o si la estenosis ocasionada por la diverticulitis provocó la retención del cuerpo extraño.

CP-101. CURACIÓN MUCOSA INTESTINAL EN ENFERMEDAD DE CROHN: DIFERENCIA ENTRE VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPIA, ENTERO-RNM Y CALPROTECTINA

Bernal Torres A, Alía Verdejo T, Sanabria Marchante I, Macías Rodríguez MA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Con el desarrollo de nuevos fármacos, la mejoría de herramientas diagnósticas y tras el nuevo consenso STRIDE-II (selección de objetivos terapéuticos en EI), la curación mucosa ha pasado a ser un nuevo objetivo de cara al tratamiento de pacientes con EC dado que se ha demostrado que en fases tempranas predice remisión sostenida y puede estar asociada con reducción de hospitalizaciones y cirugías. Clásicamente en el seguimiento se han empleado datos clínicos y biomarcadores serológicos tales como la proteína C reactiva o la calprotectina fecal, si bien existe pobre correlación entre dichas pruebas y el índice de actividad de la enfermedad.

Material y métodos

Revisamos los pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn con afectación de ID a los que se les realizó estudio de cápsula endoscópica (VCE), entero-RNM y calprotectina fecal entre 2019-2022.

Resultados

Realizamos un estudio observacional retrospectivo donde se analizaron 68 pacientes. De estos, 34 fueron excluidos por presentar: estudio de VCE y entero-RNM separados en un intervalo mayor de un año (17 pacientes); retención de la VCE (4 pacientes); contraindicación para estudio de VCE por enfermedad estenosante (13 pacientes).

En los 34 pacientes restantes se observó que un grupo de 16 pacientes (47%) presentaron en la VCE hallazgos de enfermedad inflamatoria activa en forma de yeyunitis/ileitis con entero-RNM normal (Imagen 1-2-3-4). En el grupo analizado 10 pacientes (62,5%) presentaron cifras de calprotectina normal, 4 cifras elevadas (25%) y 2 pacientes (12,5%) no tenían realizada la calprotectina.

Se observó otro grupo de 18 pacientes (53%) que presentaron hallazgos concordantes entre la VCE y la entero-RNM. En este grupo, se definieron dos subgrupos: Uno de 10 pacientes (55,55%) que presentaron afectación en ambas pruebas, teniendo 5 de los mismos cifras de calprotectina elevada mientras que los 5 restantes presentaron cifras de calprotectina normal. En el otro subgrupo, 8 pacientes (44,45%) no presentaron afectación intestinal, 3 de los cuales tenían calprotectina elevada y 5 calprotectina normal.



Paciente diagnosticado de Ec ileal con entero-RNM sin hallazgos y datos de ileitis en VCE.

Figura 1



Paciente diagnosticado de Ec ileal con entero-RNM sin hallazgos y datos de ileitis en VCE.

Figura 2



Paciente diagnosticado de EC ileo-colónica con entero-RNM sin hallazgos y datos de yeyunitis aftosa en la VCE.

Figura 4



Paciente diagnosticado de EC ileo-colónica con entero-RNM sin hallazgos y datos de yeyunitis aftosa en la VCE.

Figura 3

Conclusiones

En nuestra experiencia, si bien un alto porcentaje de pacientes presenta adecuada concordancia entre la entero-RNM y la VCE, existe un porcentaje no desdeñable de pacientes que tienen pobre correlación, quedando por tanto sin tratamiento médico óptimo. La VCE proporciona una cuantificación precisa de actividad inflamatoria, junto

con una adecuada valoración de la curación mucosa y es por ello por lo que debería implementarse en los algoritmos para el seguimiento estrecho.

CP-102. DESAFIANDO LA RAREZA: LINFANGIOMATOSIS QUÍSTICA MESENTÉRICA EN UN VARÓN ADULTO

Rodríguez Mateu A, Sánchez Moreno S, Delgado Maroto A

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

Introducción

El linfangioma quístico es un tumor benigno muy infrecuente secundario a la obstrucción de los canales linfáticos. Su localización más habitual es en cabeza y cuello (70%) y axila (20%), siendo inusual la localización intraabdominal (5%). El diagnóstico suele ser en la infancia, aunque la mayoría de los casos cursan de forma asintomática. Los síntomas son variados e inespecíficos, como dolor abdominal, anemia, hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, rotura o infección.

Presentamos el caso de un paciente con linfangiomatosis quística mesentérica con debut clínico en la edad adulta.

Caso clínico

Varón de 33 años en estudio por anemia ferropénica diagnosticada tras clínica de astenia de meses de evolución

sin otra sintomatología acompañante. Como antecedente apendicectomía en la infancia con hallazgo exploratorio de múltiples quistes mesentéricos que se biopsian, siendo compatibles con linfangiomas quísticos con pérdida de seguimiento posterior.

En la exploración física objetivamos palidez mucocutánea franca sin otros hallazgos significativos. Analíticamente anemia microcítica e hipocrómica con hemoglobina de 6g/dl (última hemoglobina conocida 6 meses antes de 14g/dl).

Se realiza estudio con gastroscopia y colonoscopia que es normal, y videocápsula endoscópica que identifica a nivel de íleon medio al menos tres segmentos de intestino con vellosidades engrosadas y blanquecinas, en su parte más proximal afectación circunferencial con sangrado activo en babeo. Completamos el estudio con TAC abdominal con contraste y enterorresonancia todo ello compatible con linfangiomatosis poliquística mesentérica.



Figura 1

Paciente diagnosticado de Ec ileal con entero-RNM sin hallazgos y datos de ileitis en VCE.

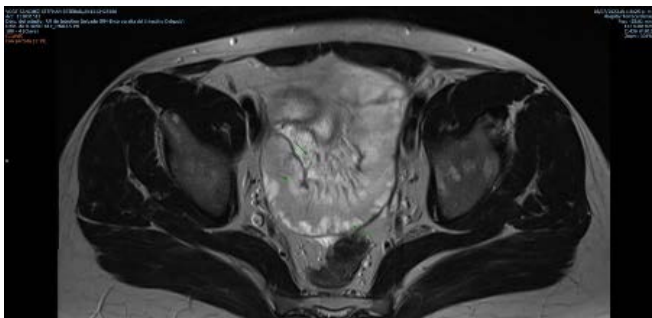


Figura 2

Paciente diagnosticado de Ec ileal con entero-RNM sin hallazgos y datos de ileitis en VCE.

Se propuso al paciente intervención quirúrgica que rechazó. Actualmente el paciente presenta resolución de la anemia y se encuentra asintomático tras tratamiento conservador con hemoderivados y hierro parenteral.

La linfangiomatosis quística mesentérica es una entidad infrecuente de la que no disponemos en la actualidad protocolos diagnósticos ni terapéuticos. Las pruebas

de imagen no son concluyentes para el diagnóstico, alcanzándose este únicamente mediante estudio anatomopatológico tras quirúrgica, siendo este el gold estándar de tratamiento. Ante la ausencia de tratamiento, los linfangiomas quísticos pueden aumentar de tamaño y provocar síntomas. La capacidad de malignización es excepcional.



Figura 3

Lesiones compatibles con linfangiomas en videocápsula endoscópica.

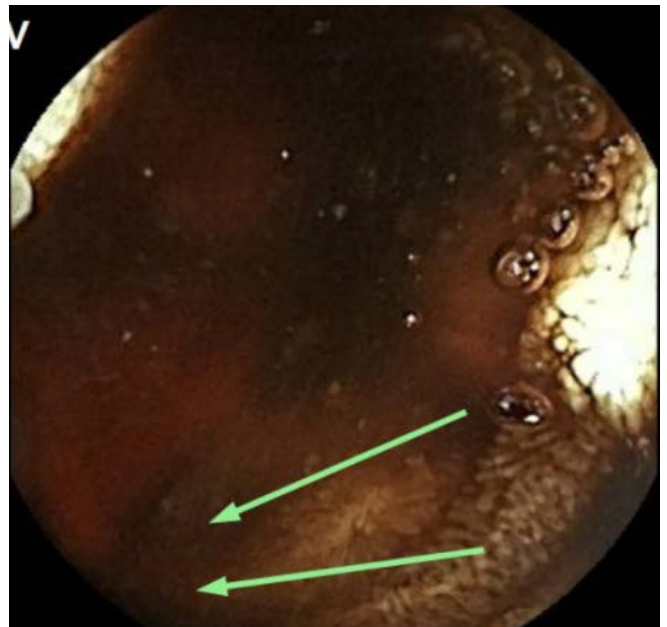


Figura 4

Sangrado venoso en babeo en videocápsula endoscópica.

CP-103. EMBOLIZACIÓN ARTERIAL EFECTIVA EN SANGRADO DE ORIGEN DIVERTICULAR

Moreno Barrueco M, Soler Góngora M, Bailón Gaona MC, Berdugo Hurtado F

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

El sangrado de origen diverticular es la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja (20-55%). La mayoría de los casos, el sangrado cede de forma autolimitada con tratamiento conservador, pero hasta en un 10-20% de los casos va a requerir tratamiento activo. Los tratamientos disponibles actualmente son variados, pero uno de los que mayor eficacia ha demostrado, es la embolización arterial.

Caso clínico

Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, presentamos el caso de un varón de 65 años que entra en contacto con nuestro medio hospitalario debido a hematoquecia.

Dada la persistencia del mismo, se realiza un angio-TC abdominal, con hallazgo de un divertículo con punto de sangrado activo a nivel de colon descendente. Dada la identificación el punto sangrante se procede posteriormente a su embolización arterial por parte del servicio de radiología intervencionista.

Tras el procedimiento, se llevó a cabo una colonoscopia en la que se pudo observar la imagen del divertículo implicado con un coágulo adherido, lo que confirmó el diagnóstico y la efectividad del tratamiento. Además, fue posible la evaluación completa del colon a fin de descartar la presencia de otros divertículos o lesiones.

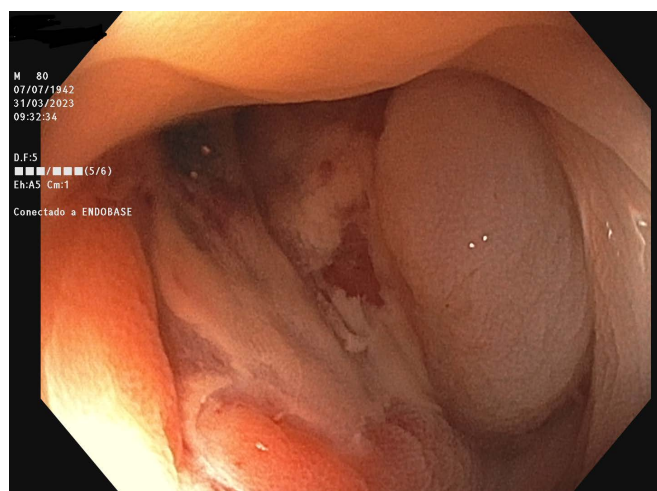


Imagen del divertículo implicado con el coágulo adherido obtenida durante la colonoscopia.

Figura 1

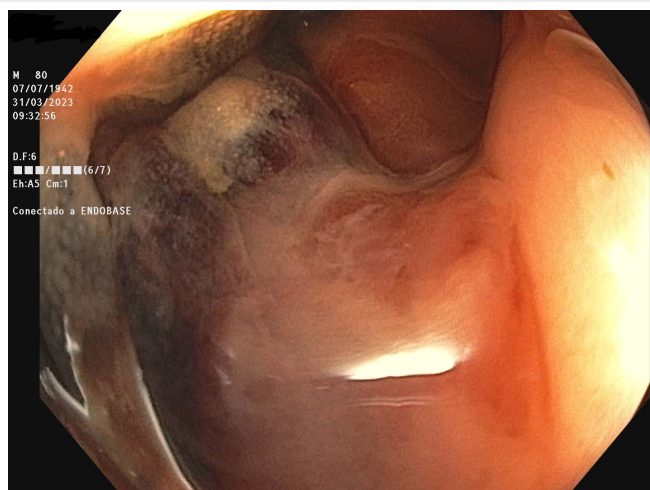


Figura 2

Imagen del divertículo implicado con el coágulo adherido obtenida durante la colonoscopia.

Discusión

Con este caso queremos resaltar la alta efectividad de la embolización arterial selectiva como tratamiento de la hemorragia digestiva baja secundaria a divertículos con punto de sangrado identificable, consiguiendo hemostasia hasta en el 90% de los casos, así como, la baja tasa de complicaciones derivadas de la misma, fundamentalmente isquémicas, que se sitúan en torno al 5% de los casos.

CP-104. ENDOMETRIOSIS PROFUNDA RECTOSIGMOIDEA COMO CAUSA DE INFRECUENTE DE ESTREÑIMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Martínez A, Fernández Olvera D

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

Introducción

La endometriosis es una entidad definida como la implantación de tejido endometrial fuera del útero. Se suele presentar en forma de placas o nódulos que se localizan en estructuras pélvicas como el útero, ovarios, trompas de Falopio, entre otros órganos.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 45 años con antecedentes personales de endometriosis crónica con afectación de ovarios, así como útero en seguimiento por Ginecología y tratamiento con anticonceptivos orales desde hace años. Es remitida desde atención primaria tras realización de colonoscopia ambulatoria, la cual se solicitó por estreñimiento y disquecia. En dicha colonoscopia se objetivó una intensa fijación en mesosigma, así como una lesión sésil de 30 mm, a 20 cm del margen anal externo

(MAE) y que ocluía intermitentemente la luz. Se tomaron biopsias, donde se identificaron únicamente cambios inflamatorios de la mucosa colorrectal. Tras ello y dados los antecedentes, se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN) y donde en esta ocasión se visualizaron signos de endometriosis ovárica bilateral junto con endometriosis profunda donde una placa fibrótica infiltraba el istmo uterino y la unión rectosigmoidea (Figura 1). Tras obtener el diagnóstico y dado que la paciente se encontraba en tratamiento con anticonceptivos orales, se valoró la realización de intervención quirúrgica de forma conjunta entre Cirugía general y Ginecología (histerectomía, ooforectomía bilateral y resección intestinal). Sin embargo, dada la agresividad del procedimiento quirúrgico y el temor al mismo, la paciente optó por tratamiento conservador (medidas higiénico-dietéticas, laxantes osmóticos y anticonceptivos orales pautados por Ginecología), manteniendo así una calidad de vida aceptable.



Placa endometriósica que se extiende infiltrando a la pared posterior del istmo uterino y a la unión rectosigmoidea.

Figura 1

Discusión

La endometriosis puede afectar al aparato digestivo, en especial a la unión rectosigmoidea. Los síntomas asociados son distensión o dolor abdominales, alteración del ritmo intestinal, disquecia, proctalga, tenesmo rectal, hematoquecia o rectorragia, estas dos últimas especialmente durante el periodo menstrual. Se han descrito casos de obstrucción intestinal por endometriosis.

La ecografía transvaginal es la técnica de elección para la evaluación de la endometriosis, dejándose en segundo lugar la RMN y especialmente para los casos de sospecha de endometriosis profunda o sospecha de afectación rectosigmoidea. La colonoscopia ayudaría en caso de aquellos que desarrollen hematoquecia o rectorragia, tanto para descartar patología inflamatoria o maligna, como para la búsqueda de endometriosis profunda.

El tratamiento inicial de la endometriosis rectosigmoidea no complicada consiste en medidas higiénico-dietéticas, así como terapia hormonal. En pacientes no respondedores, intolerancia o contraindicación a estos tratamientos, así como los casos complicados (obstrucción intestinal) se recomienda la cirugía.

CP-105. ENTERITIS INFECCIOSA COMO CAUSA DE MENINGITIS Y POLINEUROPATÍA

Morales Bermúdez AI¹, Parra López B², Bracho González M³, Martínez Burgos M⁴

¹GRUPO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA, ANTEQUERA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA, CARTAGENA.

Introducción

La enteritis causada por *Campylobacter jejuni* es la causa más frecuente de diarrea aguda. La infección por este bacilo Gram negativo se transmite por consumo de alimentos contaminados, principalmente de origen animal y particularmente a través de aves de corral.

Caso clínico

Varón de 78 años. Hiperuricemia como único antecedente de interés. Acude a urgencias por febrícula, dolor abdominal y diarrea de 4 días de evolución. En analítica destaca leucopenia y elevación de PCR (390 mg/L). Se realiza TC de abdomen con hallazgos compatibles con enteritis (figura 1 y 2). Se pauta tratamiento con piperacilina-tazobactam, con buena evolución clínica y analítica desde el punto de vista digestivo, desapareciendo el dolor y la diarrea. En coprocultivo se aísla *Campylobacter jejuni*, manteniéndose antibioterapia durante 10 días. Durante su ingreso, el paciente presenta nivel de consciencia

fluctuante y desorientación. Es valorado por Neurología, además de bradipsiquia les llama la atención la presencia de paraparesia distal en miembros inferiores. TC y RMN de cráneo sin alteraciones. Se realiza punción lumbar que detecta hiper celularidad leve con hiperproteínoorraquia y glucosa normal, hallazgos compatibles con posible meningitis decapitada por antibioterapia. Se decide instaurar tratamiento con ceftriaxona. Estudio infeccioso de líquido cefalorraquídeo negativo. En electromiograma los hallazgos neurofisiológicos son compatibles con polineuropatía aguda sensitivomotora de predominio en miembros inferiores que se atribuye a origen para infeccioso. El paciente presenta mejoría progresiva del nivel de consciencia, permitiendo iniciar rehabilitación motora por debilidad de miembros. Al alta hospitalaria el paciente se encontraba asintomático desde el punto de vista digestivo, con buen nivel de consciencia y recuperando fuerza motora.



Figura 1

Imagen axial de TC que muestra asas de yeyuno levemente dilatadas, con contenido líquido y leve edema e ingurgitación vascular del meso.

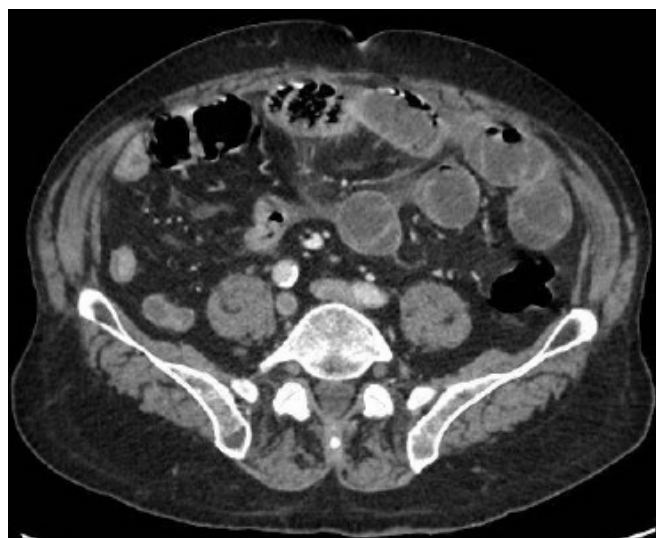


Figura 2

Imagen axial de TC en la que se aprecia mínima cantidad de líquido libre interasas.

Discusión

La infección gastrointestinal por *Campylobacter* se suele caracterizar por diarrea acuosa, fiebre y dolor abdominal y por lo general es autolimitada. Las infecciones extraintestinales son raras, siendo la más frecuente el síndrome de Guillain-Barré. Este síndrome consiste en una neuropatía periférica debida a una afectación autoinmune del sistema nervioso periférico que produce parálisis flácida aguda, y que se presentó en el caso de nuestro paciente. La meningitis por *Campylobacter* es muy infrecuente, se han descrito pocos casos en el mundo, en neonatos o adultos inmunodeprimidos. A pesar de su infrecuencia, debemos tener presente este diagnóstico en pacientes con diarrea y deterioro neurológico, siendo necesario su diagnóstico precoz ya que puede ensombrece el pronóstico del paciente.

CP-106. ESTÓMAGO DE RETENCIÓN COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL.

Lecuona Muñoz M, Tendero Peinado C, Fernández García R, Redondo Cerezo E, González Aranda Y

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

Introducción

El cáncer colorrectal pese a ser la neoplasia digestiva más frecuente y cursar con una sintomatología conocida, en ocasiones puede tener formas de presentaciones atípicas que dificulten su diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 56 años sin antecedentes de interés, que consulta por síndrome emético de un mes de evolución con intolerancia oral y pérdida de peso de 25 Kg. A la exploración física presenta masa a nivel epigástrico.

Se realiza TAC abdominal (Figura 1) donde se visualiza una tumoración de comportamiento agresivo que genera obstrucción a la salida gástrica con un tamaño aproximado de 10,9 (AP) x 6,6 (T) x 11 (CC) cm que parece surgir de la pared duodenal, aunque sin poder establecer claramente su origen.

Ante dichos hallazgos se coloca sonda nasogástrica y se solicita gastroscopia. Mediante esta exploración se objetiva un área estenótica y friable en bulbo duodenal, no franqueable con endoscopio convencional y que impresiona de origen extrínseco (Figura 2). Se toman biopsias que muestran únicamente displasia de alto grado por lo que, dado el contexto clínico y hallazgos radiológicos iniciales, se decide solicitar colonoscopia.

En la endoscopia digestiva baja se observa a nivel del ángulo hepático una lesión de gran tamaño, friable al

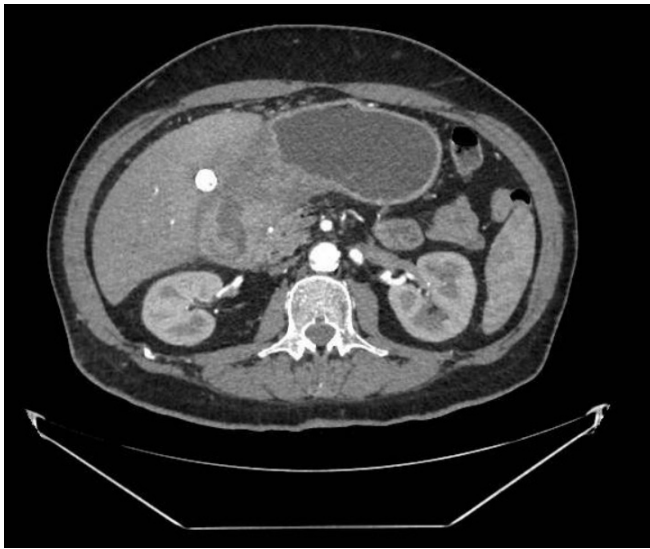


Figura 1

Lesión de gran tamaño con dudoso origen duodenal que condicionando dilatación gástrica retrógrada.



Figura 3

Mediante colonoscopia a nivel de ángulo hepático se visualiza una lesión de gran tamaño y crecimiento exofítico de naturaleza neoplásica.



Figura 2

Estenosis en bulbo, no franqueable con endoscopio convencional y que impresiona de origen extrínseco, de la que se toman múltiples biopsias con baja rentabilidad.

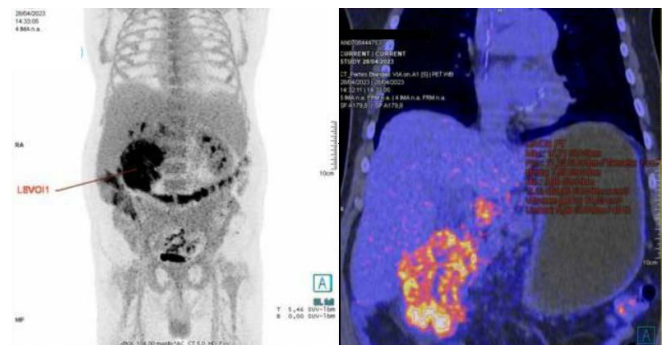


Figura 4

Mediante colonoscopia a nivel de ángulo hepático se visualiza una lesión de gran tamaño y crecimiento exofítico de probable naturaleza neoplásica.

roce y de crecimiento exofítico de origen probablemente neoplásico (Figura 3). Finalmente se realiza PET-TC que confirma la presencia de un área hipermetabólica en dicha localización que infiltra parénquima hepático adyacente, duodeno y grasa mesentérica, aunque sin afectación a distancia (Figura 4).

Discusión

El cáncer colorrectal produce habitualmente alteración del ritmo intestinal, anemia ferropénica, dolor abdominal y/o rectorragia. En nuestro paciente ninguno de estos síntomas

estaba presente y además (consecuencia del gran tamaño tumoral y su extensión a órganos vecinos) el debut se produjo como estómago de retención, más característico de las neoplasias del tracto digestivo superior. Esta forma de presentación junto a su comportamiento radiológico atípico y la baja rentabilidad de las biopsias duodenales obtenidas, dificultaron el proceso diagnóstico del enfermo.

Finalmente, el paciente fue sometido a duodenopancreatectomía céfala, hemicolectomía derecha ampliada, hepatectomía parcial y quimioterapia como tratamiento de neoplasia colorrectal estadio T4bN0M0, evolucionando favorablemente y sin signos de recidiva en la actualidad.

CP-107. ESTREÑIMIENTO CRÓNICO SECUNDARIO A LIPOMATOSIS COLÓNICA Y SISTÉMICA

García Martínez A, Mateos Millán D, Morales Prado A

UGC APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS.

Introducción

La lipomatosis colónica consiste en la acumulación de grasa de forma no encapsulada o mal delimitada en la capa submucosa de la pared intestinal y supone una rara entidad con una prevalencia estimada del 0.2%.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 67 años con antecedentes de lipomatosis sistémica remitida desde atención primaria por estreñimiento refractario a medidas higiénico-dietéticas básicas. Ante esta situación se realizó múltiples colonoscopias con hallazgos de numerosos lipomas (Figura 1), especialmente en colon derecho, así como divertículos, pero con deficiente preparación (Figura 1), dificultando la exploración completa. Por tanto, se amplió estudio mediante TAC de abdomen y colono-TAC objetivándose numerosos y grandes divertículos, extensa y difusa lipohiperplasia de la submucosa del colon junto con formaciones polipoideas individuales, así como lipomatosis global del mesocolon. Estos hallazgos hicieron compatible el diagnóstico de lipomatosis colónica en contexto de enfermedad sistémica. Posteriormente se pautó tratamiento mediante laxantes formadores de masa, osmóticos e incluso linaclotide, sin mejoría. No obstante, se hizo hincapié en la modificación de los hábitos de vida, llevando así la paciente una calidad de vida aceptable y rechazando otras medidas terapéuticas.



Lipomas distribuidos por todo el colon explorado.

Figura 1

Discusión

Los lipomas gastrointestinales son comunes y más frecuentes en el colon de pacientes mayores de 50 años. No obstante, existen pocas publicaciones sobre la lipomatosis colónica en la literatura actual. Esta enfermedad afecta



Figura 2

Divertículos de gran tamaño, así como espasticidad e hipertonia asociadas.

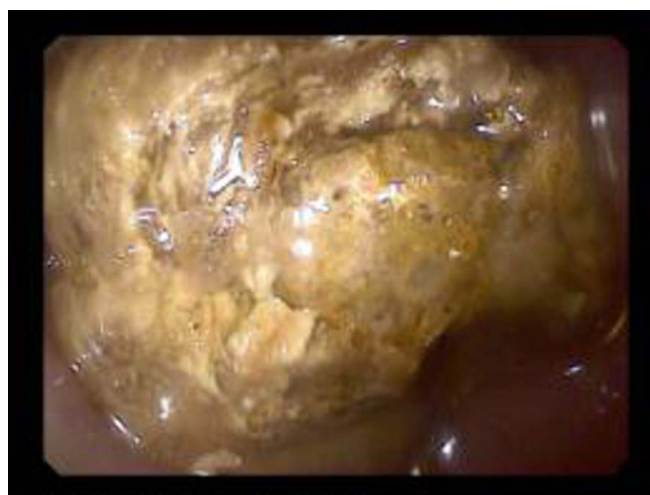


Figura 3

Restos fecales sólidos que dificultan la correcta visualización de la mucosa colónica.

predominantemente a mujeres de entre 50 y 65 años, siendo la válvula ileocecal y el colon ascendente las áreas más frecuentemente implicadas. Las manifestaciones clínicas son habitualmente leves e inespecíficas como dolor abdominal, alteración del hábito intestinal, sangrado digestivo e incluso complicaciones agudas como invaginación, obstrucción intestinal o sangrado masivo. El diagnóstico se realiza mediante la realización de una colonoscopia o TAC.

Actualmente no hay guías establecidas para el manejo de la lipomatosis sistémica. Sin embargo, en caso de síntomas persistentes o complicaciones agudas la cirugía es el tratamiento de elección.

CP-108. EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA TOMA DE “INFUSIÓN DE CÁSCARA DE CAFÉ” EN PACIENTES CON ADENOMAS COLÓNICOS Y EN SUBGRUPO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. RESULTADOS PRELIMINARES

Bejarano García A, Casado Monge P, Correia Varela Almeida A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

Son varios los estudios que asocian el consumo de café con beneficios de salud.

Este estudio tiene como objetivos:

-Evaluar el efecto de la toma de “Infusión de Cáscara de Café®” en la modulación de niveles de marcadores inflamatorios (PCR, IL-6, MIC-1 y TNF- α y CPF).

-Evaluar los efectos del producto en la mejora de la calidad de vida en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable (SII).

Material y métodos

Estudio cuasiexperimental de medidas repetidas (pre-post) que incluye pacientes diagnosticados de adenoma colónico. La intervención realizada fue la toma diaria de una “Infusión de Cáscara de Café®” durante 30 días. A los pacientes se les realizó fleboextracción y muestra de heces en condiciones basales y tras la intervención dietética (la muestra de heces para valorar posibles cambios de microbiota con relación a la intervención dietética, de cuyos resultados aun no disponemos). A todos los pacientes se les pasó el cuestionario Roma IV- síndrome de intestino irritable (SII). A los que cumplían criterios diagnósticos se les realizó cuestionario de calidad de vida (IBS-QOL) pre y post suplementación.

Resultados

Completan el estudio 57 paciente (57% varones, mediana edad 60,75 años). El número de pacientes que cumplía criterios Roma IV para SII fue de 12. El análisis de los datos se dividió según los pacientes presentaran o no datos de lesión adenomatosa avanzada (Guía AEG 2018).

No se vieron diferencias en los valores de los marcadores serológicos analizados pre y post suplementación. Si existe una discreta disminución en niveles de CPF, que no alcanza significación estadística.

En cuanto a la calidad de vida, la puntuación tras la suplementación evidencia una ligera mejoría de la percepción de los pacientes con SII, con $p > 0.05$.

		PRE	POST	P
		Mediana	Mediana	
Adenoma no avanzado	IL10	1,30 (1,05)	1,21 (0,83)	0,557
	LBP	12140,00 (5860,87)	12068,00 (3370,82)	0,845
	TNF α	0,97 (0,50)	0,94 (0,30)	0,203
	MCP-1	270,80 (165,18)	291,30 (103,07)	0,918
	Calpro	197,00 (708,69)	167,00 (588,46)	0,180
Adenoma avanzado	IL10	1,46 (1,59)	1,26 (1,22)	0,174
	LBP	14710,00 (4459,00)	14459,50 (4249,88)	0,909
	TNF α	1,02 (0,41)	0,90 (0,32)	0,209
	MCP-1	347,90 (117,93)	357,90 (109,96)	0,409
	Calpro	169,00 (253,64)	96,50 (634,17)	0,722

Tabla 1

Marcadores serológicos y fecales pre y post intervención.

SÍNDROME INTESTINO IRRITABLE	Visita 1	Visita 4	
	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	P
PUNTUACIÓN IBS-QOL	79,00 (34,18)	70,00 (25,65)	0,119

Tabla 2

Puntuación IBS-QOL pre y post intervención.

Conclusiones

-La ingesta de “Infusión de Cáscara de Café®” durante 30 días no se asocia con cambios en marcadores inflamatorios serológicos. Si parece estar en relación con una discreta disminución de CPF, lo que podría traducirse en un efecto antiinflamatorio del producto en estudio.

-En nuestra muestra, aquellos pacientes que presentan criterios de SII refieren una ligera mejoría en su calidad de vida percibida, aunque los datos nos muestran significación estadística.

-Con los datos obtenidos podemos afirmar que no existen efectos perjudiciales a corto plazo sobre la salud de los sujetos en estudio.

-Son necesarios estudios adicionales y una muestra mayor de pacientes que demuestre los beneficios que la ingesta de este producto podría suponer.

CP-109. EXPERIENCIA DE UN CIRCUITO DE DERIVACIÓN RÁPIDO AP-AH PARA LA DETECCIÓN DE CÁNCER COLORRECTAL EN UN HOSPITAL DE TER-CER NIVEL

Casado Monge PG, Varela Correia Almeida A, Bejarano García A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

El diagnóstico precoz de cáncer colorrectal (CCR) fuera de programas de cribado sigue siendo un desafío. Muchos de estos diagnósticos se realizan en pacientes que han realizado una primera consulta en atención primaria (AP) por síntomas sugestivos de la enfermedad (rectorragia, alteración hábito intestinal, etc).

- Evaluar la eficacia de un circuito de derivación directa (CR) entre AP y Endoscopia para pacientes con determinados criterios clínico-analíticos altamente sugestivos de CCR.

- Evaluar la adecuación a los criterios de derivación. Determinar diferencias entre los grupos de derivación adecuada e inadecuada.

Material y métodos

Análisis descriptivo univariante usando la media y desviación típica para la descripción de las variables cuantitativas, y recuento y porcentaje para las variables cualitativas. La normalidad de las variables se analizó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para la comparación entre el grupo con diagnóstico de CCR y el resto, en las variables cualitativas se usó el test Chi-cuadrado (χ^2) y para comparaciones con variables cuantitativas se analizó mediante el test de T de Student para medidas independientes. En todos los casos se exigió una significación estadística del 5% ($p < 0,05$). Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa estadístico SPSS, v24.0.

Resultados

Se incluyen 492 pacientes (87,23%) de un total de 564 derivados. 53,2% hombres, edad media de 67,46. De los incluidos: El 20,73% eran fumadores y 20,33% bebedores. El IMC medio fue de 28,14, con una desviación estándar de 9,97.

Porcentaje de adecuación en la derivación: 43,6%.

Número de CCRs detectados: 54. El 85% de estos diagnósticos se realizaron en pacientes con derivación según criterios establecidos. Existe asociación estadística entre los pacientes que cumplen criterios de derivación a través del programa de circuito rápido y presentan CCR.

De los pacientes con CCR, 6 eran fumadores (11,11%), 9 bebedores (16,67%), 5 fumador y bebedor (9,26%) y 7 tenían antecedentes familiares de CCR (12,96%). El IMC medio entre los pacientes con CCR fue de 27,98.

Conclusiones

Tras los datos evaluados, consideramos prioritario la implementación de circuitos de derivación ágiles entre

AP y AH para diagnóstico rápido de CCR en pacientes sintomáticos. Una vez implantado es necesario realizar un seguimiento y evaluación continua que permita solventar problemas como la falta de adherencia a los criterios de derivación y que ponen en peligro la supervivencia del programa. Son necesarios más estudios para confirmar si este tipo de circuitos suponen un impacto real en el pronóstico de la enfermedad.

CP-110. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO TRAS EL USO DEL TEST DE ALIENTO PARA DIAGNÓSTICO DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN INTESTINO DELGADO (SIBO/IMO)

Manrique Gil MJ, Cárdenas Cárdenas JF, Sanabria I, Chamorro R, Macías Rodríguez MA

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SBI) es un trastorno causado por la presencia de un excesivo número de bacterias coliformes en el intestino delgado (ID), así como, el sobrecrecimiento de metanógenas intestinales (IMO) por exceso de arqueas en ID y colon, alterando el proceso normal de la digestión y absorción, conllevando a una amplia gama de síntomas digestivos, hasta producir déficits nutricionales y deterioro en la calidad de vida.

Evaluar la utilidad del estudio de SBI en consultas generales de aparato digestivo. Establecer la relación entre síntomas funcionales y test de aliento positivo. Analizar la actitud terapéutica y respuesta al tratamiento antibiótico.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en pacientes remitidos para estudio de SBI mediante test de lactitol entre abril de 2022 y febrero de 2023 tras la elaboración de un protocolo de indicación del estudio e intervención terapéutica de los casos positivos.

Resultados

Se realizaron 160 estudios, 134 mujeres y 26 hombres con edad media de 46,87 años (entre 15-79). Los síntomas por los que se indicaron fueron: diarrea (36 pacientes), distensión abdominal (51 pacientes) y estreñimiento (4 pacientes). El 44,4% (71 pacientes) presentaban una combinación de síntomas (distensión abdominal asociado a otro).

El test fue positivo en 75 pacientes (46,8%), de los cuales: en 52 pacientes (69,3%) la curva fue positiva de predominio Hidrógeno, 13 predominio Metano (17,3%) y 10 positivo para ambos gases (Figura 1).

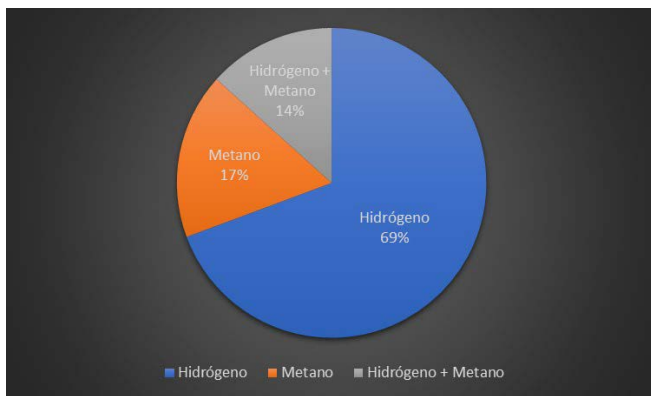


Figura 1

Distribución de positivos según el subtipo de sobrecrecimiento.

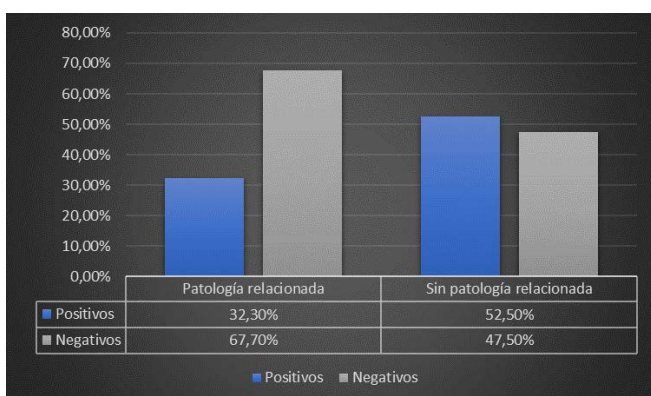


Figura 2

Relación entre patología asociada y resultados.

En un análisis por subgrupos, se observó que entre los pacientes con enfermedades relacionadas al SIBO (como, porejemplo: SII, fibromialgia, resecciones gastrointestinales, intolerancia a la lactosa, celiaquía...) representan un total de 59 pacientes, de los cuales resultaron positivos el 32,3%. En los 101 pacientes sin patología relacionada, el 52,5% dio positivo al test (Figura 2).

Recibieron tratamiento con Rifaximina 40 pacientes con SIBO y se añadió Neomicina en 6 pacientes con IMO. El resto recibieron otros tratamientos. El 56% presentaron resolución de los síntomas con el tratamiento instaurado.

Conclusiones

El estudio de SIBO mediante test de lactilol supone una importante carga asistencial y económica en un servicio de Aparato Digestivo. Existe una escasa relación entre los resultados del test y la patología basal del paciente. El tratamiento antibiótico ajustado al resultado no es eficaz en una proporción elevada de los pacientes. A día de hoy, existen muchas limitaciones con las herramientas disponibles, tanto para el diagnóstico, tratamiento y manejo de estos pacientes, que hacen necesario aumentar tanto la investigación como la creación de protocolos específicos.

CP-111. EXTRACCIÓN TRANSANAL QUIRÚRGICA DE FECALOMA CRÓNICO CALCIFICADO

Díaz Brito JA¹, Grilo Bensusan I², Herrera Martín P², Herrera Gutiérrez L¹, Díaz Martín AJ¹, De Los Reyes Lopera N¹, Ferrusola Díaz DA¹, López Durán B¹, Palacios García E¹

¹UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA, ÉCIJA. ²UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA, ÉCIJA.

Introducción

La impactación fecal es un trastorno definido por la incapacidad para expulsar el bolo fecal de gran tamaño y consistencia localizado en la porción distal del colon o el recto, conocido como fecaloma. Presentamos un caso excepcional por sus características y por el método empleado para su extracción.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 75 años que acude a la consulta de cirugía por la existencia de un dolor a nivel de hipogastrio de más de un año de evolución. Además, presenta diarrea líquida sin productos patológicos acompañado de tenesmo rectal y sensación de evacuación incompleta. No se palpaban masas rectales ni abdominales.

Había sido derivada previamente a Ginecología por su médico de atención primaria debido al hallazgo de una calcificación en el área pélvica observada mediante una radiografía de abdomen. descartándose patología de dicha esfera (Figura 1).

Se indicó la realización de una TAC abdominopélvica con contraste que demuestra la existencia de una ocupación rectal por un material densamente calcificado de 7 x 9 cm, con prolongaciones digitiformes sugestivo de fecaloma calcificado (Figura 2).

La realización de una colonoscopia confirma la existencia de un fecaloma pétreo a nivel rectal que no se puede sobrepasar, ni abordar para su fragmentación debido al tamaño, consistencia y forma del mismo.

Ante la imposibilidad de tratamiento endoscópico, ni respuesta al tratamiento con enemas se decide su extracción transanal con instrumental quirúrgico. Para ello bajo anestesia general y en posición de litomía se procedió a la fragmentación del fecaloma y extracción de varios fragmentos, usando pinzas de Rochester con dientes, de Foester y de hemostasia. Se realiza una colonoscopia intraoperatoria extrayéndose otros fragmentos mediante asa de polipectomía quedando libre todo el recto y rectosigma (Figuras 3 y 4). La evolución postoperatoria fue satisfactoria tolerando dieta oral a las 24 horas, presentando deposiciones normales a las 48 h y siendo dada de alta a las 72 horas.

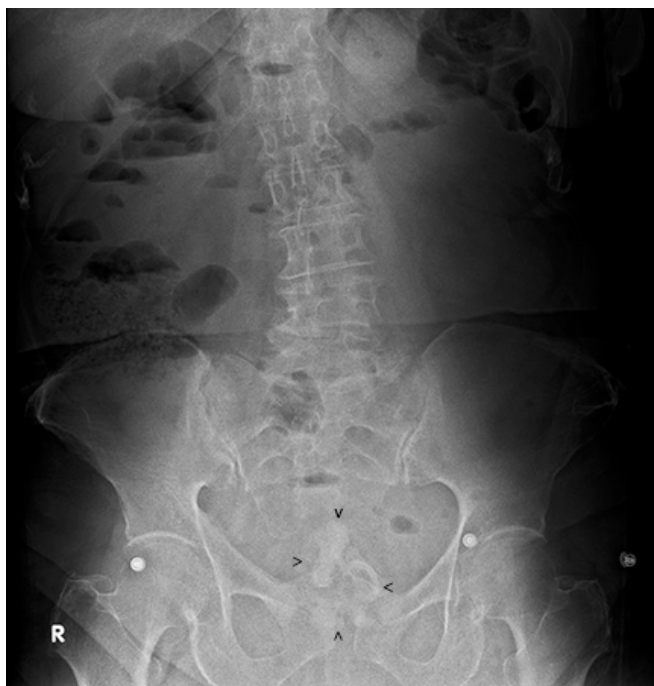


Figura 1

Radiografía simple en bipedestación de abdomen en la que se observa a nivel pélvico una masa calcificada de gran tamaño. Delimitada con puntas de flecha.



Figura 2

Corte transversal de TAC abdominal con contraste donde se observa a nivel de la luz del recto una masa de gran tamaño con densidad similar al hueso.

Discusión

El tratamiento habitual de los fecalomas es conservador mediante el uso de enemas y la extracción digital. El tratamiento endoscópico mediante la inyección con agujas



Figura 3

Imagen de endoscopia en la que se observan dos fragmentos pétreos del fecaloma, extrayéndose mediante asa de polipectomía.



Figura 4

Fragmentos pétreos del fecaloma extraído.

de esclerosis de diferentes sustancias y su fragmentación y extracción con asa de polipectomía o pinzas de biopsia, supone un nuevo escalón terapéutico. Si fracasan las anteriores medidas puede plantearse su extracción quirúrgica mediante laparotomía, asociando en ocasiones colectomías parciales. En este caso se ha utilizado con éxito otra técnica no descrita previamente y que podría ser una opción para evitar la laparotomía.

CP-112. GASTROENTERITIS AGUDA SEVERA SECUNDARIA A PICADURA DE GARRAPATA

Villegas Pelegrina P, Moreno Moraleda I, Sánchez Tripijana M

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

Introducción

La Fiebre Botonosa Mediterránea (FBM) es una zoonosis causada por la bacteria *Rickettsia conorii*, que se transmite al humano por la mordedura de la garrapata de perro *Rhipicephalus sanguineus*. Se trata de una enfermedad endémica de los países de la cuenca mediterránea, y sus manifestaciones clínicas son inespecíficas: fiebre, cefalea, rash maculopapular, mialgias, vómitos y diarrea; pudiéndose confundir con un cuadro gripal, por lo que es importante realizar el diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Varón de 57 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por síndrome emético de varios días de evolución, que se maneja de forma ambulatoria con tratamiento sintomático. Tras dos semanas, regresa ante la persistencia clínica, que se acompaña de deposiciones diarreicas, fiebre de 39°C y lesiones maculopapulosas eritematosas no pruriginosas de distribución corporal con afectación de plantas.

Se realiza una anamnesis más detallada, refiriendo vivir en el campo y en contacto con animales (perros, gatos, ovejas y periquitos).

Durante su estancia en observación, el paciente comienza con taquipnea (28 rpm) e hipotensión (TA 80/40 mmHg). A la exploración neurológica, deterioro cognitivo con bradipsiquia, sin ninguna otra focalidad. Llama la atención una hiperemia conjuntival marcada y la presencia de una lesión costrosa en región pretibial del miembro inferior derecho.

En la analítica destaca alteración del perfil hepático (GOT 580 U/L, GPT 326 U/L, bilirrubina total 2.21 mg/dL), hiponatremia severa (sodio 118 mEq/L) y elevación de reactantes de fase aguda (PCR 28 mg/dl, leucocitos 11720/mm³) con plaquetopenia (75000/L).

Ante el deterioro clínico y el contexto epidemiológico, se inicia tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, ciprofloxacino y doxiciclina, dirigiendo el estudio hacia rickettsiosis y bacterias espiroquetas.

Finalmente se diagnostica de FBM y el paciente evoluciona de forma favorable con tratamiento antibiótico dirigido.

Discusión

La FBM es una enfermedad infecciosa sistémica que cursa con afectación gastrointestinal, hepática y cutánea. El exantema es característico de esta enfermedad, diferenciándose de otras enfermedades por la aparición de una lesión costrosa en un contexto epidemiológico con perros.

Es importante realizar el diagnóstico temprano para iniciar el tratamiento antibiótico precoz para evitar la evolución desfavorable con fallo multiorgánico, así como hacer hincapié en una buena profilaxis evitando la picadura de la garrapata: utilizar ropa adecuada en las salidas al campo, protección con repelentes y mantener un adecuado cuidado de mascotas (sobre todo en verano y otoño), y si se visualiza garrapata, retirarla lo antes posible.

CP-113. GIST EN SU FORMA MÁS ATÍPICA

Calderón Chamizo M, Del Pino Bellido P, Ternero Fonseca J, Quirós Rivero P, Arroyo Prieto MJ, Naranjo Pérez A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son la neoplasia mesenquimal más frecuente del tracto digestivo y también el sarcoma más frecuente. Pueden aparecer en cualquier parte del tracto gastrointestinal, especialmente en estómago e intestino delgado (ID) superior. Por lo general, son sólidos, pero se ha descrito degeneración quística, necrosis y hemorragia focal en tumores más grandes, lo que puede dar lugar a una cavidad necrótica central.

Caso clínico

Se trata de un varón de 43 años, hipertenso y dislipémico, que ingresa en octubre de 2022 en Cirugía General por epigastralgia y fiebre, objetivándose en TC de Abdomen un engrosamiento mural a nivel del primer asa yeyunal, junto a la que se observa formación pseudonodular con hipercaptación de contraste heterogénea, planteándose el diagnóstico diferencial entre divertículo duodenal complicado, lesión tumoral o afectación inflamatoria. Buena evolución clínica, por lo que es dado de alta con control posterior con Entero-RM (enero 2023) donde se evidencia divertículo yeyunal con engrosamiento a ese nivel.

En agosto de 2023, consulta nuevamente por epigastralgia intensa, precisando perfusión de analgesia, y fiebre, con elevación de RFA (PCR hasta 263) requiriendo antibioterapia de amplio espectro con piperacilina-tazobactam. Se realiza TC donde se objetiva una gran masa de 13,5x13x16cm necrótico-quística en hemiabdomen izquierdo (sospecha de GIST) impresionando de estar fistulizada o ulcerada.

Se realiza USE+BAAG que confirma el diagnóstico, con AP compatible con GIST (cd117 c-Kit, DIG1, Ki67 positivos, sin mitosis ni necrosis) y resto de estudio de extensión negativo.

Ante el diagnóstico de GIST de intestino delgado probable origen yeyunal >10cm, (T4N0M0, estadio IIIA) con ulceración o fistulización asociada, es presentado en Comité Multidisciplinar decidiéndose quimioterapia neoadyuvante, de cara a reducir el tamaño del tumor con vistas a cirugía posterior.



Imagen en corte coronal de TC de ABD realizado en octubre de 2022.

Figura 1



Imagen en corte coronal de Entero-RM, enero 2023.

Figura 2

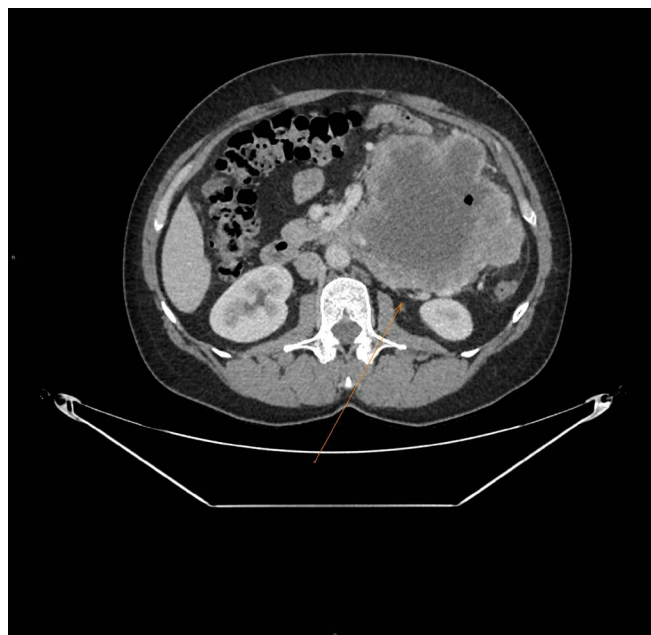


Imagen en corte axial de TC de abdomen, agosto 2023.

Figura 3

Discusión

La fistulización es una complicación rara de los sarcomas intraperitoneales, habiéndose descrito escasos casos en la literatura.

En concreto, los GIST pueden presentarse con una gran área de descomposición quística que imita lesiones quísticas complejas. También puede haber sombra de gas en su interior si se comunica con la luz gastrointestinal, imitando un divertículo.

En nuestro paciente, el gran tamaño del tumor junto con la invasión de la pared intestinal, llevó a la formación de una fístula entre ambas estructuras. En este caso, la clínica típica de un proceso inflamatorio, junto con la presencia de gas que en un primer momento se transmitía desde la luz duodenal al tumor, dificultó el diagnóstico, por su similitud por imagen con un divertículo gastrointestinal.

CP-114. GRAN HERNIA PARAESOFÁGICA Y UNA COMPLICACIÓN INFRECUEnte

Saldaña García L, Hernández Pérez AM, Castillo Toledo M, Ljubic Bambill I, Fernández Pérez F

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

Dentro de las hernias de hiato, las paraesofágicas (tipo II, III, IV) son poco frecuentes, en especial la tipo IV que cursa con herniación de vísceras distintas del estómago.

Estas pueden complicarse con ulceración, hemorragia y obstrucción. Si bien la complicación es poco frecuente también puede ser potencialmente grave y con alta morbilidad y mortalidad secundarias a la cirugía. Se presenta el caso de un paciente con obstrucción duodenal secundaria a hernia paraesofágica tipo IV.

Caso clínico

Paciente varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, hernia de hiato paraesofágica y enfermedad por reflujo gastroesofágico con esófago de Barrett en tratamiento con Omeprazol. Valorado en Urgencias por dolor epigástrico y vómitos oscuros. Se realizó endoscopia digestiva alta que tuvo que suspenderse por presencia de abundantes vómitos marrones. Se realizó TC de abdomen con contraste con hallazgo de hernia paraesofágica derecha que contenía el duodeno provocando obstrucción duodenal prácticamente completa, con gran distensión gástrica. El paciente se intervino mediante laparotomía media donde se identificó la hernia que contenía el colon transverso y parte del duodeno. Se realizó reducción de colon y duodeno y abdominalización del esófago con funduplicatura tipo Nissen. El paciente presentó en el postoperatorio disnea e íleo paralítico resueltos con tratamiento médico. Buena evolución posterior procediéndose al alta domiciliaria con resolución del cuadro obstructivo.



Figura 1

TC de abdomen con importante dilatación de la cámara gástrica y obstrucción duodenal por hernia paraesofágica gigante.

Discusión

El riesgo anual de complicación de las hernias paraesofágicas con necesidad de cirugía urgente es menor del 2 por ciento, de ahí que la indicación de cirugía en el momento del diagnóstico siga siendo un tema controvertido. En este caso, aunque no exento de complicaciones, fue necesaria la intervención quirúrgica urgente para solucionar la obstrucción intestinal del paciente.

CP-115. HEMANGIOMA COLORECTAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Molino Ruiz L, Martín Mantis E, Orozco Bernárdez-Zerpa N, García Domínguez E

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

Introducción

El hemangioma de colon y recto es una entidad muy poco frecuente. Afecta mayormente al recto y al sigmoides, la incidencia es del 0.06%, es decir 1 por cada 1,500 pacientes. Su origen parece ser a partir de restos embrionarios de tejido mesodérmico. La transformación maligna es rara. Pueden presentarse como lesiones solitarias, múltiples lesiones limitadas al colon o como parte de una enfermedad difusa.

Caso clínico

Varón de 64 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés que ingresa en el servicio de Aparato Digestivo por presentar episodios recurrentes de rectorragia de sangre rutilante, sin asociar alteración del tránsito previa, dolor abdominal, fiebre, así como otra sintomatología acompañante. Niega patología hemorroidal conocida.

En la exploración física destaca tacto rectal con restos hemáticos y desde el punto de vista analítico hemoglobina en límite inferior de la normalidad.

Se realiza colonoscopia programada y se observa a 20 cms del margen anal, lesión submucosa polipoidea de 15 mm (**Figura 1**) que se extirpa, previa colocación de endoloops. Divertículos en colon sin signos de complicación.

Finalmente, el resultado de anatomía patológica describe hemangioma submucoso colorrectal.

Desde la resección de la lesión, el paciente permaneció asintomático, sin nuevos episodios de exteriorización de sangrado y en analítica de control, hemoglobina dentro del rango de normalidad.

Discusión

Los hemangiomas son lesiones vasculares congénitas que afectan generalmente piel, hígado, páncreas y tracto gastrointestinal. Su localización en colon es poco frecuente, la región más afectada es a nivel de rectosigmoides la mayoría de los casos. Se manifiesta desde edades tempranas y suele afectar más al género masculino. La presentación más común es la proctorragia indolora en el 90% de los casos.

El tratamiento de un hemangioma intestinal sintomático es principalmente quirúrgico, sin embargo, en los casos en



Lesión submucosa polipoidea.

Figura 1

que las malformaciones son pequeñas o si la cirugía esta contraindicada, puede emplearse tratamiento médico por vía endoscópica.

En nuestro caso, el paciente presentó una lesión única, de pequeño tamaño, que se pudo tratar vía endoscópica, con evolución favorable y sin complicaciones.

CP-116. HIPOVOLEMIA SECUNDARIA A FUGA BILIAR POSTQUIRÚRGICA

Soler Góngora M¹, Ruiz Del Valle V², Contreras Matos FJ³, Bailón Gaona MC¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO REUMATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ³SERVICIO NEFROLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

Presentamos el caso de una mujer de 59 años que presentó una fuga biliar postquirúrgica con hipovolemia en el contexto de las pérdidas biliares.

Caso clínico

Mujer de 59 años que ingresa en Urología con realización de nefrectomía derecha por pielonefritis xantogranulomatosa. Durante su ingreso presenta cuadro de hipotensión con PA 74/44 e hipoperfusión profusa junto con cortejo vejetativo, náuseas y malestar general. Asocia anestesia y plejía en MII, ascendente hasta raíz de miembro. Desde su salida de reanimación se encontraba en tratamiento analgésico con fentanilo epidural.

Se drenan al menos dos redones de 400 ml de contenido líquido oscuro, sin aspecto hemático claro. En la analítica



Colección biliar en lecho quirúrgico.

Figura 1



Neumoperitoneo y burbujas subhepáticas.

Figura 2

destaca aumento de RFA junto con leve anemización hasta Hb de 10.2.

Se realiza AngioTC abdomino-pélvico para descartar hemorragia intraabdominal vs complicación del lecho quirúrgico. Este descarta sangrado activo e informa de neumoperitoneo supra e inframesocólico, así como abundantes burbujas a nivel subhepático. Además, presenta una colección líquida de 2.8x6.1x11 cm (APxTxCC) en porción inferior del lecho quirúrgico, caudal a la punta del catéter de drenaje.

La paciente se reinterviene objetivándose perforación a nivel de segunda rodilla duodenal, con fuga biliar asociada, evolucionando satisfactoriamente posteriormente.

Discusión

La producción de bilis en el hígado oscila entre 500-1000 ml diarios, siendo gran parte de esta reabsorbida a nivel intestinal (especialmente en íleon distal) con hasta un 90% de reciclaje de las sales biliares. El caso de nuestra paciente ilustra como la ausencia de reabsorción biliar puede precipitar un cuadro de hipovolemia dado el elevado volumen de bilis secretada diariamente al intestino delgado.

CP-117. HISTOPLASMOSIS INTESTINAL EN PACIENTE VIH: COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA EN LA DIARREA CRÓNICA

Fernández Carrasco M, Rodríguez Mateu A, Sánchez García O

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

Introducción

La histoplasmosis es una micosis sistémica granulomatosa producida por la infección del hongo *Histoplasma capsulatum*. Es una infección endémica propia de áreas tropicales con afectación predominantemente en población inmunodeprimida, especialmente aquellos con infección por el virus de inmunodeficiencia humano (VIH).

La afectación gastrointestinal exclusiva es rara, con un pronóstico mortal sin tratamiento. La forma de presentación suele ser subaguda y la clínica es inespecífica, manifestándose generalmente con diarrea crónica y síndrome constitucional. Su principal localización es ileocecal con tres formas de presentación: estenótica, ulcerada y edematosa.

Debido a lo inusual de esta entidad en nuestro entorno, y para resaltar la importancia de realizar un buen diagnóstico diferencial en la diarrea crónica en el paciente inmunodeprimido, presentamos el caso de un paciente VIH no diagnosticado previamente, que debuta con una duodenitis e ileocolitis granulomatosa por *Histoplasma capsulatum*.

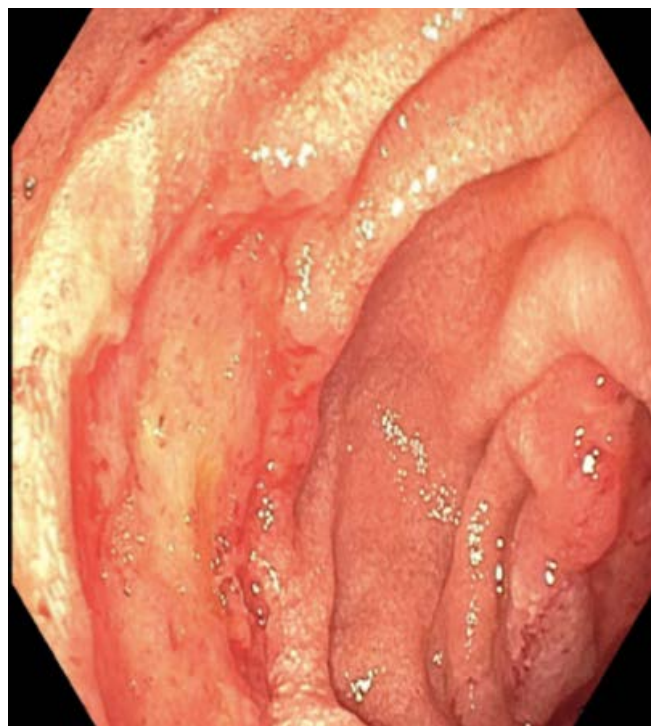
Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 27 años natural de Colombia, con diagnóstico reciente de VIH categoría C3 sin otros antecedentes conocidos, que consulta por clínica de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, diarrea, intolerancia oral y pérdida ponderal de 20 Kg en 7 meses.

En el examen físico destaca caquexia, así como abdomen doloroso en fosa iliaca derecha. Analíticamente presenta recuento 50 linfocitos TCD4+/mm³ y pancitopenia.

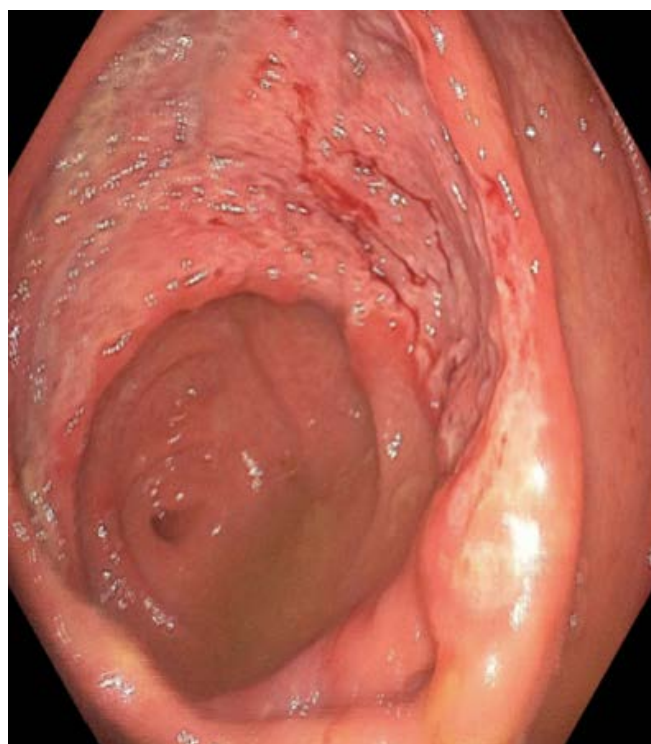
Se realiza doble estudio endoscópico, mostrando lesiones ulcerosas profundas y excavadas a nivel de duodeno, así como en íleon, y afectación en colon derecho y transverso de forma parcheada. El estudio histopatológico informa de estructuras parasitarias con positividad en tinción de Grocott, compatibles con *H. capsulatum*.

Se comienza tratamiento de inducción con anfotericina B liposomal (4mg/kg) y posteriormente se realiza mantenimiento con itraconazol durante un año, con mejoría de la clínica del paciente, encontrándose en el momento actual asintomático.



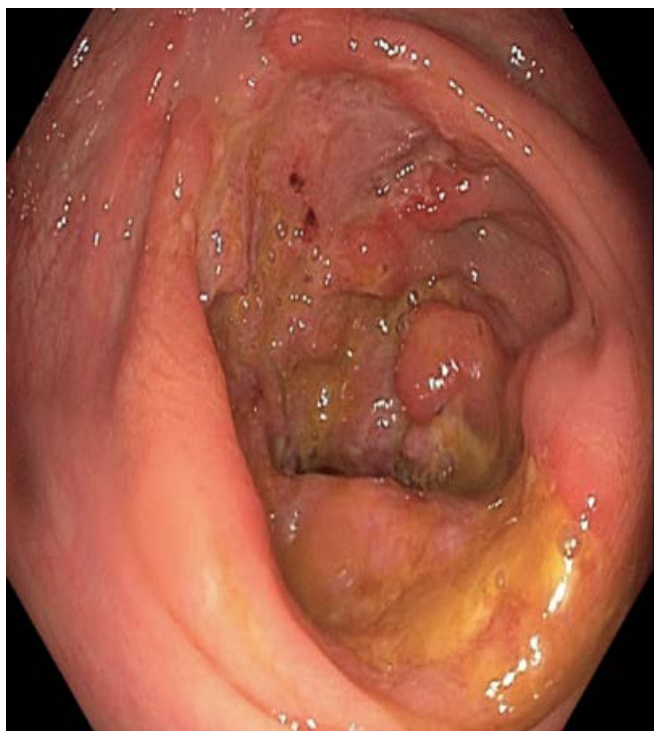
Úlcera fibrilada en segunda porción duodenal observada en gastroscopia.

Figura 1



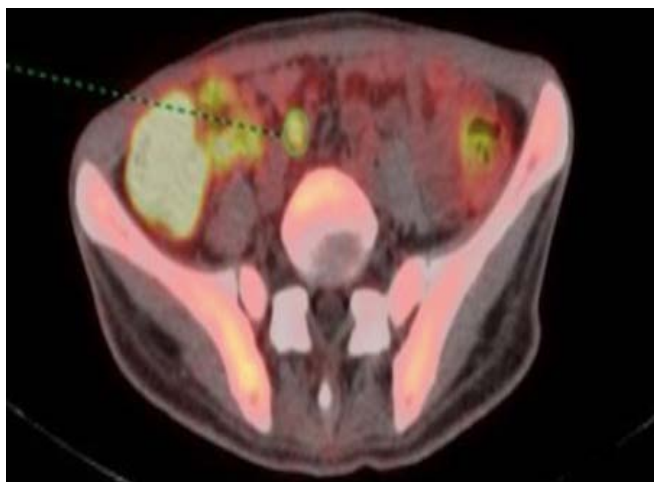
Úlceras en colon derecho.

Figura 2



Afectación de la válvula ileocecal.

Figura 3



Hipercaptación a nivel de duodeno (medial) y colon derecho (lateral) en estudio PET-TC.

Figura 4

Discusión

La histoplasmosis es una causa infrecuente de diarrea crónica, con posible afectación gastrointestinal, más prevalente en sujetos inmunocomprometidos. Además de la presentación clínica inespecífica, los hallazgos endoscópicos son similares a otras entidades causantes de colitis infecciosas, planteando diagnóstico diferencial principalmente con la tuberculosis intestinal dada su mayor prevalencia, e incluso con la enfermedad inflamatoria intestinal.

Para el diagnóstico resulta fundamental el cultivo de una muestra de tejido y la identificación de las levaduras en biopsias. Sin tratamiento tiene una mortalidad del 30%, pero una vez tratado tiene una excelente evolución, sin dejar secuelas. Por ello, a pesar de ser una entidad rara, hay que tenerla presente en población procedente de áreas endémicas inmunocomprometida con afectación gastrointestinal.

CP-118. ILEO PARALITICO SECUNDARIO A SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS: UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE DE LA ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA.

Gálvez Criado JM, Silva Albarellos E, Barranco Castro D, Caunedo Álvarez A

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

Introducción

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) consiste en una perihepatitis asociada a enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), que sucede por afectación de la cápsula de Glisson y el peritoneo circundante en relación a infecciones ginecológicas por chlamydia y gonococo. Presenta una clínica inespecífica de dolor a nivel de hipocondrio derecho, lo que abarca un amplio diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Mujer de 51 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor localizado en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución asociado a fiebre, vómitos y ausencia de deposiciones. A la exploración, abdomen distendido, timpánico y doloroso de forma generalizada, con datos de irritación peritoneal. Analíticamente destaca elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis con neutrofilia, PCR 253mg/L, procalcitonina 7,6ng/mL).

Ante estos hallazgos se realiza TC abdominal urgente, objetivando dilatación de asas de intestino delgado y marco cólico sin identificar causa obstructiva (Figura 1), líquido libre interasas y edema mesentérico difuso.

La paciente ingresa inicialmente en observación donde presenta un rápido deterioro del estado general, progresando a situación de shock séptico a pesar de inicio de antibioterapia empírica, por lo que finalmente se decide cirugía urgente para laparotomía exploradora. Durante la intervención se identifica una peritonitis purulenta, más intensa a nivel perihepático, con abundantes depósitos de fibrina en hígado e interasas (Figuras 2 y 3), además de un útero congestivo y una trompa de Falopio derecha hiperémica y edematosa, todo ello compatible con EPI grado II. Se llevó a cabo un lavado y aspirado de toda la cavidad pélvica y peritoneal, lisis de las adherencias y toma de muestras para estudio microbiológico, siendo positivo

para *Neisseria gonorrhoeae*. La paciente evolucionó favorablemente tras la cirugía y antibioterapia dirigida.



Imagen de TC abdominal urgente en donde evidenciamos dilatación de asas de intestino delgado y colon.

Figura 1



Imagen de laparoscopia exploratoria en donde apreciamos contenido purulento de predominancia perihepática con depósito de fibrina sobre cápsula de Glisson.

Figura 2

Discusión

El SFHC se asocia clásicamente a la EPI, aunque únicamente tiene expresión clínica en el 2-5% de los casos. Puede acompañarse de complicaciones como el hemoperitoneo o el íleo paralítico, siendo estas poco frecuentes. Dada su inespecificidad clínica, en estos pacientes suele sospecharse inicialmente patología biliopancreática, lo que retrasa el diagnóstico definitivo.

La relevancia de nuestro caso radica, además de por su forma de presentación atípica, en que para alcanzar el diagnóstico definitivo tuvo que recurrirse a una laparotomía exploratoria, que no suele ser necesaria actualmente gracias a la calidad de las pruebas de imagen.



Imagen de laparoscopia exploratoria en donde se evidencia dilatación de asas de intestino delgado con contenido purulento interasas y fibrina.

Figura 3

Esta entidad debe descartarse siempre en mujeres en edad fértil y sexualmente activas que consultan por dolor en hipocondrio derecho, siendo infradiagnosticada por su clínica inespecífica y ausencia de una prueba diagnóstica definitiva.

CP-119. LA LLAMADA DEL BUSCA DE INTERNA: HEMORRAGIA DIGESTIVA POR CRIOBULINEMIA TIPO I.

Pérez Campos E, Rodríguez Mateu A, Martínez Amate E

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

Introducción

La crioglobulinemia es un trastorno producido por la precipitación de inmunoglobulinas a bajas temperaturas que condiciona fenómenos trombóticos por oclusión de vasos sanguíneos. Se clasifican en 3 grupos: tipo I, generalmente de un curso más benigno y afectación casi exclusivamente cutánea y tipo II y III, donde se forman inmunocomplejos que suelen afectar a otros órganos, principalmente riñón y sistema nervioso.

Presentamos el caso de una paciente con crioglobulinemia tipo I con afectación gastrointestinal que se presentó como hemorragia digestiva baja.

Caso clínico

Mujer de 74 años diagnosticada de crioglobulinemia tipo I asociada a gammapatía monoclonal IgG kappa, tratada en primera instancia con esteroides y rituximab, recidivando posteriormente con vasculitis crioglobulinémica (afectación cutánea e isquemia de extremidades inferiores).

Durante una crisis vasculítica con afectación cutánea, presenta rectorragia franca y molestias abdominales. La colonoscopia evidencia restos hemáticos frescos hasta

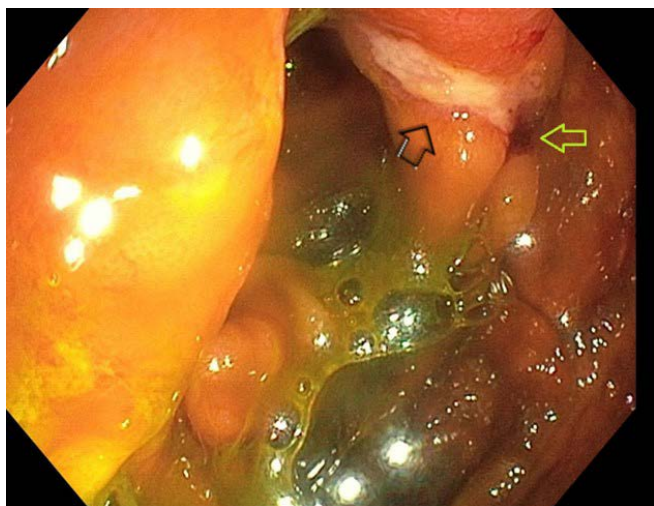


Figura 1

Colon derecho inmediatamente proximal a polo cecal, con válvula ileocecal a la izquierda de la imagen. Se observa lesión avascular subcentimétrica fibrinada (flecha negra) con punto de hematina adherida (flecha verde), sin sangrado activo.

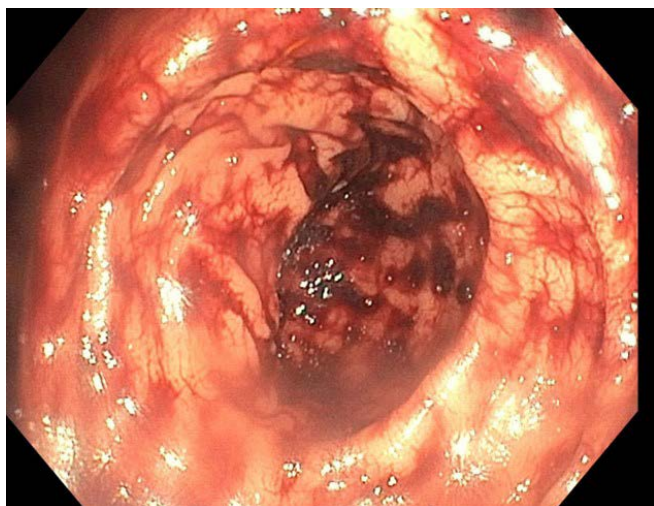


Figura 2

Colon izquierdo con restos de sangre fresca sobre mucosa normal.

colon derecho, a partir de donde se observan múltiples lesiones avasculares circunscritas, algunas con aspecto en diana y sufusión subeptileal central, así como con estigmas de sangrado reciente. Estos hallazgos, en el contexto clínico, hicieron sospechar origen isquémico como causa del sangrado, decidiendo no realizar terapéutica endoscópica a pesar de evidenciar sangrado activo. La transfusión de hemoderivados y la plasmaféresis consiguieron la remisión de la crisis cutánea e intestinal.

Discusión

La crioglobulinemia es un trastorno serológico con afectación multisistémica que consiste en la presencia de inmunoglobulinas que precipitan con temperaturas inferiores a los 37°.

La crioprecipitación puede condicionar la aparición del síndrome de hiperviscosidad, manifestándose en forma de acrocianosis, fenómeno de Raynaud y episodios trombóticos. Estos últimos producen una interrupción brusca del flujo sanguíneo, y la isquemia resultante puede condicionar crisis de dolor agudo y necrosis en articulaciones periféricas, además de procesos hemorrágicos (principalmente subcutáneos). El tratamiento de estas hemorragias (y del resto de complicaciones) debe ir enfocado a reducir el síndrome de hiperviscosidad por medio de la terapia inmunosupresora y la plasmaféresis. De igual forma sucede en las de origen digestivo, siendo contraproducente la inyección de sustancias vasoconstrictoras a lesiones de naturaleza isquémica.

La crioprecipitación con proteína monoclonal de cadenas ligeras (y no pesadas) como las kappa es un caso altamente infrecuente. Además, la afectación gastrointestinal es una localización muy poco habitual descrita como secundaria al síndrome de hiperviscosidad (cuya aparición ya de por sí es mucho más infrecuente en la crioglobulinemia tipo I que en las mixtas, al ser estas últimas mucho más graves).

CP-120. LESIONES SUBEPITELIALES EN RECTO: UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

González Parra AC, Rodríguez Delgado C, Galván Fernández MD, Rodríguez Téllez M, Caunedo Alvarez A

UGC Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción

La endometriosis es una patología caracterizada por la presencia de estroma endometrial fuera del útero, suponiendo la localización intestinal un 5% de los casos. Su diagnóstico endoscópico puede no ser sencillo dada su localización subepitelial.

Caso clínico

Paciente de 45 años, con síndrome de predisposición a tumores BAP-1. Realiza seguimiento en ginecología por síndrome premenstrual.

Consulta por estreñimiento, realizándose colonoscopia con hallazgo de lesión en recto medio de aspecto subepitelial de 10 cm de extensión, de aspecto infiltrativo (Figuras 1-3). Se toman biopsias que concluye cambios inflamatorios inespecíficos. En RMN pélvica se objetiva lesión polipoidea infiltrante con un estadio radiológico T3N0. En analítica destaca CA125 en 45 U/ml (elevado).

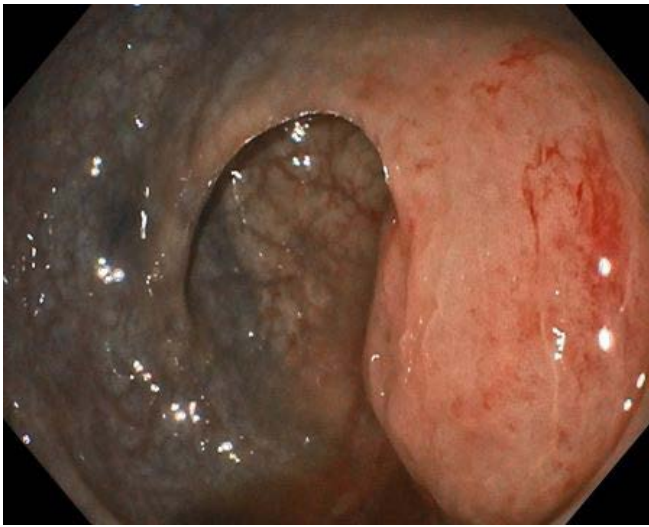


Figura 1

Lesión subepitelial en recto medio, que abarca el 50% de la circunferencia.

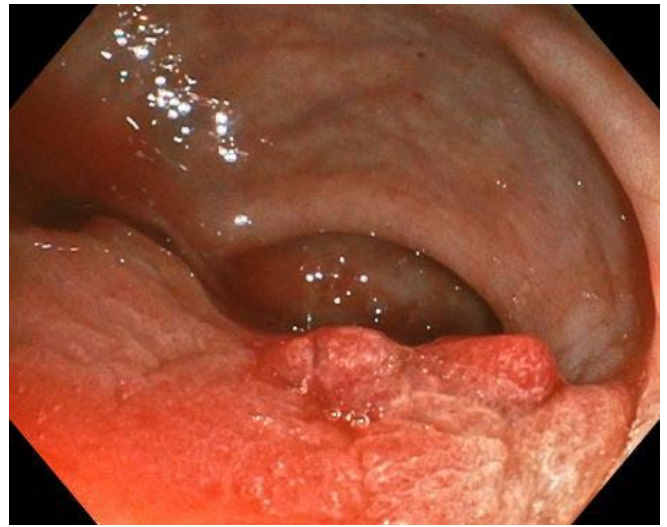


Figura 3

Imagen endoscópica de la lesión con las características referidas previamente.

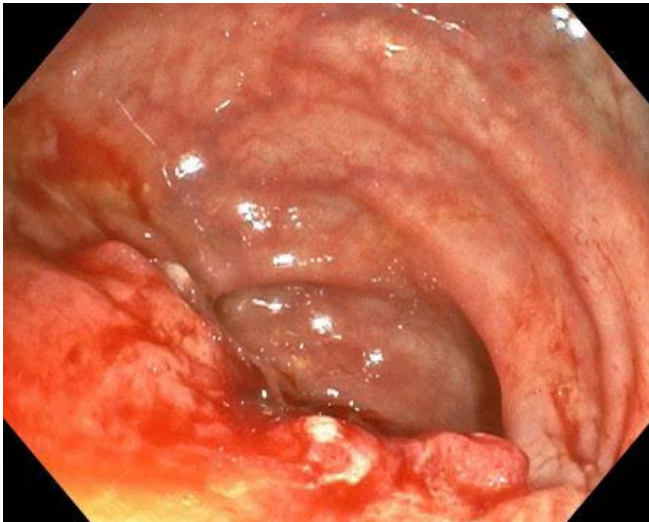


Figura 2

Se aprecia la lesión de aspecto mamelonada y friable.

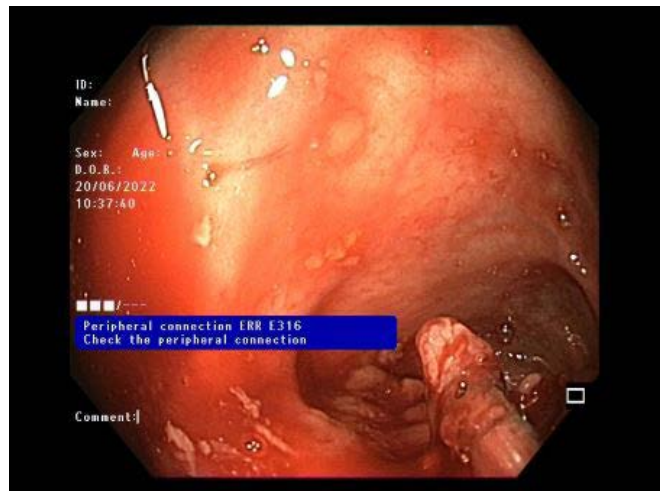


Figura 4

Toma de biopsia de la lesión, la cual fue examinada previamente por ecoendoscopia.

Se completa el estudio con ecoendoscopia para toma de biopsias (**Figura 4**). En ella se objetiva la lesión de aspecto hipoeoica que infiltra desde mucosa a serosa, y ausencia de adenopatías. La histología concluyó endometriosis rectal.

Se deriva a ginecología, que la diagnostica de endometriosis del tabique rectovaginal. La paciente mejora con hormonoterapia. Se realiza RMN de control a los cinco meses, permaneciendo la lesión estable. Actualmente pendiente de valoración por cirugía para intervención.

Discusión

La endometriosis rectal debe considerarse como diagnóstico diferencial en tumores colónicos subepiteliales particularmente en mujeres con dismenorrea o historia de infertilidad.

Existen varios reportes en la literatura sobre la susceptibilidad hacia la transformación neoplásica. Por ello el paciente al diagnóstico debe ser derivado a ginecología o cirugía general, que optará por terapia de reemplazo hormonal o resección.

CP-121. LINFOMA ESPLÉNICO DIAGNOSTICADO MEDIANTE COLONOSCOPIA

Sánchez Tripiana M, Navarro Moreno E, Villegas Pelegrina P, Diéguez Castillo C

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

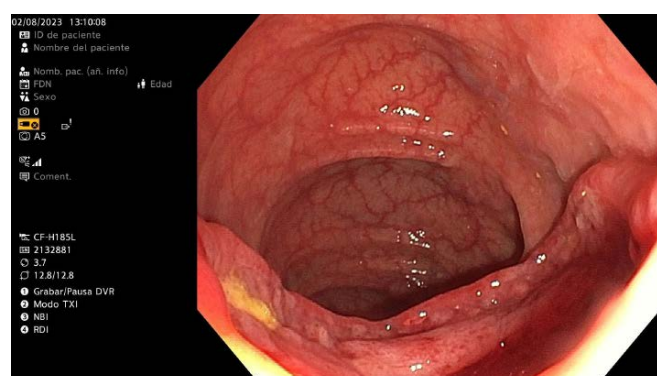
Introducción

El linfoma difuso de células B es el tipo más frecuente de linfoma no Hodgkin. Suele presentarse de forma agresiva, aunque responde con éxito al tratamiento quimioterápico. Clínicamente se presentan síntomas B, adenopatías y/o esplenomegalia, así como síntomas por compresión o infiltración de órganos adyacentes. Su diagnóstico se basa en la historia clínica, pruebas de imagen y el estudio anatomopatológico de la lesión.

Caso clínico

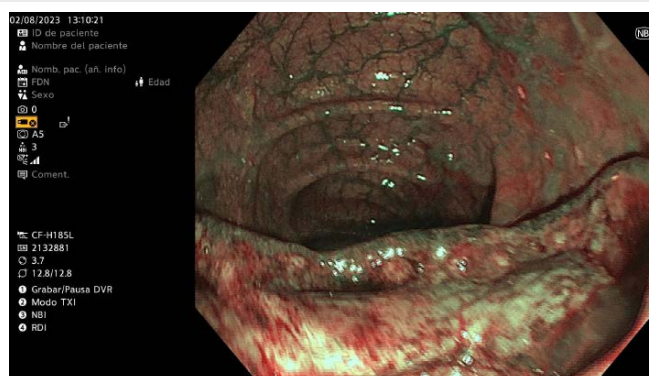
Varón de 85 años hipertenso, dislipémico y diabético tipo II remitido a consultas por estreñimiento de 3 meses de evolución y pérdida de peso no cuantificada. Ingresa posteriormente en Medicina Interna adjuntando informe de ecografía que informa de esplenomegalia secundaria a tumoración esplénica de bordes irregulares. En analítica, se observa anemia normocítica y un aumento discreto de la LDH, sin otros parámetros a destacar.

Se realiza colonoscopia que visualiza una lesión que ocupa un 40% de la luz, excavada y ulcerada, de bordes elevados, a 45 cm del margen anal con orificio abierto de unos 3mm de tamaño que sugiere neoplasia de ángulo esplénico de colon (Figura 1 y 2) con alta sospecha de perforación (Figura 3), de la que se toman biopsias. Se realiza además TC toraco-abdomino-pélvico que evidencia masa esplénica (Figura 4 y 5) que infiltra colon y no descarta infiltración de polo superior de riñón izquierdo, curvatura mayor gástrica y cola de páncreas, sin datos de perforación.



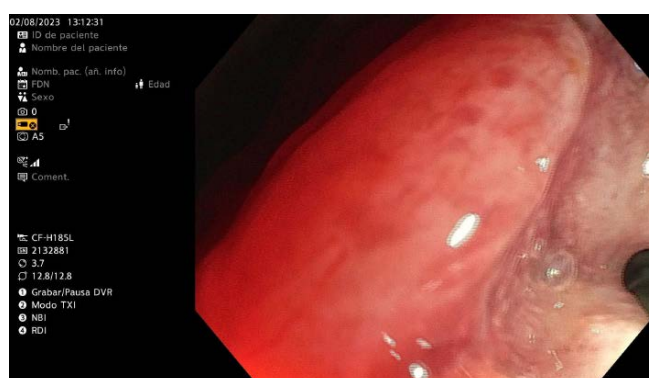
Visión endoscópica de ángulo esplénico de colon.
Neoplasia de ángulo esplénico de colon.

Figura 1



Visión endoscópica de ángulo esplénico de colon.
Neoplasia de ángulo esplénico de colon NICE 3.

Figura 2



Sospecha de perforación de la lesión colónica
visualizada mediante colonoscopia.

Figura 3

Las biopsias de la lesión informan de infiltración por síndrome linfoproliferativo concordante con linfoma B difuso de célula grande, subtipo célula B activada y triple expresor por IHQ para BCL2, BCL6 y C-MYC.

El paciente rechaza tratamiento con quimioterapia por lo que se opta por tratamiento paliativo.

Discusión

Se trata de un caso de linfoma esplénico con afectación colónica y de otras estructuras que debuta de forma poco común, con estreñimiento de meses de evolución y síndrome constitucional. El diagnóstico histológico de la tumoración esplénica se realiza mediante toma de biopsias de la lesión infiltrativa a través de colonoscopia, sin necesidad de realizar biopsia quirúrgica de la lesión, obteniéndose material suficiente para caracterizar morfológicamente la lesión y realizar tests especializados de inmunohistoquímica, citometría de flujo, hibridación fluorescente in situ y estudios de biología molecular, fundamentales para la clasificación adecuada del subtipo de linfoma y optimización de su tratamiento.



Masa esplénica visualizada en corte axial de TC toraco-abdomino-pélvico con contraste iv.

Figura 4



Masa esplénica visualizada en corte coronal de TC toraco-abdomino-pélvico con contraste iv.

Figura 5

En estos casos debe realizarse un diagnóstico diferencial con tumores primarios del colon, tales como adenocarcinoma o linfoma de tracto gastrointestinal, ya que resulta poco frecuente la presentación colónica de un linfoma esplénico secundaria a infiltración del mismo.

CP-122. MELANOMA RETROPERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Frutos Muñoz L, Martín Marcuartu P, Rubio Mateos J, Fernández Fernández E

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

Introducción

El melanoma maligno no es infrecuente. La gran mayoría del melanoma maligno primario ocurre en la piel, seguido de la capa coroidea de los ojos, debajo de la uña, las leptomeninges, la cavidad oral, la mucosa nasal, la faringe, el esófago, el bronquio, la mucosa vaginal o anorrectal. El melanoma maligno primario del retroperitoneo es extremadamente raro, particularmente en pacientes jóvenes.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 44 años sin antecedentes personales de interés. No tratamiento domiciliario habitual.

Consulta en Aparato Digestivo por dolor abdominal localizado a nivel infraumbilical e hipogastrio de varios meses de evolución con empeoramiento nocturno. Exploración abdominal con dolor en mesogastrio a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal.

Se realiza estudio de imagen con los siguientes datos:

-Ecografía abdominal: formación ecolúcida a nivel subumbilical, irregular, de 63,2 x 56,6 mm que parece tratarse de tumoración de intestino grueso.

-TAC abdomen y pelvis: Masa pélvica de contornos lobulados de 77 x 65 mm que borra el plano graso con el ovario derecho y con asas de intestino de íleon terminal, englobando la arteria iliaca común derecha.

-RMN abdominal: Masa que borra el plano graso con asas de íleon terminal. El ovario derecho presenta una alteración de la morfología y de la intensidad de señal en el polo superior que contacta con la masa.

Tras estos hallazgos se decide realización de tumorectomía y toma de biopsias intraoperatoria con hallazgos de neoplasia de 10 cm de diámetro dependiente de retroperitoneo y base de implantación sobre vasos ilíacos y uréter derecho.

Anatomía Patológica: Tumor con diferenciación melanocítica compatible con melanoma.

Discusión

Existen pocos casos en la literatura sobre melanoma maligno en retroperitoneo. Se cree que el melanoma surge donde residen los melanocitos, incluida la cadena simpática, que se origina en el ectodermo neural, así como las células ganglionares autónomas.

Al considerar la diferenciación del melanoma maligno, la metástasis de un melanoma cutáneo es el diagnóstico diferencial más probable. Aproximadamente el 90% de los pacientes con melanoma presentan lesiones secundarias, de las cuales el 45% tiene evidencia radiológica, y en el 10% de los casos, se desconoce el sitio primario. Por lo tanto, se requiere una investigación exhaustiva cuando se enfrenta a una sola lesión de melanoma. Otros diagnósticos diferenciales incluyen paraganglioma extrasuprarrenal pigmentado, Schwannoma melanótico y otras neoplasias neuroectodérmicas, que pueden ser excluidas por tinciones inmunohistoquímicas negativas para marcadores neuroendocrinos.

CP-123. OSIFICACIÓN MESENTÉRICA HETEROTÓPICA: HALLAZGO INUSUAL EN CIRUGÍAS DE REPETICIÓN

Plaza Fernández A¹, Navarro Moreno E¹, Valdenebro Cuadrado GM²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

La osificación mesentérica heterotópica (HMO) es una entidad benigna poco común, que consiste en la formación de un pseudotumor osificante en la base del mesenterio. Generalmente precedidos de una lesión, traumatismo o cirugía abdominal, pudiendo desarrollarse de semanas a años posteriores.

Caso clínico

Paciente de 52 años, exfumador y esplenectomizado tras politraumatismo hace 20 años. Ingresa por clínica de dolor abdominal, realizándose una tomografía computarizada (TC) en la que se describe masa sólida intraperitoneal hipervascularizada con calcificación grosera central de aspecto estrellado compatible con tumor carcinoide mesentérico. Tras resección de la tumoración por cirugía, la anatomía patológica revela esplenosis peritoneal con presencia de áreas degeneradas y calcificadas. En el postoperatorio requiere de segunda intervención por patología intestinal obstructivo adherencial pétreo (Figura 1), que obliga a resección masiva de intestino delgado y colon derecho, transverso y sigma. El estudio

anatomopatológico detecta un hematoma mesentérico organizado con fenómenos de osificación mesentérica heterotópica y extensa fibrosis mesentérica y de la serosa intestinal, focalmente esclerosante, englobando musculatura esquelética asociada a necrosis grasa y reacción giganto-celular tipo cuerpo extraño (Figuras 2-6).

Discusión

La osificación mesentérica heterotópica (miositis osificante intraabdominal) es una patología rara, cuya fisiopatología no es clara, siendo la principal teoría la metaplasia osteoblástica de células mesenquimales multipotentes

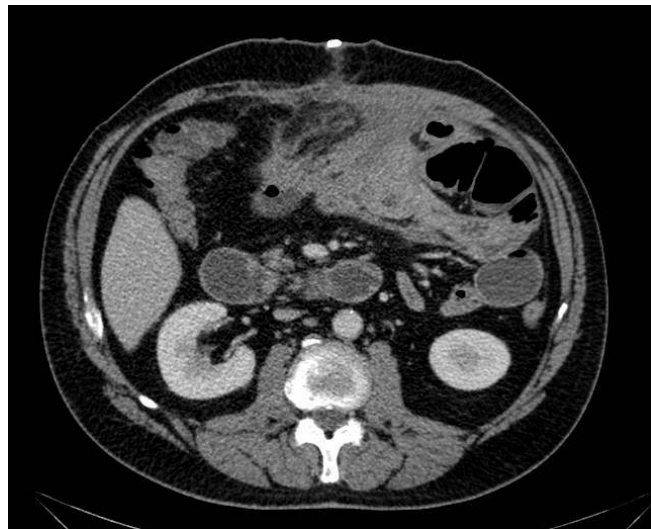


Figura 1

Engrosamiento mural mal delimitado externamente con extensos cambios inflamatorios e hiperdensidad tanto parietal como en la grasa mesentérica adyacente que sugiere sangrado vs hematoma en contacto con la pared abdominal anterior.

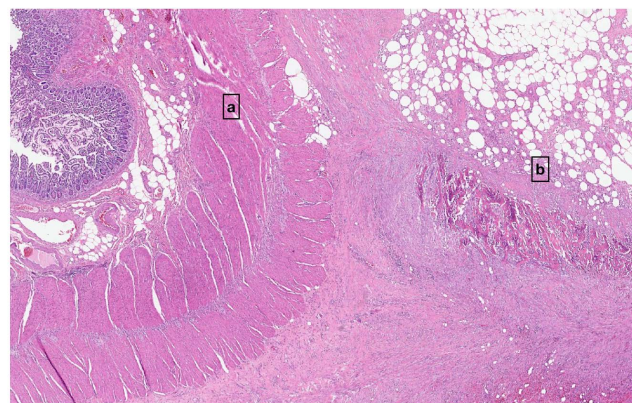


Figura 2

Imagen microscópica de una sección de la pared intestinal (a) en la que se identifica notable fibrosis de la serosa y del mesenterio con un foco de sustancia osteoide en su espesor (b).

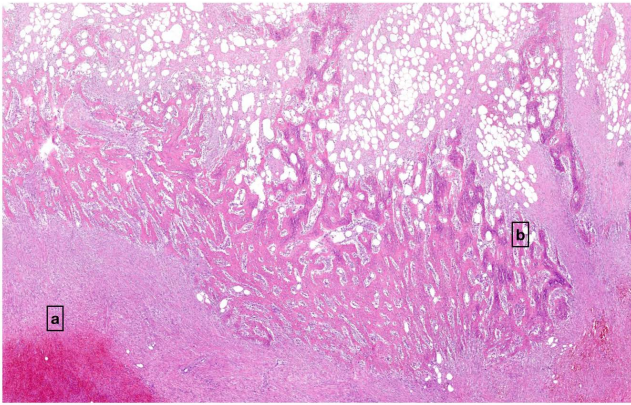


Figura 3

Panorámica histológica en el que se observa área de hematoma (a) y mesenterio con presencia de septos fibrosos de variable grosor que compartimentan la grasa asociado a la presencia de osteoide en disposición trabecular con fenómenos de mineralización y osificación (b).

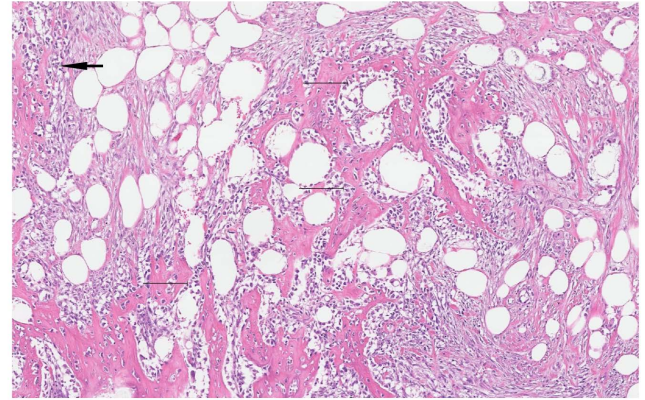


Figura 6

Detalle de la sustancia osteoide dispuesta en trabéculas irregulares y anastomosadas con ribete identificable de células osteoblásticas (flechas).

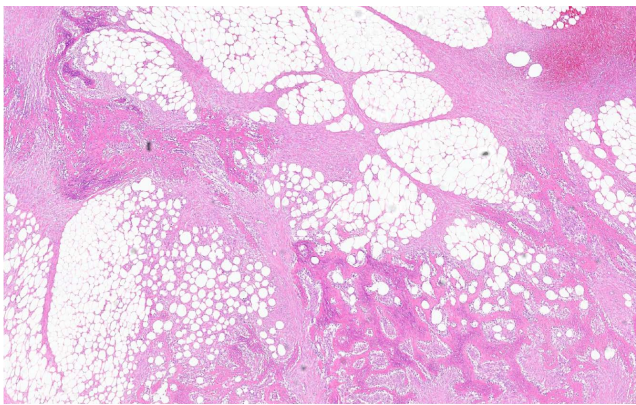


Figura 4

Mesenterio con septos fibrosos que albergan abundante sustancia osteoide neoformada en distintos estadios evolutivos.

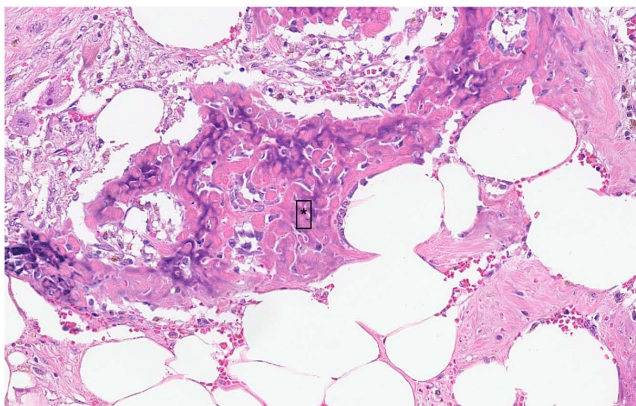


Figura 5

Foco de osificación mesentérica desorganizada (*).

con la ayuda de factores de diferenciación osteogénica en respuesta a un estímulo inflamatorio severo, tales como cirugía, trauma o infección previos.

El diagnóstico es generalmente intraoperatorio, aunque se puede sospechar mediante TC, que habitualmente, muestra engrosamiento del intestino delgado y, en casos raros, calcificaciones. El pronóstico es generalmente favorable, siendo de elección el tratamiento conservador siempre que sea posible, evitando la cirugía para prevenir una mayor osificación.

La característica histológica más relevante de la HMO es la presencia de septos fibrosos de variable grosor en el mesenterio que atrapan grasa, nervios y vasos integrados por fibroblastos y variable cantidad de osteoide y hueso con un ribete de osteoblastos. El diagnóstico diferencial se establece principalmente con calcificaciones distróficas y con neoplasias metastásicas y primarias sarcomatosas óseas.

En base a lo descrito, no debemos olvidar esta rara pero trascendente patología, asociada a antecedentes quirúrgicos o traumáticos abdominales. Dado que el diagnóstico diferencial principal incluye patología tumoral de comportamiento agresivo, es importante conocer esta entidad y considerar su estudio mediante laparotomía en casos dudosos. Es una patología benigna usualmente recurrente y de una evolución clínica que dista mucho de la historia natural de un osteosarcoma extraesquelético o un liposarcoma dediferenciado.

CP-124. PÓLIPO DE PROLAPSO MUCOSO: HALLAZGO TRAS HEMICOLECTOMÍA INDICADA POR LESIÓN DE EXTENSIÓN LATERAL (LST) IRRESECABLE ENDOSCÓPICAMENTE

García Martínez A, Fernández Olvera D, Moreno García A

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

Introducción

El “síndrome de prolapso mucoso” incluye una serie de entidades con características clínicas e histológicas similares, entre las que se encuentran los pólipos de prolapso mucoso.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 65 años sin otros antecedentes de interés que comenzó estudio en consultas de Digestivo por alteración del ritmo intestinal. Se realizó colonoscopia con hallazgo de diverticulosis colónica y una lesión plana de 40 x 40 mm en colon sigmoide distal que se correspondía con una lesión de extensión lateral no granular (LST-NG). Se tomaron biopsias cuyo resultado fue negativo para malignidad y se tatuó (Figura 1). No obstante, se repitió la colonoscopia por un segundo endoscopista, objetivándose tatuaje y confirmándose la irresecabilidad endoscópica. El caso del paciente fue presentado en comité de tumores colorrectales y se decidió hemicolectomía izquierda. Finalmente se obtuvo el estudio histológico de la muestra quirúrgica siendo compatible con pólipo de prolapso mucoso y ausencia de signos histológicos de malignidad.

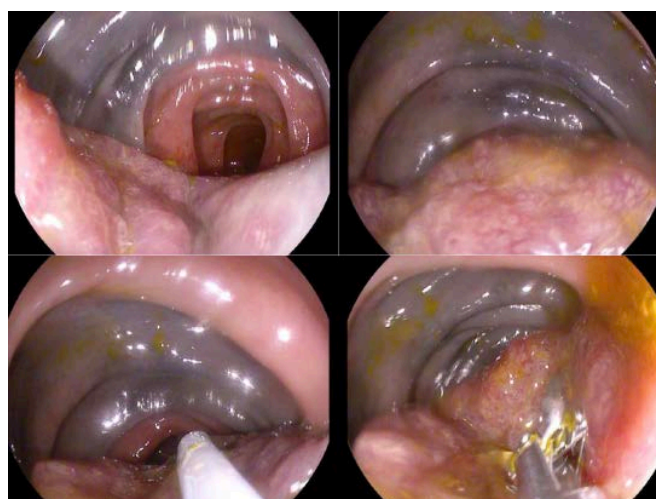


Figura 1

En la parte inferior de las imágenes se identifica la lesión descrita y proximal a ella, tatuaje endoscópico. Se compara la lesión con la pinza de biopsia endoscópica y se aprecia tacto elástico con la misma.

Discusión

Los pólipos de prolapso mucoso son lesiones infrecuentes que se presentan con más frecuencia en varones durante la cuarta y sexta década de la vida, en colon sigmoide y asociados a diverticulosis colónica. Datos observacionales apuntan a la dismotilidad colónica como mecanismo etiopatogénico.

Clinicamente los pacientes refieren rectorragia, sangre oculta en heces, dolor abdominal y estreñimiento. Sin embargo, hasta un 20% de los pacientes se encuentran asintomáticos. Los pólipos pueden ser solitarios o múltiples y diferir tanto en la morfología como en el tamaño. Por tanto, dado que pueden imitar a nivel endoscópico o coexistir con pólipos de otra naturaleza, es imprescindible la confirmación histológica.

Los hallazgos histológicos más frecuentes son anomalías de las criptas glandulares (sin atipia celular), erradicación del tejido fibromuscular de la lámina propia, prolongación e hipertrofia de la muscular de la mucosa y anomalías capilares.

El tratamiento tiene como objetivo principal el alivio del estreñimiento subyacente. Dado que no hay evidencia en la actualidad que apoye el riesgo de transformación neoplásica de estos pólipos la resección quirúrgica se reservaría para aquellos pacientes con sangrado digestivo persistente u obstrucción intestinal.

Como conclusión destacar que se trata de una entidad cuyo conocimiento podría evitar los riesgos, así como costes de ciertos procedimientos como colonoscopias, polipectomías y colectomías innecesarias.

CP-125. POLIPOSIS INTESTINAL LINFOMATOSA DIAGNÓSTICO DE LINFOMA DEL MANTO DUODENAL EN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA

Osorio Marruecos M¹, Martín Mantis E², Bocanegra Viniegra M²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL.

Introducción

El linfoma de células del manto representa el 7% de los Linfomas no Hodgkin en adultos de Estados Unidos y Europa. Suele presentarse en la sexta década de la vida con un predominio en varones.

En la mayoría de los casos la clínica viene derivada de la presencia de linfadenopatías, presentándose en un 25% de los pacientes síntomas extra ganglionares por afectación

gastrointestinal, siendo la localización más frecuente el estómago.

Caso clínico

Varón de 72 años, hipertenso, sin otros antecedentes personales de interés. Presenta dolor abdominal en epigastrio y aumento del número de deposiciones de cinco meses de evolución con pérdida de peso no cuantificada. Se realiza endoscopia digestiva alta (EDA) y colonoscopia para estudio de síndrome de diarrea crónica con hallazgo de varias lesiones polipoideas sésiles de aspecto blanquecino y vascularización marcada en su superficie tanto en bulbo duodenal (**Figura 1**) como en segunda porción de duodeno (**Figura 2**). El estudio anatomopatológico de las biopsias realizadas describe infiltrado denso de linfocitos pequeños atípicos con distorsión arquitectural que ocupan toda la lámina propia con inmunofenotipo CD20+, CD3-, CD5 débil focal, BCL2+, BCL6-, Ciclina D1+, SOX11+, CD23-, CD10-, CD138-, índice proliferativo (ki67) 40%. Todos estos datos son concluyentes para Síndrome linfoproliferativo B tipo Linfoma B de células del manto. Se realiza ecografía de abdomen y posterior tomografía computarizada (TC) con conglomerado adenopático retroperitoneal (**Figura 3**) y numerosas adenopatías mesentéricas junto con esplenomegalia. Tras completar estudio, se cataloga como Linfoma del manto Estadio IVA y se comienza tratamiento con régimen de inmunoterapia (R-CHOP) con buena evolución clínica y con efectos secundarios leves entre ciclos. En endoscopia digestiva alta de revisión no se objetivan lesiones duodenales, con biopsias de bulbo y segunda porción duodenal sin alteraciones. Tras ello, comienza tratamiento con Rituximab con buenos controles que mantiene hasta la fecha actual.

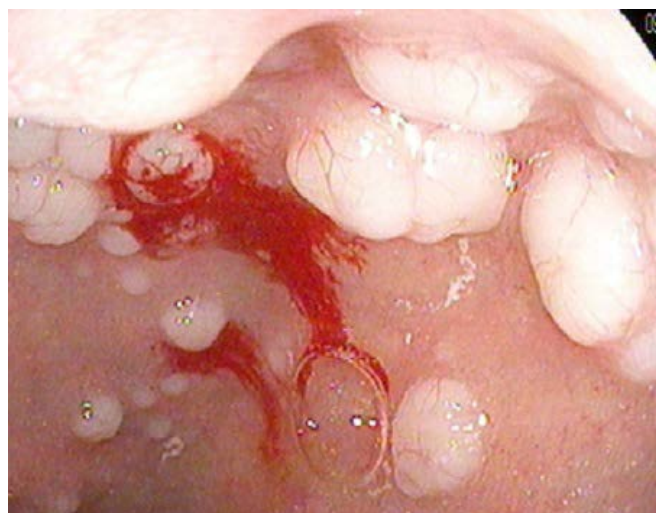


Figura 1

Imagen endoscópica bulbo duodenal. Lesiones polipoideas.

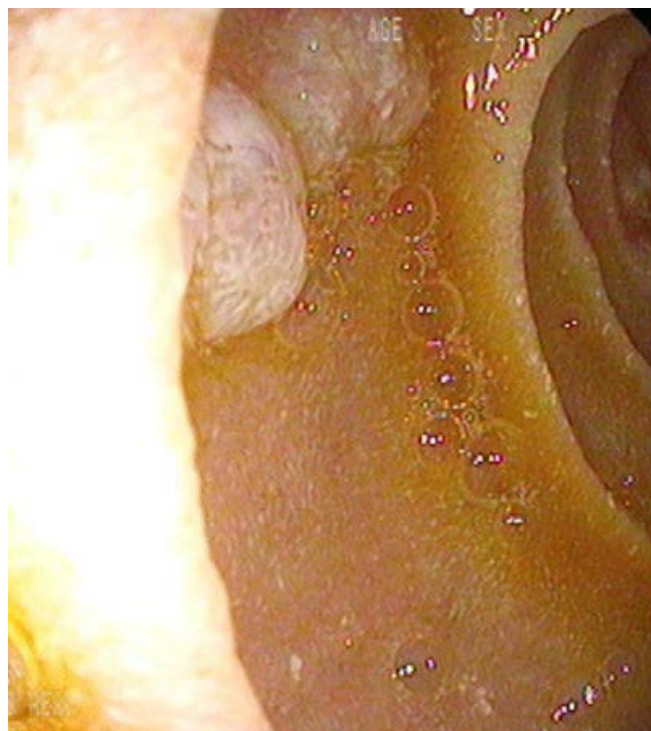


Figura 2

Imágenes polipoideas en segunda porción duodenal.



Figura 3

Conglomerado adenopático retroperitoneal.

Discusión

El tracto gastrointestinal (TGI) es una localización extraganglionar frecuente del linfoma del manto siendo la poliposis intestinal linfomatosa una forma ocasional de presentación. Dentro de la localización en el TGI el duodeno es la localización menos descrita.

Dado que las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas (dolor abdominal y diarrea) la realización de una endoscopia digestiva alta permitiría el diagnóstico y la confirmación histológica, tal y como ocurrió con el caso de nuestro paciente. Hecho que pone en valor la importancia de la EDA en el estudio de diarrea, conocimiento que cada vez está más presente en la práctica clínica de nuestros hospitales.

CP-126. POLIPOSIS “CAP”: UN CASO DE MULTIRREFRACTARIEDAD, INCLUYENDO INFLIXIMAB

Moreno Pimentel C¹, Palomar Ávila C¹, Ariza Estepa M², Castro Fernández M¹, Valencia Alcántara N¹, Saralegui Gabilondo L¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

Introducción

La poliposis “cap” es una enfermedad infrecuente, caracterizada por la presencia de pólipos inflamatorios con una cubierta (“cap”) de fibrina y moco en recto y sigma. Su etiología es desconocida, aunque se ha relacionado con el prolapso de la mucosa colónica, la motilidad anormal del colon o la infección por *H. pylori*. Cursa con estreñimiento, expulsión de mucosidad, diarrea, dolor abdominal y rectorragia. Presenta un curso clínico variable, con casos de remisión espontánea, o bien con recurrencia o actividad persistente a pesar de tratamiento, como el caso que presentamos.

Caso clínico

Mujer de 36 años, sin antecedentes de interés, consulta por presentar desde hace 2 años tenesmo rectal, rectorragia y diarrea con mucosidad. En analítica, destaca PCR 0.7 y calprotectina 122. Ante sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, se practica ileocolonoscopia, que muestra un íleon y un colon normales; sin embargo, en recto, se aprecian lesiones polipoideas de coloración blanquecina dispuestas en cordones con afectación difusa (Figura 1). Se toman biopsias, siendo la histología diagnóstica de poliposis “cap” (Figura 2).

Se descarta infección por *H. pylori*. Se realiza tratamiento secuencialmente con mesalazina oral y rectal, después budesonida rectal y finalmente metronidazol, con persistencia de los síntomas. Posteriormente, se practican varias sesiones de resección endoscópica y electrocoagulación con argón, sin mejoría clínica. Ante el fracaso terapéutico, se decide tratamiento con infliximab, al haberse comunicado casos con respuesta satisfactoria. Se administran cuatro dosis de infliximab 5 mg/kg, con intervalo de 8 semanas, según pauta publicada, sin ninguna mejoría.



Figura 1

Muestra histológica confirmatoria de diagnóstico de poliposis cap. Revela lesión polipoide con una cubierta ulcerada de fibrina y moco y criptas elongadas y tortuosas llenas de un exudado mucoso.

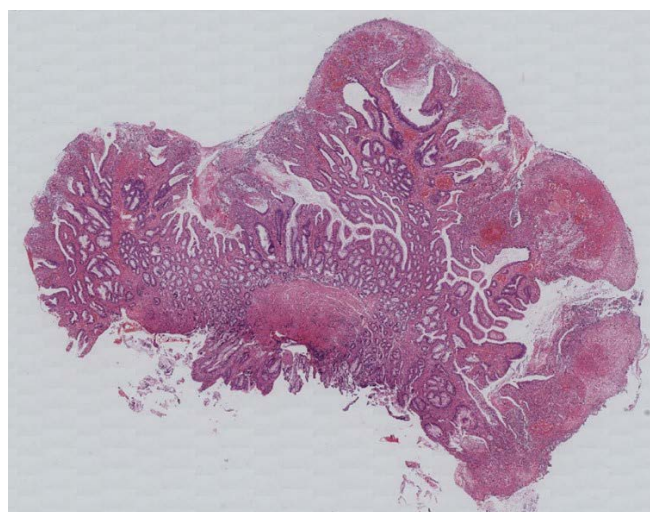


Figura 2

Aspecto endoscópico de poliposis cap. Se aprecian múltiples pólipos con capuchón muco-fibrinoide de color blanco y una mucosa intermedia normal.

Discusión

No existe actualmente un tratamiento estandarizado para la poliposis “cap”. De forma empírica, se ha tratado con aminosalicilatos, esteroides vía oral o rectal, metronidazol, terapia erradicadora de *H. pylori* e infliximab con resultados variables. En los casos refractarios, se ha empleado la resección endoscópica de los pólipos e incluso la resección quirúrgica de sigma y/o recto.

Se han comunicado otros tres casos de poliposis “cap” tratados con infliximab, dos de ellos con respuesta y el otro, como en nuestro caso, sin respuesta. De los respondedores, uno recibió una dosis única de infliximab 5 mg/kg y las otras cuatro dosis de 5 mg/kg espaciadas 8 semanas, presentando remisión clínica y endoscópica a los 3 años y a los 9 meses de seguimiento respectivamente. El caso no respondedor recibió dos dosis de 5 mg/kg separadas por 4 semanas. Como vemos, el posible papel de infliximab en el tratamiento de esta entidad, con los datos disponibles, está aún por determinar.

CP-127. RECTORRAGIA MASIVA SECUNDARIA A LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES EN LA REGIÓN ILEOCECAL.

Rosell Martí C, Pérez Palacios DR, García Ortiz JM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA.

Introducción

El linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) es el subtipo más común de los linfomas no Hodgkin, representando aproximadamente el 25% de todos los casos. A pesar de su reconocimiento generalizado, su presentación en el tracto gastrointestinal, en particular en la región ileocecal, es poco común y constituye aproximadamente el 7% de las manifestaciones extranodales. Este caso clínico ilustra una presentación inusual de DLBCL y destaca los desafíos diagnósticos y terapéuticos asociados.

Caso clínico

Se describe el caso de un varón de 21 años sin antecedentes médicos relevantes, quien consultó por dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso y episodios de rectorragia con mucosidad y tenesmo. Los síntomas se habían desarrollado a lo largo de 6 meses. No se encontraron antecedentes familiares de enfermedades hematológicas o gastrointestinales malignas.

Los análisis de laboratorio, no mostraron anomalías significativas. La colonoscopia inicial identificó una masa ulcerada con características inflamatorias en la región cecal, causando obstrucción parcial y deformación del ciego.

Las biopsias iniciales indicaron colitis inflamatoria inespecífica. Sin embargo, aproximadamente un mes después, el paciente ingresó por un aumento en la intensidad del dolor abdominal y una rectorragia franca, resultando en anemia aguda y compromiso hemodinámico. Se realizó una tomografía computarizada abdominal, que reveló una masa cecal de 10 cm con adenopatías regionales y lesiones en hígado, riñón derecho y bazo.

En menos de 24 horas, el paciente presentó una rectorragia

masiva, lo que condujo a una laparotomía de emergencia. Durante la cirugía, se resecó una gran tumoración con presencia de adenopatías patológicas en la región cecal. El análisis histopatológico confirmó DLBCL.

Una tomografía por emisión de positrones (PET) mostró diseminación extensa de la enfermedad. Sin embargo, los estudios de médula ósea fueron negativos. El tratamiento con R-CHOP bajo supervisión hematológica logró una respuesta completa en seis meses.

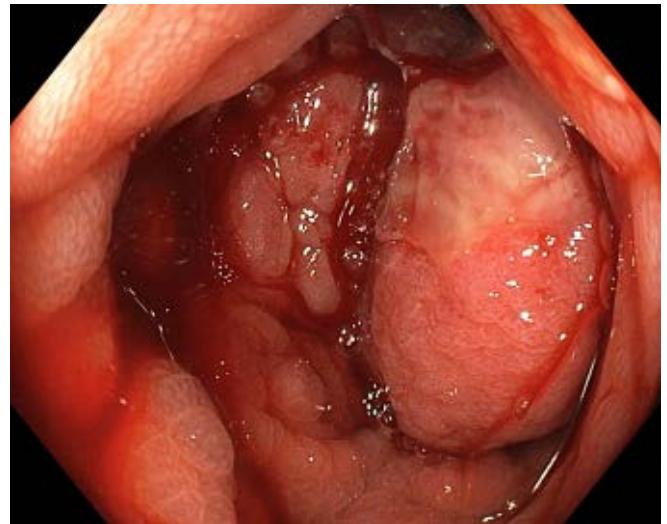


Figura 1

Hallazgo de masa en ciego.

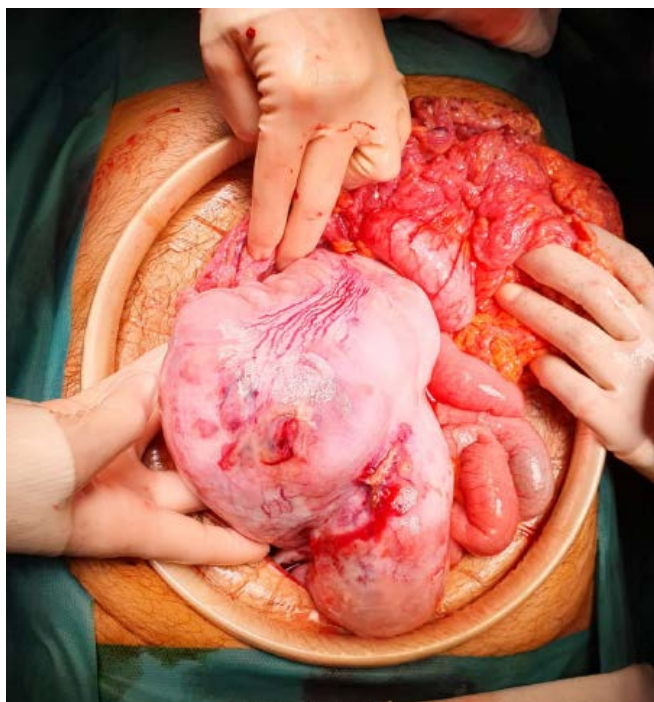


Figura 2

Úlceras fibrinadas en masa cecal.

Discusión

El DLBCL es un linfoma no Hodgkin común, pero su presentación en la región ileocecal es inusual. El diagnóstico se basa en hallazgos endoscópicos, histopatológicos y pruebas de imagen. El tratamiento estándar involucra



Resección de masa abdominal.

Figura 3



Disección de colon derecho e ileon terminal.

Figura 4



Pieza quirúrgica que engloba ciego, colon ascendente e ileon terminal.

Figura 5

quimioterapia, adaptada a las características individuales y la extensión de la enfermedad.

Este caso subraya la importancia de considerar el DLBCL como causa de síntomas gastrointestinales inespecíficos, incluso en pacientes jóvenes sin antecedentes de enfermedades malignas o hematológicas. La presentación en la región ileocecal agrega complejidad al diagnóstico, destacando la necesidad de una evaluación integral y un enfoque interdisciplinario para su manejo óptimo.

CP-128. SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL DISTAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN EN ADULTO CON FIBROSIS QUÍSTICA

Naranjo Pérez A, Torres Domínguez A, Calderón Chamizo M, Arroyo Prieto MJ, Quirós Rivero P

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

La fibrosis quística (FQ) es un trastorno multisistémico autosómico recesivo causado por la mutación en el gen que codifica una proteína reguladora de la conductancia transmembrana (CFTR). Presenta una incidencia de 1 entre 5.000 recién nacidos, siendo 1 de cada 25 personas portadora de la enfermedad. La FQ puede provocar enfermedades gastrointestinales obstructivas, como el íleo meconial en niños y el síndrome de obstrucción intestinal distal (DIOS) en adultos. A continuación, se describe un caso de síndrome de DIOS para exponer su clínica y manejo diagnóstico-terapéutico.

Caso clínico

Mujer de 27 años diagnosticada de fibrosis quística en la infancia, en seguimiento por insuficiencia pancreática exocrina en tratamiento sustitutivo.

Consulta por cuadro de días de evolución de dolor abdominal intenso, tipo cólico, localizado en epigastrio y fosa iliaca derecha (FID), acompañándose de náuseas y vómitos. A la exploración se objetiva dolor en FID, realizándose una primera tomografía computarizada (TC) donde se observaba dilatación de asas de íleon y un engrosamiento parcial de las paredes del apéndice y del íleon terminal sugestivo de ileitis inflamatoria/infecciosa y cambios inflamatorios periapendiculares por contigüidad (Figura 1). Ingresa en Digestivo presentando posteriormente clínica obstructiva, siendo valorada por Cirugía y se realiza un segundo TC (Figura 2) que mostró datos de obstrucción intestinal y afilamiento de íleon preterminal, pero sin identificar clara causa obstructiva.

Ante sospecha de síndrome de obstrucción intestinal distal por su enfermedad de base, se inició tratamiento médico con laxantes, enemas y mucolíticos, presentando



Figura 1

Corte coronal del primer TC donde se observa una pared de aspecto engrosado/edematoso de un segmento de íleon terminal (flecha) que condiciona dilatación de las asas de íleon.

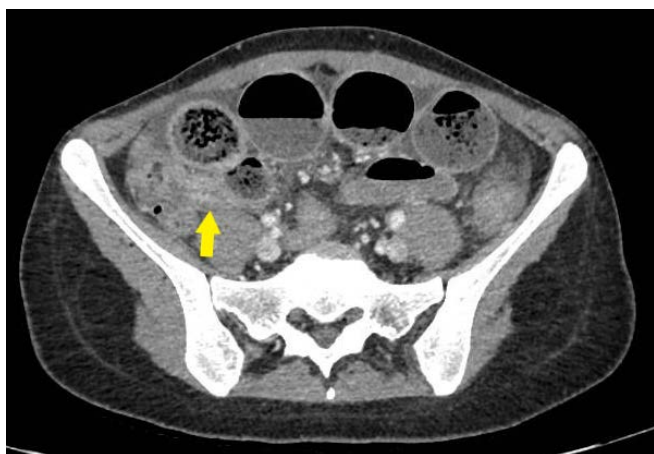


Figura 2

Corte axial del segundo TC que muestra dilatación de las asas de yeyuno distal e íleon con contenido de aspecto "en miga de pan" compatible con obstrucción/suboclusión intestinal. El íleon terminal (flecha) presenta un aspecto hiperémico.

buena evolución clínica. Se completó estudio mediante ileocolonoscopia sin alteraciones relevantes.

Discusión

En pacientes con FQ, el síndrome de DIOS es una complicación común (35 por 1.000 pacientes-año) debida a una deficiencia de cloruro intestinal y secreciones de agua con una pérdida de sales biliares y acidez luminal, provocando la acumulación de heces viscosas que se adhieren a la pared intestinal, siendo característica a nivel del íleon terminal y ciego.

La presentación clínica engloba desde una suboclusión intestinal hasta un abdomen agudo dependiendo del grado de obstrucción. Se ha asociado su aparición con íleo meconial, enfermedades hepáticas, diabetes y deficiencia de enzimas pancreáticas. El diagnóstico diferencial es amplio y requiere descartar urgencias quirúrgicas.

El manejo es empírico debido a la ausencia de ensayos clínicos, siendo eminentemente médico. Incluye el uso de laxantes osmóticos, como polietilenglicol o Gastrografin, y mucolíticos como N-acetilcisteína, estando descrito la administración vía endoscópica para disolución del fecalito. El tratamiento quirúrgico queda reservado cuando es refractario a estas medidas.

CP-129. SÍNDROME DE ZOLLINGER ELLISON EN PACIENTE CON GASTRINOMA DUODENAL

Carrión Rísquez A, Angulo Domínguez G, Valencia Alcántara N, León Luque M

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

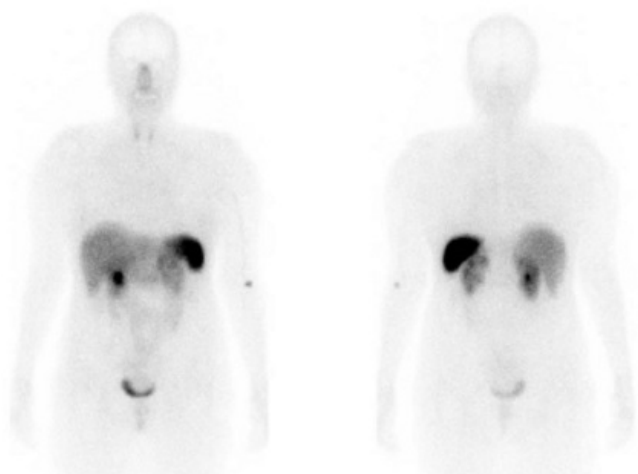
Introducción

El Síndrome de Zollinger-Ellison (SZE) es el conjunto de manifestaciones clínicas secundarias a la hipersecreción de ácido gástrico producida por tumores neuroendocrinos (TNE) que secretan gastrina (gastrinomas). Los gastrinomas se localizan fundamentalmente en duodeno (70%) y en páncreas (25%) y normalmente son esporádicos, diagnosticándose entre los 50-70 años (hombres > mujeres). Sin embargo, en un 30% de los casos se desarrollan en el contexto de una neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN-1) y asocian, además, tumores de la glándula paratiroides y la adenohipófisis.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 55 años, sin antecedentes de interés, con clínica de meses de evolución de diarrea, síndrome constitucional y úlceras gastroduodenales en endoscopias repetidas. Se determinó gastrina sérica con niveles >1000 pg/ml, por lo que se solicitó octreoscan objetivando posible gastrinoma duodenal. Posteriormente, se realizó ecografía endoscópica (USE) en la que únicamente se evidenció una adenopatía en bulbo duodenal y TC con hallazgo de TNE en primera porción duodenal de 6 mm con diseminación ganglionar

locorregional. Se trató quirúrgicamente incluyendo el gastrinoma y una linfadenectomía periduodenal (ambas AP positivas) con mejoría clínica tras la intervención. No datos de asociación a MEN-1 y estudio genético negativo para el mismo.



Gammagrafía con octreotida realizado a la paciente con imagen de posible gastrinoma a nivel duodenal.

Figura 1

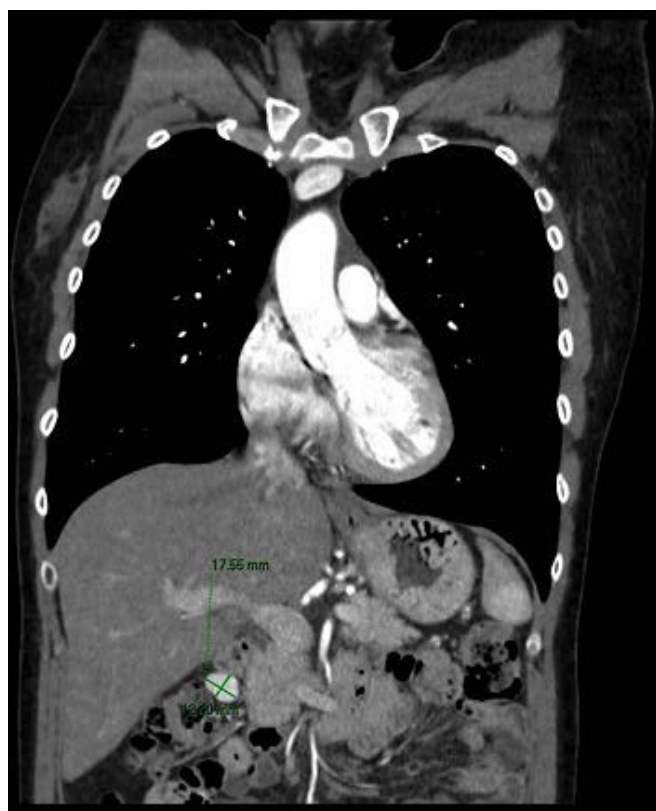


Imagen de TC abdominal realizado a la paciente donde se objetiva TNE en duodeno con diseminación ganglionar locorregional.

Figura 2

Discusión

El SZE se caracteriza por la presencia de hipergastrinemia sérica >1000 pg/ml en ayunas con la consecuente hipersecreción ácida gástrica y la aparición de síntomas como diarrea y úlceras pépticas, entre otros (dolor abdominal, pérdida de peso, RGE...). Para casos en los que existe alta sospecha clínica, pero niveles de gastrina 1 cm y de localización pancreática, así como las metástasis hepáticas. El octreoscan consiste en administrar octreotrida radiomarcado que se une a receptores de las células del gastrinoma y también es útil en la detección de los tumores primarios de >1 cm fundamentalmente. La USE es más precisa que la TC para localizar lesiones pequeñas (<2 cm), especialmente las pancreáticas, con menor capacidad de detección para las duodenales. Además, posee como ventaja la toma de muestras para confirmar el diagnóstico. El tratamiento se basa en el control de la hipersecreción ácida (con fármacos antiseoretos, siendo de elección los IBP) y la terapia del propio tumor: resección quirúrgica siempre que sea posible o tratamiento sistémico en el caso de enfermedad metastásica.

CP-130. SÍNDROME DEL CASCANUECES, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL.

Baute Trujillo EA, Soler Góngora M, López Peña C, Candel Erenas JM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

El síndrome de Cascanueces o de compresión de la vena renal izquierda se caracteriza por la compresión de la vena renal izquierda entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Se trata de un síndrome poco frecuente, de prevalencia desconocida que cursa fundamentalmente con hematuria y dolor abdominal crónicos si bien puede permanecer silente. Presentamos un caso dado en nuestra práctica clínica de esta entidad.

Caso clínico

Mujer de 60 años con antecedente de síndrome de Sjögren que es derivada a consulta de Aparato Digestivo por cuadro de larga duración de dispepsia, pesadez postprandial y dolor abdominal hipogástrico irradiado a fosas ilíacas con exploración y analítica de sangre y orina sin hallazgos patológicos. Se amplía pues el estudio con endoscopia digestiva alta, objetivándose en la misma gastritis que en biopsia presenta infiltrado inflamatorio crónico inespecífico, con *Helicobacter pylori* negativo. Se realiza además ecografía abdominal que muestra quistes simples hepáticos y renales sin otras alteraciones. Dada la normalidad de las pruebas anteriormente descritas y la persistencia de sintomatología se realiza TC abdomino-pélvica con contraste que muestra por una parte estenosis



Figura 1

Corte coronal de TC abdomino-pélvico con contraste que muestra abundantes varices periuterinas bilaterales junto con marcada dilatación de la vena ovárica izquierda.



Figura 2

Corte axial de TC abdomino-pélvico con contraste que muestra estenosis de la vena renal izquierda a su paso entre aorta y la arteria mesentérica superior junto con dilatación postestenótica de la misma.

de la vena renal izquierda a su paso entre aorta y la arteria mesentérica superior asociando una reducción del ángulo aorto-mesentérico, apreciándose asimismo dilatación marcada de la vena ovárica izquierda junto con abundantes varices periuterinas bilaterales, todo ello compatible con síndrome del cascanueces. Posteriormente es valorada por Ginecología quienes realizan ecografía transvaginal que muestra vascularización abigarrada periuterina compatible con los hallazgos anteriormente descritos. Finalmente, la paciente es derivada a Cirugía Vascular donde tras presentar el caso en comité, se decide proceder a la

embolización de la vena ovárica izquierda para control de síntomas y reevaluación posterior.

Discusión

El síndrome de cascanueces presenta un diagnóstico difícil y de exclusión dada su escasa prevalencia y su amplia variabilidad clínica, este se basa en criterios clínicos y fundamentalmente radiológicos no del todo definidos. En ocasiones se trata únicamente de un hallazgo incidental, denominándose entonces fenómeno de cascanueces. A pesar de esto, es fundamental un diagnóstico precoz del síndrome no sólo para el control de los síntomas si no para evitar la predisposición a desarrollar trombosis de vena renal, con el posterior fallo renal asociado. Con respecto al tratamiento, la cirugía endovascular es la opción más empleada, siendo la cirugía abierta o el manejo conservador alternativas.

CP-131. TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE ADENOCARCINOMA SOBRE PÓLIPO CON INVASIÓN SUBMUCOSA (PT1)

Fernández Carrasco M, Plaza Fernández A, Hallouch Toutouh S, Diéguez Castillo C

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

Introducción

Las últimas guías internacionales abogan por el seguimiento de pT1 (adenocarcinoma sobre pólipo con invasión submucosa) en ausencia de factores de riesgo histológicos (pobremente diferenciado G3-G4, invasión linfovascular y budding 2/3), siendo el riesgo discutible en ausencia de los anteriores con margen profundo afecto o invasión submucosa mayor de 1 mm; pudiendo llegar a plantearse como alternativas a la cirugía, la resección endoscópica de reestadificación o radioquimioterapia.

El objetivo de nuestro estudio es valorar los criterios histológicos que determinaron la elección del tratamiento, así como el seguimiento posterior dado que tampoco existe consenso entre las distintas sociedades científicas.

Material y métodos

Estudio observacional descriptivo que incluye 30 pacientes diagnosticados de pT1 en Hospital Torrecárdenas (enero 2019 - febrero 2023), divididos en 2 grupos en función del tratamiento (endoscópico vs quirúrgico). Se registraron variables demográficas (sexo y edad), hábitos tóxicos (tabaco/alcohol), comorbilidades, indicación y criterios de calidad de colonoscopia, características endoscópicas e histológicas de pT1, así como pruebas complementarias empleadas y hallazgos en el seguimiento posterior al tratamiento.

Resultados

La edad media fueron 62.6 años, predominante en varones (63.3%) y alto porcentaje de comorbilidades. La indicación de colonoscopia más frecuente fue el cribado poblacional, cumpliendo la mayoría de ellas criterios de calidad (Tabla 1).

	Tratamiento endoscópico (n=13)	Tratamiento quirúrgico (n=17)
Edad media	65	60.8
Sexo (V:M)	9:4	10:7
Hábitos tóxicos activos (tabaco/alcohol)	15.4 %	23.5 %
Comorbilidades*	69.2 %	76.5%
Indicación colonoscopia		
Cribado (SOH +)	69.2 %	47 %
Clínica (rectorragia,...)	30.8 %	47 %
Antecedentes familiares CCR	0 %	6 %
Criterios de calidad		
Intubación Cecal	100 %	100 %
Limpieza adecuada	100 %	88.2%

*Comorbilidades: HTA, DM2, dislipemia, cardiopatía, neumopatía, insuficiencia renal, hepatopatía, anemia

Tabla 1

Variables individuales y criterios de calidad endoscópicos.

Predomina la localización distal de los pT1 con tamaño medio de 17-18 mm y morfología sesil o pediculada. No fueron frecuentes las lesiones sincrónicas avanzadas, aunque destaca un caso de CCR. Respecto a factores de riesgo histológicos, el margen profundo afecto y la invasión submucosa > 1 mm predominaron en el brazo quirúrgico (Tabla 2).

	Tratamiento endoscópico (n=13)	Tratamiento quirúrgico (n=17)
Características endoscópicas		
Localización		
Recto	5	8
Sigma/colon izquierdo	7	8
Transverso/colon derecho	1	1
Tamaño medio (mm)	17.7	18
Morfología (Paris)		
0-Is	5	9
0-Ip	7	8
0-II	1	0
Lesiones sincrónicas Avanzadas*	3	1
Características histológicas		
Grado diferenciación		
Bien	10	6
Moderado	2	9
Indiferenciado	0	0

Tabla 2

Características endoscópicas e histológicas.

Al diagnóstico se realizó tomografía computarizada (TC) en el 66% de los casos y determinación de antígeno carcinoma embrionario (CEA) en el 33%. Se evidenció un cáncer renal sincrónico y un TPML de rama secundaria como hallazgos

incidentales y solo se mostró elevación del CEA en un caso. En el seguimiento, evidenciamos una gran heterogeneidad en los intervalos de pruebas complementarias realizándose más frecuentemente al año.

En el grupo intervenido, hubo 1 caso de enfermedad residual, 2 casos con adenopatías afectas que recibieron quimioterapia y 1 caso con metástasis hepáticas (Tabla 3). En el grupo tratado endoscópicamente se produjo un exitus por perforación no iatrogénica.

SEGUIMIENTO	Tratamiento endoscópico (n=13)	Tratamiento quirúrgico (n=17)
1ª TC	1 (3 m) - 3 (6 m) - 7 (anual)	2 (3m) - 7 (6m) - 7 (anual)
Periodicidad		
Hallazgos patológicos	0	1
CEA	2 (3-4 m) - 2 (6 m) - 7 (anual)	6 (6m) - 7 (anual)
Periodicidad		
Elevación	0	0
1ª Colonoscopia	5 (3-4 m) - 2 (6 m) - 4 (anual)	1 (3 m) - 4 (6 m) - 9 (anual)
Periodicidad		
Lesiones metacrónicas avanzadas*	2	1
HALLAZGOS		
Enfermedad residual	0	1
Afectación locorregional	0	2
Metástasis a distancia	0	1

*Lesiones sincrónicas avanzadas o que requieren vigilancia endoscópica: número de adenomas + serradas ≥ 5, tamaño ≥ 10 mm, adenoma con DAG o serrado con displasia

Seguimiento y hallazgos incidentales.

Tabla 3

Conclusiones

En general, en nuestra serie no se evidencia recurrencia de la enfermedad en el seguimiento. Resulta prioritario disponer de criterios histológicos que determinen la mejor elección de tratamiento intentando individualizar el seguimiento.

CP-132. TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

Cámara Baena S¹, Angulo Domínguez G²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE, BORMUJOS. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias poco frecuentes originadas a partir de las células intersticiales de Cajal, situadas en la pared de todo el tubo digestivo y encargadas de originar los movimientos peristálticos, sirviendo de “comunicación” entre las neuronas del sistema nervioso autónomo y la capa muscular.

Las localizaciones más habituales de estas neoplasias son el estómago (50-60 %) y el intestino delgado (30-35 %), aunque pueden aparecer en cualquier punto del tubo

digestivo. La mayoría presentan una mutación de la proteína KIT y en ocasiones se asocian a enfermedades genéticas como la neurofibromatosis tipo I.

La forma de presentación varía según la ubicación del tumor primario. Los que afectan el tracto gastrointestinal superior suelen manifestarse como hemorragia digestiva, especialmente en forma de melenas, así como disfagia o ictericia obstructiva, mientras que los colorrectales pueden producir estreñimiento, obstrucción intestinal o clínica miccional.

Caso clínico

Mujer de 43 años, sin antecedentes de interés, que consultó en el servicio de urgencias de nuestro centro por cuadro de rectorragia recurrente de perfil distal junto a proctalgia y tenesmo. En la analítica se observó anemia microcítica e hipocrómica, sin otras alteraciones. Se realizó una colonoscopia, que mostró una lesión excrescente a 2-3 cm del margen anal, que presentaba una mucosa de aspecto infiltrativo con sangrado espontáneo en varios puntos (Figura 1).

El estudio de extensión describió una gran masa pélvica de unos 12x10x9 cm de probable origen rectal y crecimiento exofítico, que comprimía y desplazaba estructuras vecinas sin infiltrarlas (Figuras 2 y 3). No se identificaron metástasis a distancia.

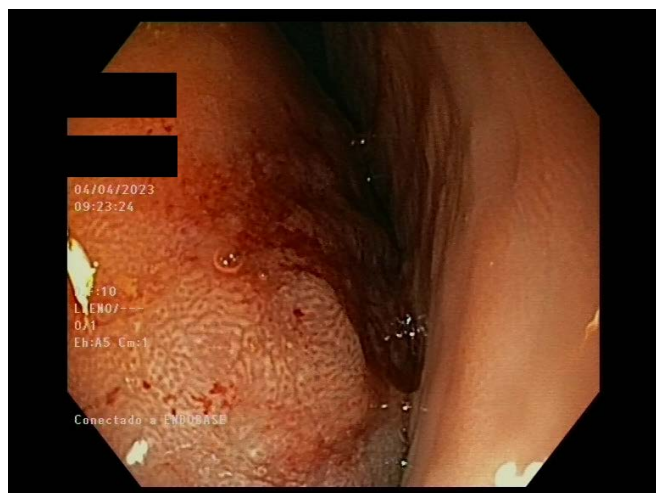


Imagen endoscópica que muestra lesión excrescente en recto inferior.

Figura 1

El análisis histológico e inmunohistoquímico de las biopsias obtenidas por endoscopia mostró una fuerte positividad para c-kit (CD117), hallazgo compatible con tumor del estroma gastrointestinal.

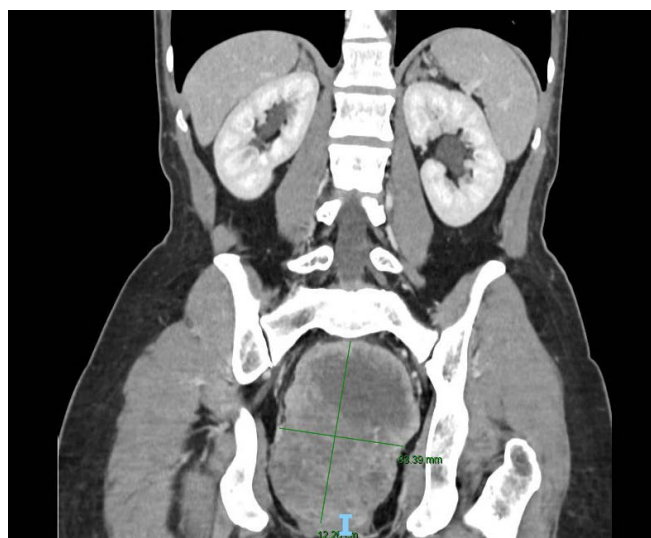
Discusión

Este caso nos supuso un reto diagnóstico dada la infrecuente forma de presentación, en forma de hemorragia digestiva baja, así como la localización colorrectal, muy



Corte transversal de TAC que muestra la neoplasia englobando el recto y comprimiendo la vejiga.

Figura 2



Corte coronal de TAC que muestra las medidas de la neoplasia en el momento del diagnóstico.

Figura 3

atípica en estos tumores. La colonoscopia con toma de biopsias y el posterior estudio histológico fundamentales para llegar al diagnóstico.

El pronóstico es muy variable en función del tamaño, localización e índice mitótico del tumor primario, así como de la presencia o no de metástasis. El tratamiento con imatinib ha revolucionado el abordaje de estas neoplasias, ya sea como tratamiento de la enfermedad diseminada o como complemento a la resección quirúrgica.

La paciente de nuestro caso está actualmente en tratamiento con imatinib, presentando respuesta radiológica, por lo que podría plantearse cirugía curativa en el futuro.

CP-133. TUMOR NEUROENDOCRINO COMO CAUSA INFRECIENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E ICTERICIA

Alonso Belmonte C, Morales Bermúdez AI, León Valenciano L, Jiménez Pérez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son un grupo heterogéneo de tumores que se originan en el sistema neuroendocrino difuso. La incidencia de estos tumores se ha incrementado en las últimas tres décadas, probablemente como resultado de un mayor número de solicitud de imágenes diagnósticas y de un aumento de los procedimientos endoscópicos. Presentamos un caso de tumor neuroendocrino de presentación atípica en forma de hemorragia digestiva e ictericia.

Caso clínico

Varón de 56 años sin antecedentes de interés, ingresa por melenas con síncope asociado, además de cuadro constitucional con pérdida de 40kg de peso en un año e ictericia intermitente sin dolor abdominal asociado. Se detecta anemia de 3 puntos y bilirrubina total elevada a expensas de directa. Se realizaron pruebas de imagen, entre ellas endoscopia digestiva alta, ecografía y TC de abdomen, detectándose una lesión pseudonodular hipervascular en región periampular, de aproximadamente 7 mm, planteando diagnóstico diferencial entre ampuloma y tumor neuroendocrino, además de una imagen nodular de 4 cm, localizada entre bulbo duodenal, cabeza pancreática y cava inferior con características de adenopatía metastásica. Otras exploraciones realizadas fueron duodenoscopia y ecoendoscopia para estadificación y toma de biopsias. Se completó el estudio con octreoscan, confirmándose lesión de baja captación tanto ampular como a nivel de la adenopatía descrita. Los marcadores tumorales y el estudio hormonal fueron negativos. Finalmente, la anatomía patológica confirmó que se trataba de un tumor neuroendocrino bien diferenciado de bajo grado (g1) y adenopatía de tumor neuroendocrino bien diferenciado de grado intermedio (g2). Número de mitosis en 2mm²: 2, índice proliferativo (ki67) 3%. Por tanto, se diagnosticó de tumor neuroendocrino T2N1M0 y se decidió tratamiento quirúrgico.

Discusión

Los tumores neuroendocrinos se localizan con mayor frecuencia en el páncreas, el tracto digestivo y el pulmón. Clínicamente, los TNE intestinales pueden cursar de forma muy variable: asintomáticos, pudiendo detectarse de manera incidental en una prueba de imagen o una endoscopia; con síntomas inespecíficos como disconfort abdominal, sd. carcinoide (enrojecimiento cutáneo, diarrea,

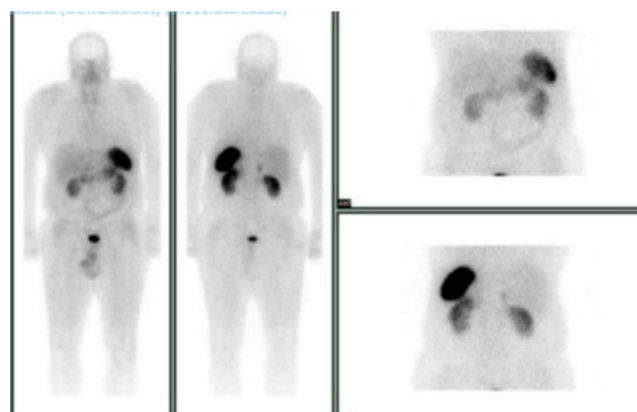


Figura 1

Se muestra distribución fisiológica del trazador, además presenta una ligera captación del trazador a nivel de epigastrio/ prerrenal derecha (sospecha de adenopatía metastásica), y muy leve captación en región periampular/3º porción duodenal de tamaño milimétrico (sospecha de lesión primaria).

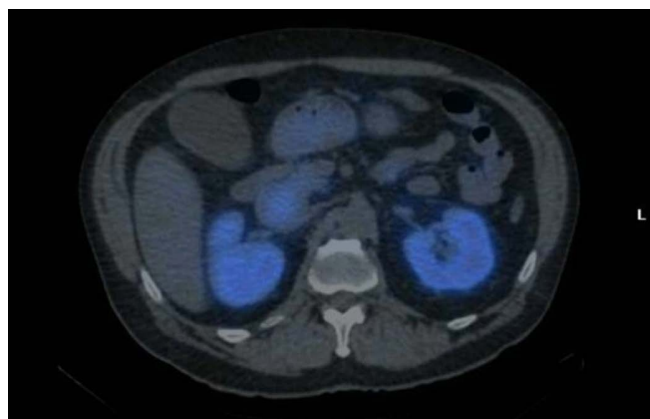


Figura 2

Se aprecian dos lesiones (una periampular de 7 mm y otra entre bulbo duodenal, cabeza pancreática y cava inferior de 4 cm), que podrían corresponder a TNE con adenopatía metastásica.

etc.) o síntomas obstructivos. La hemorragia digestiva es una manifestación infrecuente de los TNE intestinales. Además, nuestro paciente asociaba ictericia debido a su localización y a la de la adenopatía, que contribuían a la obstrucción de la vía biliar. Es necesario tener presente esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal, hemorragia digestiva o ictericia, para permitir un diagnóstico temprano de estos tumores, que habitualmente tienen un gran retraso diagnóstico debido a su curso indolente.

CP-134. UNA LOCALIZACIÓN POCO COMÚN DEL SCHWANNOMA: EL RETROPERITONEO

Villegas Pelegrina P¹, Taveras Espinal HA², Hallouch Toutouh S¹, Sánchez Tripiana M¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

Los neurinomas o schwannomas son tumores poco frecuentes, que se originan en las células de Schwann (células gliales del sistema nervioso periférico que recubren los axones y se encargan de la síntesis de mielina). Se caracterizan por presentar un crecimiento lento, un comportamiento benigno y muy rara vez transformación maligna; estando esta última relacionada con el síndrome de Von Recklinghausen e incluso con otros tipos de neurofibromatosis. Su localización más común es intracraneal, siendo excepcional su presentación a nivel retroperitoneal. Presentamos el caso de un paciente con dolor abdominal inespecífico y gastroenteritis cuyo diagnóstico final fue un Schwannoma retroperitoneal.

Caso clínico

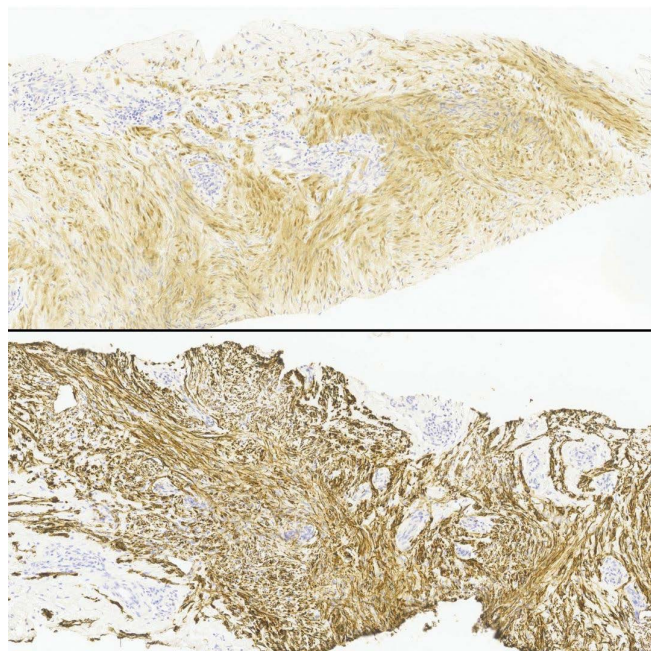
Paciente de 58 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por clínica de gastroenteritis aguda con intolerancia oral y molestias abdominales de larga data. Se realiza TC de abdomen con datos de enteritis y hallazgo incidental de una masa heterogénea de localización paraaórtica izquierda de 32x30 mm de tamaño, presentando un contorno ovoide bien definido y conservando el plano graso de separación con aorta y uréter izquierdo. Ingresa en planta para control sintomático y estudio del incidentaloma. En la analítica básica no se hallan datos relevantes, siendo los marcadores tumorales normales. Se realiza biopsia ecoguiada de la masa, mostrando el estudio inmunohistoquímico (IHQ) positividad para las proteínas S100 y GFAP: datos compatibles con Schwannoma.



TC con contraste i.v. de abdomen y pelvis, donde se identifica la masa paraaórtica izquierda.

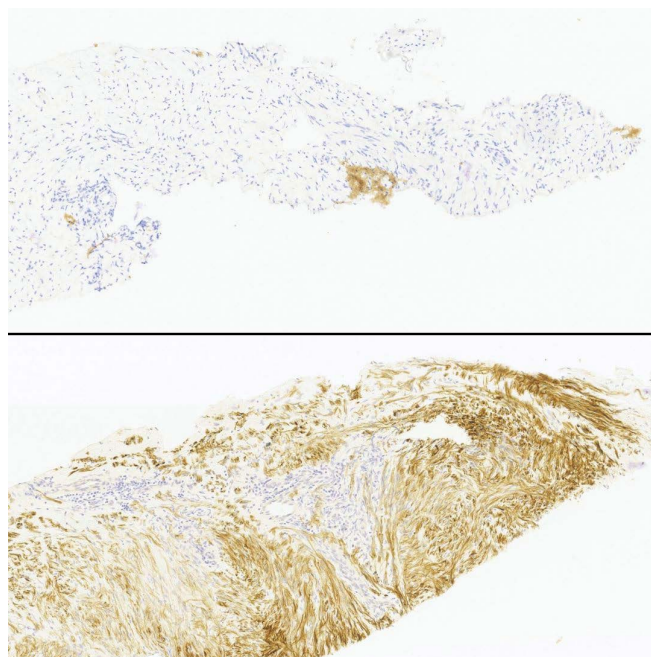
Figura 1

Se efectúa resección quirúrgica, diseccionando la lesión de forma íntegra sin complicaciones. En la pieza quirúrgica se confirmó el diagnóstico de Schwannoma identificando áreas hipercelulares formando cuerpos de Verocay con núcleos en empalizada junto a zonas más laxas con escasa mitosis. En estudio IHQ se muestra positividad para proteínas S100, GFAP y pancitoqueratinas, con un Ki67 <5%.



IHQ compatible con schwannoma. Arriba: proteína S100+. Abajo: proteína GFAP+.

Figura 2



Arriba: Ki67 inferior al 5%, indicando bajo índice de proliferación y buen pronóstico. Abajo: Queratina AE1/AE3 +, pues en las lesiones retroperitoneales es común la positividad para pancitoqueratina debido a la reacción cruzada con GFAP.

Figura 3

Varios meses tras la cirugía el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recidiva en controles de imagen.

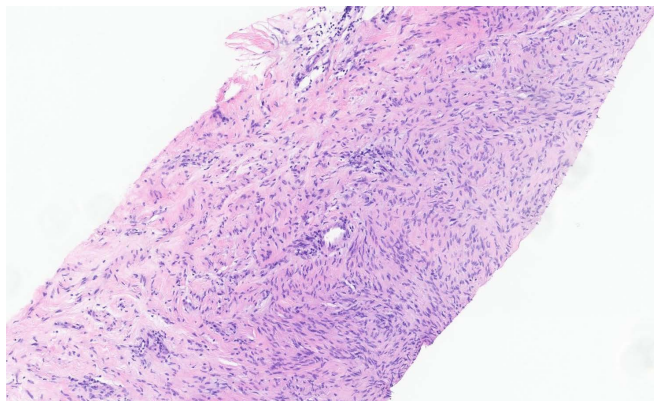


Figura 4

Agregados de células fusiformes formando cuerpos de Verocay con núcleos en empalizada, junto a zonas más laxas intercaladas con fibras de colágeno.

Discusión

Los schwannomas son tumores que presentan una clínica inespecífica o bien son diagnosticados de forma incidental al realizar estudios por otras causas.

Cuando éstos presentan síntomas suele ser por la compresión de estructuras cercanas.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, mediante la identificación del área A y B de Antoni, y la positividad de la proteína S-100.

El tratamiento de elección es la resección tumoral con márgenes libres, pues su escisión total presenta buen pronóstico con escaso riesgo de recidiva. De ahí la importancia del estudio de este incidentaloma, haciendo un diagnóstico diferencial con otras masas retroperitoneales.

Área Páncreas / Vía Biliar

CP-135. ASCITIS QUILOSA SECUNDARIA A PANCREATITIS AGUDA AUTOINMUNE

Ruiz González D, Santa Bárbara Ruiz J, González Amores Y, Andrade Bellido RJ

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA

Introducción

La ascitis quílosa se define como la presencia de linfa en la cavidad abdominal, y su diagnóstico se basa en la presencia de una concentración de triglicéridos en líquido ascítico superior a 200mg/dL. Su incidencia aproximada es de 1:20000 en pacientes hospitalizados y puede estar causada por múltiples entidades como las neoplasias, la yatrogenia post-quirúrgica o patologías inflamatorias como la pancreatitis, siendo ésta una causa extremadamente infrecuente.

Caso clínico

Varón de 34 años, fumador, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor epigástrico irradiado en cinturón hacia región lumbar de 12 horas de evolución, asociando vómitos. No presenta otros hallazgos de interés a la exploración física y en pruebas complementarias destaca una hipertransaminasemia y una hiperamilasemia de 1665mg/dL, y un TC abdominal compatible con pancreatitis aguda (PA) edematosa con moderada cantidad de líquido libre intraperitoneal, sin coleditis ni dilatación de vía biliar (Figura 1).



Figura 1

"Páncreas en salchicha", típico de pancreatitis autoinmune. Líquido libre intraperitoneal.

Tras un ingreso con evolución favorable el paciente recibe el alta para continuar estudiando ambulatoriamente el origen de la pancreatitis.

Un mes después acude nuevamente por incremento del perímetro abdominal y sensación de distensión postprandial, junto a una exploración sugestiva de ascitis, que inició pocos días tras el alta hospitalaria. Se realiza

paracentesis extrayendo líquido ascítico de aspecto lechoso con una concentración de triglicéridos de 4614mg/dL, siendo ingresado con diagnóstico de ascitis quillosa secundaria a pancreatitis aguda (AQPA) severa idiopática (Figura 2). Una vez obtenidos los resultados del estudio pancreático completo se objetiva una elevación de IgG4 (329 y 344 en dos determinaciones) y, puesto que la ascitis no se resolvió completamente en este período a pesar de tratamiento dietético, se inició tratamiento corticoideo con reducción significativa del líquido ascítico en un intervalo aproximado de 7 días (Figura 3).



Ascitis quillosa secundaria a pancreatitis autoinmune.

Figura 2



Resolución de ascitis quillosa.

Figura 3

Discusión

La AQPA no presenta un mecanismo fisiopatológico claro: podría producirse por una obstrucción linfática secundaria a la inflamación peripancreática, o bien por lesión directa causada por la liberación de enzimas pancreáticas. Además, tampoco se puede precisar cuál es la incidencia real de la AQPA porque su diagnóstico sólo se alcanza tras paracentesis y análisis de líquido ascítico, y la gran mayoría de pancreatitis asocian líquido libre peritoneal que no se suele analizar.

El tratamiento consiste en dieta con suplementos proteicos y triglicéridos de cadena media, siendo otra opción el octreótido. En este caso en particular, dado el origen autoinmune de la PA, la resolución de la ascitis se alcanza tras la instauración de tratamiento corticoideo.

CP-136. COLECISTITIS PERFORADA EN PACIENTE CON COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA

León Sanjuan GF, Campos Gonzaga L, Benavente Oyega A, Hernani Álvarez JA

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

Introducción

La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad colestásica crónica que se caracteriza por inflamación y fibrosis de vías biliares intra y extrahepáticas, produciendo estenosis irregular del árbol biliar que puede progresar a cirrosis y sus complicaciones. La formación de cálculos de colesterol y/o pigmentarios pueden estar presentes hasta en un tercio de estos pacientes, lo cual unido a una mayor ectasia biliar, puede favorecer la proliferación de microorganismos produciendo cuadros de colangitis y/o colecistitis aguda.

Caso clínico

Hombre de 44 años con antecedentes personales a destacar de CEP evolucionada a cirrosis con función hepática Child-Pugh B7, MELD 12 y esplenomegalia como dato de hipertensión portal. Se había colocado prótesis plástica en 2015 por estenosis dominante en colédoco distal, manteniendo cifras de bilirrubina basales entre 2-3 mg/dl. Ingresa por dolor en hipocondrio derecho asociado a fiebre de varios días de evolución, presentando en analítica a su ingreso, hiperbilirrubinemia a expensas de directa con PCR 400 mg/L. En colangioRM, colecistitis aguda complicada con perforación y colección abscesificada adyacente de 42 mm AP x 82 mm T x 75 mm CC. Por ello, fue valorado por Cirugía General desestimando actitud quirúrgica, optando por tratamiento conservador y drenaje de colección. Se inicia antibioterapia con Ceftriaxona y Metronidazol durante una semana. Finalmente, la colección se resuelve con tratamiento antibiótico y el paciente fue dado de alta ante mejoría clínica y analítica, con descenso de PCR a 18 mg/L, derivándolo a consultas de cirugía para valoración de colecistectomía programada.

Discusión

Los cálculos biliares en pacientes con CEP podría tener una prevalencia mayor que en la población general, aunque la mayor incidencia de infecciones de la vía biliar parece estar en relación con la ectasia biliar que condiciona la fibrosis presente en estos casos.

En general las complicaciones infecciosas se tratan igual que en otros pacientes, es decir, no está indicada la colecistectomía profiláctica en pacientes asintomáticos con colelitiasis, pero en el caso de estenosis dominantes o infecciones agudas tales como colangitis/colección se pueden realizar tanto procedimientos endoscópicos como

quirúrgicos, siempre intentando reducir en lo posible la manipulación endoscópica o quirúrgica de la vía biliar, ya que estos procedimientos incrementan el riesgo de colangitis ascendente y pueden complicar un futuro trasplante hepático.

En definitiva, no se ha demostrado que la actitud y manejo de la colecistitis aguda en estos pacientes difiera del resto de la población general.

CP-137. ENCEFALOPATÍA PANCREÁTICA: COMPLICACIÓN MUY INFRECIENTE DE LA PANCREATITIS AGUDA.

Bravo Aranda AM, Morales Bermúdez AI, Fernández Córnan A, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La encefalopatía pancreática es una complicación sistémica muy rara y poco reportada de la pancreatitis aguda, con una alta tasa de mortalidad (57%).

Caso clínico

Paciente de 39 años, fumador, bebedor de 2 copas de whisky diarias, con antecedentes de dislipemia, asma y psoriasis en tratamiento biológico. Ingres por pancreatitis aguda grave necrotizante de origen tóxico. Evolución tórpida con múltiples complicaciones y larga estancia hospitalaria, con ingreso en UCI en dos ocasiones (por deterioro respiratorio que requirió ventilación mecánica invasiva y, posteriormente, por síndrome compartimental con intervención quirúrgica urgente y colocación de VAC abdominal), además, necesidad de drenaje percutáneo de colecciones necróticas peripancreáticas. Durante su estancia en planta, presenta cuadro de confusión, lenguaje incoherente y movimientos involuntarios en ambos MMSS, seguidos de crisis generalizada tónico-clónica, cianosis y taquicardia. Se realiza TC de cráneo urgente sin hallazgos significativos. Por persistencia de bajo nivel de conciencia refractario a tratamiento, ingresa en UCI para control de status epiléptico. Se completa estudio con RMN craneal que muestra lesión de sustancia blanca inespecífica, del centro semioval izquierdo, a nivel frontal, probablemente metabólica en el contexto de una encefalopatía pancreática (**Figura 1**). El paciente evoluciona favorablemente tras estabilización en UCI, se disminuye sedación progresivamente, despertando consciente y sin focalidad, por lo que finalmente es extubado y regresa a planta. Tras unas semanas de evolución, finalmente es dado de alta, asintomático desde el punto de vista neurológico, y con colecciones pancreáticas en resolución.

Discusión

La encefalopatía pancreática se caracteriza por disminución del nivel de conciencia y alteración del comportamiento (agitación, confusión, crisis convulsivas focales o generalizadas) que se producen durante la evolución de una pancreatitis aguda. Es más frecuente que ocurra en los casos de pancreatitis aguda grave y pacientes jóvenes. La etiopatogenia no se conoce, se ha postulado que la liberación de sustancias proinflamatorias que se produce durante la cascada inflamatoria de la pancreatitis aguda alteraría la barrera hematoencefálica y provocaría daño neurológico y desmielinización del sistema nervioso central. El diagnóstico es clínico y su evolución fluctuante. El tratamiento consiste en fluidoterapia intensiva y corrección iónica, ingesta calórica adecuada, priorizando la nutrición enteral y un correcto manejo de las colecciones pancreáticas. La encefalopatía pancreática conlleva una elevada mortalidad entre los pacientes de alto riesgo y no tratados, las causas más frecuentes de muerte secundaria a la encefalopatía son el shock, la cetoacidosis y el síndrome de disfunción multiorgánica, por tanto, es fundamental el reconocimiento precoz de esta entidad.

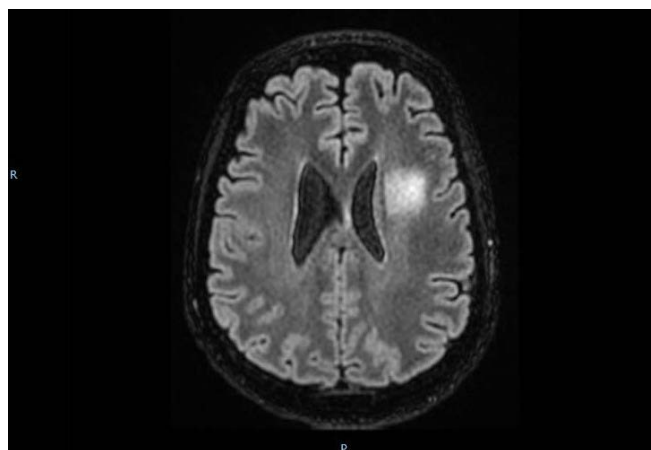


Figura 1

Hiperintensidad de señal en secuencia T2/FLAIR que afecta a la sustancia blanca del centro semioval izquierdo, compatible con lesión inespecífica metabólica, en el contexto de encefalopatía pancreática.

CP-138. FÍSTULA PANCREATICOPLEURAL EN PANCREATITIS CRÓNICA

Jiménez Fernández M, López Vilar F, Saralegui Gabilondo L, Angulo McGrath I

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

Introducción

La fístula pancreaticopleural es una complicación rara de la pancreatitis aguda o crónica. Consiste en una disrupción

de continuidad a nivel posterior del conducto pancreático, cursando frecuentemente con derrame pleural izquierdo recurrente y en ocasiones con pseudoquistes a nivel pleural o mediastínico.

Caso clínico

Varón de 61 años. Exfumador y ex hábito enólico. Antecedente de pancreatitis crónica de dicho origen e hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma inferior izquierdo.

Durante su seguimiento presenta derrame pleural izquierdo recidivante (**Figura 1**), que ha precisado de varias toracocentesis evacuadoras, con contenido de aspecto achocolatado, descartándose malignidad mediante biopsia pleural. En TC de abdomen inicial describe derrame pleural izquierdo no sugestivo de proceso metastásico y cambios compatibles con pancreatitis crónica con formación de dos lesiones compatibles con pseudoquistes. En TAC de control se evidencia crecimiento de lesión quística encapsulada del cuerpo pancreático contactando con el conducto pancreático principal y trayecto fistuloso con pleura izquierda (**Figura 2**). Se decide realizar Ecoendoscopia para descartar la malignidad de la lesión quística, sin poder completar la exploración dada la estenosis a nivel de esófago distal que impide el paso del endoscopio (**Figura 3**).



Rx PA de tórax donde se visualiza derrame pleural izquierdo.

Figura 1

Se decide seguimiento radiológico con mejoría inicial y disminución del tamaño del quiste, que recidiva en controles posteriores. Finalmente se decide tratamiento con Octreótide, presentando evolución lenta pero favorable del pseudoquiste y la fistula pancreaticopleural.

Discusión

Es frecuente la presencia de derrame pleural de tipo exudativo y autolimitado en el contexto de pancreatitis



TC de tórax y abdomen evidenciando pseudoquiste pancreático con trayecto fistuloso a pleura izquierda.

Figura 2



TC de tórax y abdomen donde se observa compresión extrínseca de esófago distal secundario a pseudoquistes paraesofágicos.

Figura 3

agudas, sin embargo, en ocasiones este derrame pleural es originado por una comunicación anómala entre el páncreas y el espacio pleural por una fistula pancreaticopleural.

Su incidencia en baja, siendo más frecuente en varones de edad media con pancreatitis crónica alcohólica. Para su diagnóstico se dispone pruebas de imagen como la

Colangio resonancia magnética (CRM) tras estimulación con secretina que aumenta la rentabilidad diagnóstica, así como el estudio bioquímico del líquido pleural evidenciando niveles de amilasa elevada en el mismo. En caso de alta sospecha clínica y no demostrarse la solución de continuidad a nivel del conducto pancreático mediante CRM, disponemos de la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con la ventaja añadida que aporta opciones terapéuticas en el mismo acto.

Su tratamiento inicialmente se basa en un manejo conservador con control de la secreción pancreática mediante análogos de somatostatina, aunque en ocasiones se requiere de un abordaje endoscópico o quirúrgico para la resolución de la fístula.

CP-139. HEPATITIS AUTOINMUNE, COLANGIOPATIA ESCLEROSANTE Y PANCREATITIS MEDIADAS POR IGG4.

Alonso Belmonte C, Parra López B, Sánchez Sánchez MI, Jiménez Pérez M

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La enfermedad por IgG4 es un trastorno fibro-inflamatorio que afecta a órganos como glándulas salivares o páncreas. La colangitis por IgG4 es la segunda manifestación más frecuente. Se ha identificado recientemente también la afectación hepática en forma de hepatitis autoinmune (HAI-IgG4), caracterizada por cumplir los criterios de HAI clásica, pero con biopsia con plasmocitos que expresan IgG4, que también suele estar elevada en plasma. Responde a corticoides y azatioprina de manera similar a la HAI.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 33 años con antecedentes de alteración del perfil hepático, de tipo mixto, con ecografía con esteatosis hepática, pero estudio de hepatopatía negativo. Presentó también una coledocolitiasis y estenosis biliar que necesitó de prótesis biliar, con estudio negativo para malignidad.

En contexto de embarazo comenzó con prurito con necesidad de tratamiento que posteriormente cedió. En el postparto comienza con ictericia y coluria y molestias abdominales. En analítica citolisis y datos de pancreatitis, con nuevo estudio de hepatopatía con elevación de IgG e IgG4. Se decide realizar biopsia hepática que aprecia cambios compatibles con hepatitis autoinmune seronegativa con signos de colestasis hepatocelular y canalicular, identificándose células plasmáticas IgG4 positivas en recuentos elevados.

Estos nuevos datos junto con los antecedentes orientaban hacia un diagnóstico de hepatitis autoinmune con IgG4

con colangiopatía esclerosante por IgG4 y pancreatitis por IgG4, con datos de insuficiencia hepática aguda en el contexto del postparto.

Se comenzó con corticoides a dosis plenas y ácido ursodesoxicólico presentando mala evolución. Se decide suspenderlo y comenzar con Rituximab, fármaco utilizado en caso de refractariedad a corticoides, también sin respuesta.

Finalmente, la paciente presenta bacteriemia por *Staphylococcus Aureus* y candidemia, así como afectación respiratoria por CMV y *P. Jiroveci* que a pesar de estancia en UCI evoluciona a fallo multiorgánico y fallece.



Figura 1

Placa de distrés respiratorio en contexto de enfermedad invasiva por cmv y P.Jiroveci en paciente tratado con Rituximab por enfermedad IgG4.



Figura 2

TAC de abdomen corte sagital en el que se aprecian cambios compatible con hepatopatía crónica y ascitis.

Discusión

La enfermedad por IgG4 tiene numerosas afectaciones aún en estudio. Sobre la enfermedad hepática hay pocos datos en la literatura. Se requieren más estudios para determinar si realmente se trata de una manifestación de la enfermedad por IgG4 o es un subtipo de HAI. Lo que sí se ha comprobado es que se trata de una entidad más grave tanto anatomopatológicamente como clínicamente. En relación al embarazo no se conocen datos, sí se ha visto, en el caso de la HAI, que son frecuentes las exacerbaciones durante y después del embarazo con peor pronóstico, por lo que se aconseja que la enfermedad permanezca controlada en estas etapas.

CP-140. INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA CONGÉNITA EN EL CONTEXTO DEL SÍNDROME DE SHWACHMAN-DIAMOND

Castillo Morillo M, Vazquez Lorente L, López Ocaña A, González Amores Y, Andrade Bellido RJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

Introducción

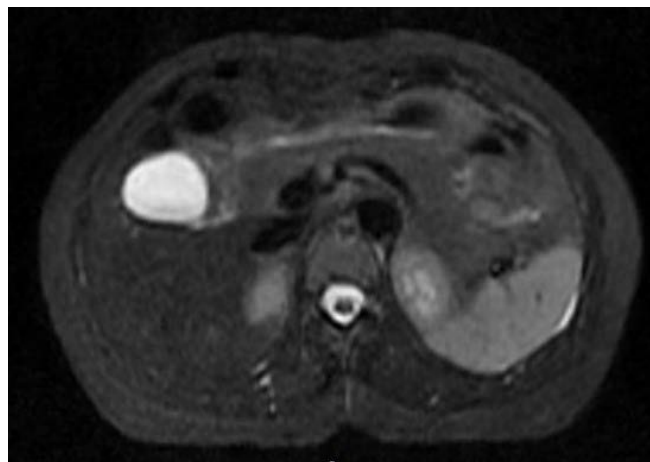
El síndrome de Shwachman-Diamond es la segunda causa más frecuente de insuficiencia pancreática exocrina (IPE) congénita, después de la fibrosis quística, y se caracteriza por la tríada clínica de insuficiencia pancreática exocrina, citopenias y alteraciones óseas. La IPE se debe a la sustitución grasa de los acinos pancreáticos lo que se conoce como esteatosis o lipomatosis pancreática. Sus manifestaciones pueden variar desde casos asintomáticos hasta disfunción severa, siendo el síntoma más frecuente la esteatorrea.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 48 años natural de Suiza diagnosticada del síndrome de Shwachman-Diamond en la infancia. Ha realizado tratamiento con enzimas pancreáticas de forma puntual y actualmente se encuentra sin seguimiento ni tratamiento. Es derivada desde Atención Primaria por deposiciones de consistencia pastosa y meteorismo de forma crónica, sin productos patológicos ni molestias abdominales asociadas.

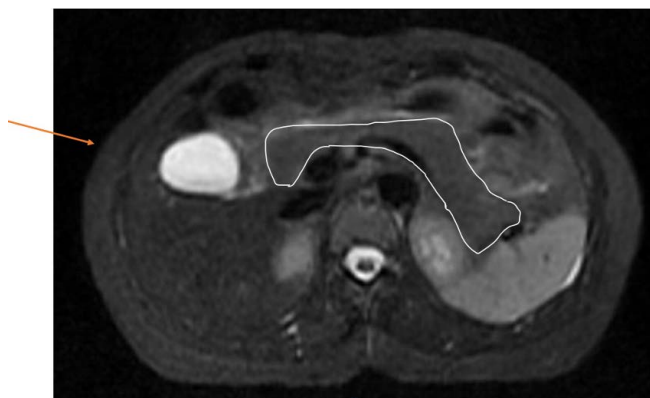
Analíticamente, se demuestran dos características claves de este síndrome: la insuficiencia pancreática, presentando una elastasa fecal muy disminuida ($< 15 \mu\text{g/g}$); y las citopenias, mostrándose leucopenia (3360 leucocitos) a expensas de neutrófilos (1330 neutrófilos). Se completó el estudio mediante resonancia magnética en la que se observa un páncreas globuloso, homogéneo, con sustitución grasa de forma difusa, sin LOEs ni colecciones pancreáticas.

Debido a la presencia de datos clínicos y analíticos de insuficiencia pancreática exocrina, se pautó tratamiento con pancreatina (50000 U en comidas principales y 25000 U en snacks) con buena respuesta sintomática y de parámetros nutricionales.



RMN de páncreas en secuencia T2 con supresión grasa.

Figura 1



Intensidad de señal pancreática similar a grasa subcutánea (flecha), indicando lipomatosis pancreática.

Figura 1

Discusión

El manejo del síndrome de Shwachman-Diamond debe ser multidisciplinar, asociando hematólogos, digestivos, endocrinólogos y traumatólogos. Entre el 80-90% de pacientes con este síndrome presentan IPE en el momento del diagnóstico. La IPE se puede diagnosticar mediante pruebas directas (test de secretina) o indirectas (determinación del tripsinógeno sérico, prueba de Van Kamer, cuantificación de elastasa fecal, etc). Se eligió la cuantificación de elastasa fecal debido a su accesibilidad, sensibilidad e inalterabilidad ante el tratamiento con pancreatina. El tratamiento es crónico y consiste en la suplementación de enzimas pancreáticas junto con adaptación dietética.

En cuanto al seguimiento, los pacientes se deben someter a controles analíticos rutinarios con vigilancia de las citopenias y déficits vitamínicos asociados. Sin embargo, a diferencia de otras IPEs, no es necesario el control de las glucemias puesto que en estos pacientes no aumenta el riesgo de diabetes mellitus al afectarse selectivamente los acinos pancreáticos. Además, la fisiopatología de la enfermedad tampoco aumenta el riesgo de desarrollo de cáncer por lo que no son necesarias pruebas de imagen periódicas.

CP-141. MEDIASTINITIS ENZIMÁTICA SECUNDARIA A PANCREATITIS AGUDA

Ramírez Raposo R, Viejo Almanzor A, Bernal Torres A, Macías Rodríguez MA

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

La pancreatitis aguda es una patología potencialmente grave, que puede presentar diversas formas de afectación torácica como derrame pleural, neumonía, pseudoquistes con afectación mediastínica y, más infrecuentemente, mediastinitis enzimática o química. Ésta es una complicación rara con pocos casos publicados en la literatura médica.

Caso clínico

Varón de 62 años con consumo tóxico crónico de alcohol, que ingresa en nuestro servicio por un cuadro de epigastralgia con lipasa en 5310 mg/dL, compatible pancreatitis aguda.

Durante el ingreso presenta elevación progresiva de reactantes de fase aguda con PCR 250 mg/dL y persistencia del dolor epigástrico junto a dolor torácico opresivo, con disnea, pero sin desaturación. Se realizó un primer TC abdominal donde se objetivaba una colección bien definida en cola de páncreas que se herniaba a través del hiato esofágico formando una colección multiloculada retroesofágica (**Figura 1**).

Ante la persistencia de la disnea se realizó un TC de tórax que muestra la ocupación del mediastino medio, desde el hiato diafragmático hasta la región retrotraqueal alta, visualizándose aumento de atenuación y borramiento de la grasa mediastínica junto con imágenes de menor densidad mal definidas, compatible con mediastinitis (**Figura 2 y 3**) y derrame pleural bilateral. Contactamos con cirugía torácica quienes ante el hallazgo de mediastinitis sin datos de infección, descenso progresivo de reactantes de fase aguda y estabilidad del paciente, sin insuficiencia respiratoria, indicaron manejo conservador y control radiológico.

Se realizó nuevo TC a los 7 días con mejoría de la ocupación del mediastino medio en campos medios y superiores,



Figura 1
Colección en cola pancreática que se hernia a través del hiato esofágico.



Figura 2
Aumento de densidad de partes blandas a nivel de mediastino medio compatible con mediastinitis. Corte transversal.

quedando únicamente a nivel del hiato diafragmático una colección retroesofágica tabicada de menor tamaño que en estudio previo.

Finalmente, ante la mejoría clínica, analítica y radiológica; se decidió alta con control radiológico ambulatorio al mes, con resolución del cuadro.

Discusión

Las complicaciones torácicas de las pancreatitis afectan a un 15-50% de los pacientes, siendo la presencia de mediastinitis enzimática excepcionalmente infrecuente, con menos de 20 casos publicados en la literatura.

Se produce por el paso de jugo pancreático a través del hiato esofágico y/o aórtico que provoca necrosis grasa a nivel de mediastino. Se manifiesta como un cuadro de disnea, dolor torácico, fiebre, taquicardia, insuficiencia cardíaca y/o respiratoria. El diagnóstico se basa en el TC y el tratamiento no está estandarizado. Los casos graves se benefician de



Figura 3
Aumento de densidad de partes blandas a nivel de mediastino medio con pequeñas colecciones mal definidas. Corte axial.

manejo en UCI junto con cobertura antibiótica de amplio espectro y, en casos de insuficiencia respiratoria, valorar un drenaje quirúrgico urgente.

CP-142. METÁSTASIS AMPULAR DE SARCOMA EPITELOIDE

Moreno Barrueco M, Berdugo Hurtado F, Bailón Gaona MC, López Peña C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA

Introducción

Los sarcomas son un grupo infrecuente de tumores malignos de origen mesenquimal y constituyen menos del 1% del total de tumores en adultos. Se clasifican en función de su tejido de origen, patrón celular e inmunohistoquímica. El subtipo epiteloide es infrecuente y constituye menos del 1% del total de los sarcomas.

Caso clínico

Varón de 30 años con antecedente de amputación de miembro superior izquierdo en abril de 2021 secundario a sarcoma epiteloide (pT2, N0, M0) con resección R0. En el seguimiento por oncología se detecta mediante PET-TC en septiembre de 2022, un foco hipermetabólico pulmonar en lóbulo inferior izquierdo con resección quirúrgica en octubre de 2022, realizándose una lobectomía inferior izquierda. La anatomía patológica del nódulo pulmonar resultó compatible con una lesión metastásica del sarcoma.

Ingresa en nuestro servicio en agosto de 2023 por un cuadro de 3 días de evolución de ictericia mucocutánea progresiva, coluria e hiporexia. Analíticamente destacan importantes datos de colestasis e hiperbilirrubinemia a expensas de directa. En pruebas de imagen se observa

una dilatación extensa de vía biliar intra y extrahepática, sin causa evidente, a descartar un proceso neoplásico a este nivel (**Figura 1 y 2**). Se completa el estudio con ecoendoscopia con hallazgo de a nivel de la papila de una neoformación ulcerada y necrótica compatible con un ampuloma (**Figura 3**).

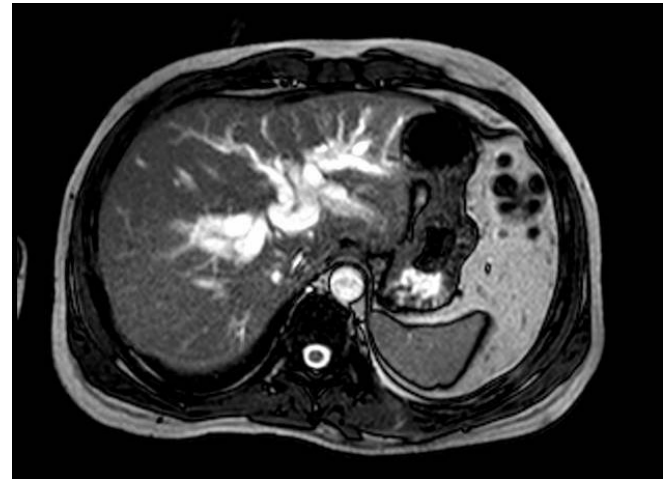


Figura 1
RMN abdominal. Se observa una importante dilatación de la vía biliar intra y extrahepática así como del colédoco.

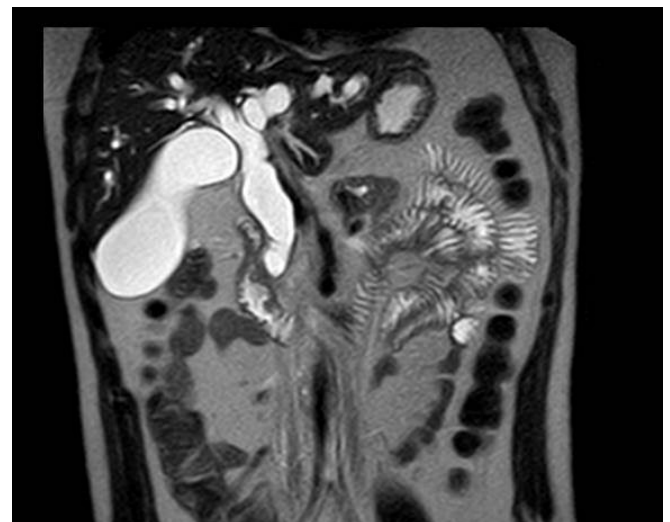


Figura 2
Colangio-RMN. Se observa una importante dilatación de la vía biliar intra y extrahepática así como del colédoco que se afila en su porción distal sin objetivarse causa obstructiva clara.

Las biopsias son informadas como células tumorales positivas para EMA, Vimentina y CKAE1/AE3, compatibles con lesión infiltrativa de sarcoma epiteloide. Se extirpó quirúrgicamente mediante una pancreaticoduodenectomía radical con márgenes libres, se completó tratamiento con quimioterapia adyuvante, encontrándose actualmente en remisión.

Discusión

Los sarcomas epiteloideos tienen una incidencia alrededor de los 35 años y se asocian a la radiación previa y síndromes de predisposición neoplásica. Pueden asentar prácticamente en cualquier localización de la anatomía, pero la más frecuente son las extremidades, particularmente, las inferiores. La presencia de metástasis al diagnóstico es poco común (menor del 10%) y en el 80% de los casos, afectará a los pulmones. Los sitios raros de propagación de la enfermedad metastásica incluyen la piel, los tejidos blandos, los huesos, el hígado y el cerebro.

Tras una resección exitosa, hasta el 25% de los pacientes desarrollará enfermedad metastásica a distancia. El sarcoma metastásico generalmente tiene un mal pronóstico, con una media de supervivencia a cinco años de entre 15 y 25 por ciento y una mediana de supervivencia de entre 12 y 24 meses, aunque el pronóstico varía según la histología.

CP-143. METÁSTASIS HEPÁTICAS DE TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO

Angulo Domínguez G, Castro Fernández M

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

Introducción

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias de tipo epitelial con diferenciación predominantemente endocrina, que pueden aparecer en la mayoría de órganos, siendo los gastroenteropancreáticos los más frecuentes. Son poco frecuentes pero la incidencia ha aumentado en los últimos años.

Los TNE pancreáticos son extremadamente infrecuentes, representando menos del 3% de las neoplasias primarias pancreáticas. La mayoría son no funcionantes y por ello se diagnostican de forma tardía. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, anorexia y pérdida de peso. Son relativamente agresivos y en un gran porcentaje de casos presentan comportamiento maligno, con invasión local o metástasis, habitualmente hepáticas.

Caso clínico

Varón de 49 años sin hábitos tóxicos ni antecedentes de interés que ingresa por molestias abdominales y síndrome constitucional de 4 meses de evolución. Exploración física: Destaca hepatomegalia de 3 cms. En analítica destaca colestasis leve (GGT 118 U/l y FA 139 U/l). Serología virus hepatotropos negativa. En TC abdomen se aprecia gran masa hepática de 13cm, así como otras lesiones de menor tamaño, y en cola de páncreas una lesión mal definida que infiltra vena esplénica y origina hipertensión portal (Figuras 1 y 2). Niveles normales de antígeno



Corte axial de TC abdominal. Gran masa hepática y lesión en cola de páncreas con invasión local.

Figura 1



Corte axial de TC abdominal. Gran masa hepática con varias lesiones de dimensiones menores.

Figura 2

carcinoembrionario, alfa fetoproteína, CA 125 y CA 19.9; enolasa específica neuronal elevada. Se toman biopsias de ambas lesiones y se realiza SPECT-TC de receptores de somatostatina, mostrando intensa captación en ambas localizaciones, siendo sugestivo de TNE pancreático con metástasis hepáticas (Figuras 3 y 4). La anatomía patológica fue diagnóstica de TNE pancreático bien diferenciado. Se desestima inicialmente tratamiento quirúrgico y se indica tratamiento sistémico con análogos de somatostatina.

Discusión

Este caso supuso un reto diagnóstico inicialmente por la presencia simultánea de TNE pancreático y hepático. Es razonable considerar por la historia natural de los TNE, que el tumor primario se localice en páncreas y las



SPECT-TC. Lesión en cola pancreática con alta densidad de receptores de somatostatina (Krenning 3).

Figura 3



PECT-TC. Gran masa hepática en lóbulo hepático derecho, con muy alta densidad de receptores de somatostatina (Krenning 4) y múltiples lesiones hepáticas de menor tamaño distribuidas por el resto del parénquima hepático, con alta densidad de receptores de somatostatina (Krenning 3).

Figura 4

lesiones hepáticas sean metástasis, puesto que la mayoría están presentes de forma sincrónica en el momento del diagnóstico. El gran tamaño de una de las lesiones hepáticas nos planteó la posibilidad diagnóstica de un colangiocarcinoma o incluso de una hepatocarcinoma sobre hígado no cirrótico con neoplasia sincrónica en páncreas, que implicaría un manejo y pronóstico distintos. El SPECT-TC y la histología fueron fundamentales para el diagnóstico. En este caso se optó por tratamiento sistémico puesto que había invasión loco-regional y metástasis a distancia, aunque hay ciertos casos seleccionados en los que, además de plantear una resección quirúrgica del primario, puede considerarse el trasplante hepático para las metástasis.

CP-144. METÁSTASIS PANCREÁTICA DE CARCINOMA PULMONAR CON FISTULIZACIÓN A CAVIDAD GÁSTRICA

López Vilar F, Jiménez Fernandez M, Saralegui Gabilondo L, Valencia Alcántara N, León Luque M

UGC Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción

El cáncer de páncreas constituye la cuarta neoplasia más prevalente con origen en el tubo digestivo. En su inmensa mayoría, se corresponden a tumores primarios de la propia glándula pancreática, suponiendo las metástasis de otros tumores un porcentaje ínfimo de los mismos (<1%). Histológicamente entre un 85 – 90 % de los tumores primarios se corresponden con adenocarcinoma ductal. La presentación clínica dependerá fundamentalmente del tamaño del tumor a su diagnóstico, así como de la localización del mismo, permaneciendo generalmente el paciente asintomático hasta estadios avanzados en la enfermedad, disminuyendo drásticamente las opciones de un tratamiento curativo.

Caso clínico

Paciente de 63 años que se somete a lobectomía de lóbulo superior izquierdo por sospecha de aspergiloma pulmonar. En el análisis histológico de la pieza quirúrgica, se confirma el diagnóstico de carcinoma pulmonar de células grandes. En la unidad de recuperación postanestésica el paciente presenta un cuadro de hipotensión brusca, con requerimiento de drogas vasoactivas para su estabilización, por lo que se realiza TAC corporal (imagen 1) para descartar complicaciones precoces de la misma. En dicho TAC, se objetiva masa quística con gas en su interior de gran tamaño, dependiente de cola del páncreas que contacta extensamente con curvatura mayor gástrica fistulizando a cámara gástrica, junto con implantes tumorales peritoneales, peripancreáticos, suprarrenales, costales y en ambas palas ilíacas. Durante el ingreso, el paciente se realiza ecoendoscopia (imagen 2), donde se objetiva una lesión sólida quística de gran tamaño que fistuliza a

cavidad gástrica, realizando BAAF de la misma, siendo histológicamente compatible con carcinoma de probable origen pulmonar. Finalmente, el paciente es diagnosticado de metástasis pancreática de neoplasia pulmonar, requiriendo sedación paliativa debido a la refractariedad de los síntomas derivados del rápido crecimiento y de la extensión tumoral.

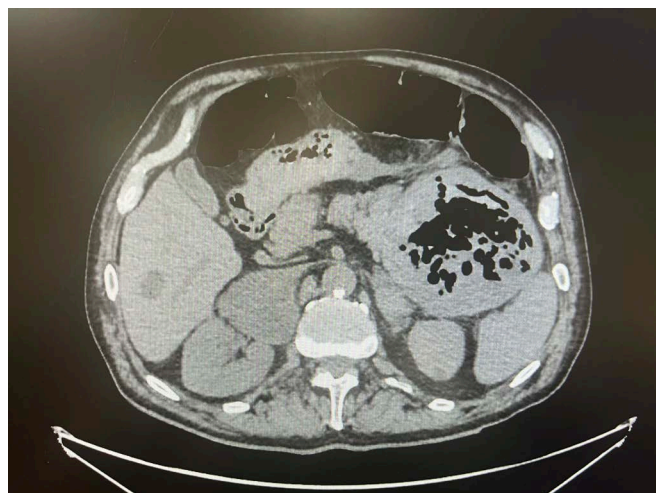


Figura 1

TAC de abdomen con contraste donde se observa lesión en cola de páncreas en íntimo contacto con curvatura mayor gástrica.

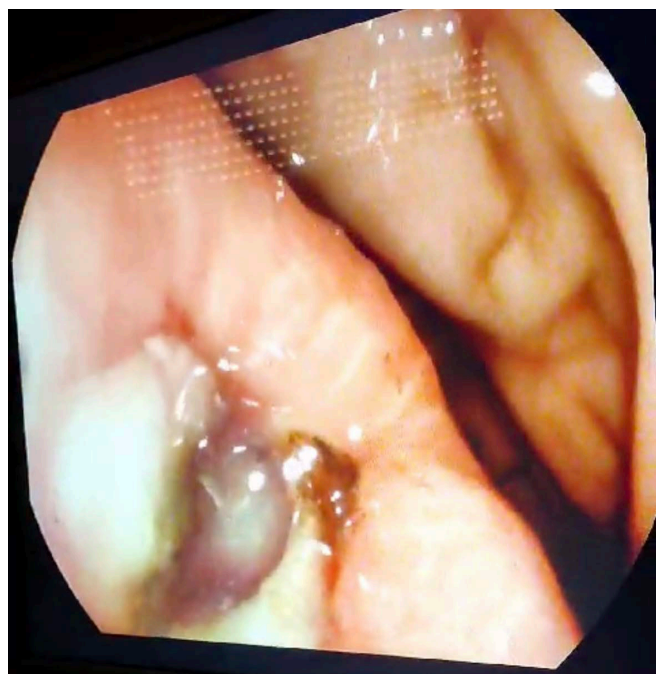


Figura 2

Imagen de gastroscopia donde se observa fistulización a cavidad gástrica de lesión pancreática.

Discusión

Como se ha mencionado previamente, los tumores que más frecuentemente asientan sobre la glándula pancreática se corresponden con carcinomas primarios de la propia glándula. A pesar de esto, no debemos pasar por alto la posibilidad, por remota que esta pueda parecer, de estar ante una afectación metastásica de un tumor primario de otra localización, como en el presente caso. La presentación clínica de un implante metastásico sobre la glándula pancreática, dependerá fundamentalmente de la localización del mismo, pudiendo presentar desde obstrucción duodenal y/o del colédoco en la afectación de la cabeza, hasta afectación por contigüidad de estructuras vecinas como bazo o estómago en la afectación de la cola de páncreas, como en el caso expuesto previamente.

CP-145. NEOPLASIA VESICULAR DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

Molina Cortés P¹, Lecuona Muñoz M¹, García Aragón F¹, Redondo Cerezo E², Ortega Suazo EJ²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ²UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una neoplasia infrecuente y de elevada mortalidad.

La mayoría de los pacientes presentan un curso indolente hasta estadios avanzados de la enfermedad, dificultando el proceso diagnóstico y condicionando su pronóstico.

Caso clínico

Mujer de 89 años con HTA e hipotiroidismo que consulta por dolor localizado en epigastrio e hipocondrio derecho de 72 horas de evolución, asociando vómitos de contenido alimentario-bilioso y temperatura 37,8°C. Analíticamente destacan bilirrubina total 1,29 mg/dl, GOT 165 U/ml, GPT 176 U/ml, GGT 74 U/ml, lipasa 1454 U/ml, amilasa 854 U/ml, Hemoglobina de 9 g/dl, Proteína C reactiva 196.3 mg/dl y leucocitosis con 18.150 leucocitos/ml.

Ante la sospecha de pancreatitis aguda junto con elevación marcada de reactantes de fase aguda y pico febril, se solicita prueba de imagen urgente.

Se realizan ecografía (**Figuras 1 y 2**) y TAC abdominal (**Figura 3**) donde se evidencia una masa en cuerpo vesicular de 6,7 x 5,7 x 3,6 cm (AP x T x CC) con fenómenos de degeneración hemorrágica en su interior, junto con cambios compatibles con pancreatitis aguda. Dicha masa, contacta íntimamente con la porción descendente duodenal e infiltra el hilio hepático evidenciándose además una lesión hepática de 15 mm sugerente de metástasis.



Figura 1

Masa de 6,7 × 5,7 × 3,6 cm en cuerpo vesicular de contenido hiperdenso por probables fenómenos de degeneración hemorrágica.



Figura 2

Masa de 6,7 × 5,7 × 3,6 en cuerpo vesicular de contenido hiperdenso por probables fenómenos de degeneración hemorrágica.



Figura 3

En contacto con segunda porción duodenal. Extensión infiltrativa periportal en hilio e intrahepática bilobar, y probable afectación de la vía biliar extrahepática prepancreática. Lesión hipovascular de 15 mm con retracción capsular focal sugerente de metástasis hepática.

Dada la situación de base de la paciente, así como la extensión de la enfermedad y su pronóstico desfavorable a corto-medio plazo se decidió inclusión en programa de Cuidados Paliativos para soporte sintomático.

Discusión

El cáncer de vesícula biliar constituye una neoplasia infrecuente con una incidencia de un caso por 100.000 habitantes/año, y que se objetiva únicamente en el 0.4% de todos los especímenes de colecistectomía. Entre los factores de riesgo implicados en su aparición se han descrito la presencia de coledocitis, pólipos vesiculares y Colangitis Esclerosante Primaria.

De forma excepcional esta patología cursa de forma sintomática, y cuando lo hace debuta habitualmente como colecistitis aguda o crónica y no produciendo pancreatitis aguda sin colecistitis asociada, tal y como se reporta en el presente caso clínico.

Aunque el tratamiento definitivo sería quirúrgico, dado su curso indolente y su diagnóstico tardío este abordaje sólo puede plantearse en el 10% de pacientes. El 90% restante presentan extensión a distancia al debut, de manera que únicamente puede ofrecerse tratamiento sintomático.

CP-146. PANCREATITIS AGUDA DE REPETICIÓN SECUNDARIA A COMBINACIÓN DE FÁRMACOS ANTI-EGFR

Cano De La Cruz JD, Bravo Aranda AM, Diego Martínez R, Gómez Rodríguez P

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Entre las posibles causas de pancreatitis aguda, el consumo de medicamentos es un factor etiológico poco frecuente (<5%). En cuanto a los fármacos quimioterápicos, ha sido descrita en la literatura cierta relación causal entre la administración de algunos de estos medicamentos y casos de pancreatitis, como ocurre con fármacos antiangiogénicos (VEGFR) e inhibidores de puntos de control inmunitario (IPCI). En cuanto a los fármacos dirigidos contra el factor de crecimiento epidérmico (EGFR), se ha descrito como efectos secundarios exantema, diarrea, enteritis y toxicidad pulmonar, siendo poco frecuente su relación con pancreatitis. Presentamos un caso de pancreatitis aguda de repetición inducida por la combinación de Lazertinib y Amivantamab, fármacos dirigidos contra EGFR, en ensayo clínico como tratamiento de cáncer de pulmón no microcítico metastásico o localmente avanzado EGFR positivo.

Caso clínico

Mujer de 53 años, con antecedentes de Adenocarcinoma de Pulmón en LID estadio IVb, con mutación EGFR y en tratamiento con combinación de Lazertinib y Amivantamab desde marzo de 2023. Ingresa en julio de 2023 por cuadro de dolor epigástrico irradiado en cinturón, asociado a elevación de Lipasa (>18000 U/L). En estudio de imagen se objetiva 'Pancreas Divisum', no apreciándose dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, colelitiasis ni coledocolitiasis. No antecedentes de ingesta etílica ni consumo de otros tóxicos. Evolución satisfactoria durante el ingreso, con mejoría analítica y clínica.

Ingresa nuevamente en otras dos ocasiones en agosto de 2023 por nuevos episodios de Pancreatitis Aguda (Figuras 1 y 2), con buena evolución. Valorada por Oncología, determinan que el evento podría estar relacionado con la administración de Amivantamab, indicando su suspensión.

Posteriormente reingresa por nuevos episodios de Pancreatitis en agosto de 2023. Oncología determina que los eventos son debidos a la combinación de Lazertinib y Amivantamab, decidiéndose suspensión definitiva del tratamiento y determinando por su parte que el Páncreas Divisum es factor predisponente de estos episodios y el tratamiento quimioterápico en combinación, factor causante final. No ha vuelto a presentar nuevos episodios desde la suspensión del tratamiento quimioterápico.

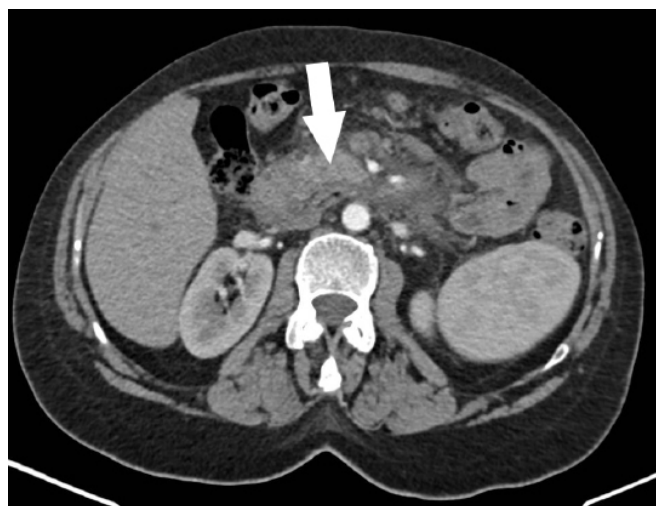


Imagen TC Abdomen: Hallazgos de Pancreatitis Aguda Moderada.

Figura 1

Discusión

El uso combinado de fármacos quimioterápicos anti-EGFR es un factor etiológico poco frecuente de Pancreatitis Aguda, pero tras descartar las causas más habituales, se debe tener en cuenta como posible factor causal. La mejoría del cuadro clínico y la desaparición de los episodios

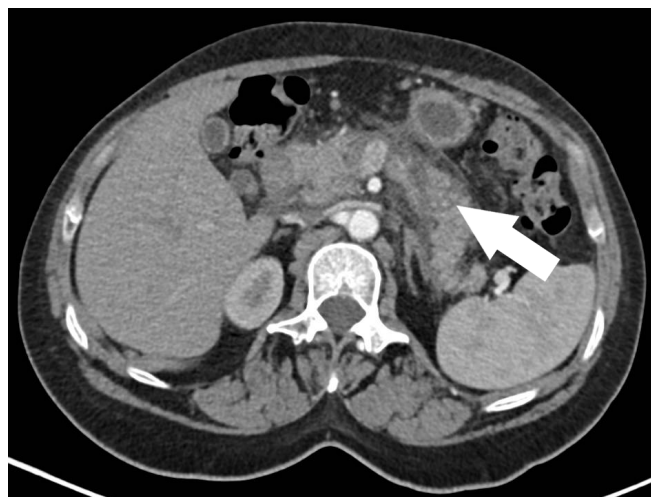


Imagen TC Abdomen: Hallazgos de Pancreatitis Aguda Moderada.

Figura 2

de pancreatitis tras la suspensión del tratamiento refuerza esta teoría. Futuros estudios son necesarios para conocer la influencia de esta terapéutica en la inducción de casos de pancreatitis.

CP-147. PANCREATITIS AGUDA SOBRE INJERTO PANCREÁTICO SECUNDARIA A HEMORRAGIA DIGESTIVA CLÍNICAMENTE RELEVANTE.

Lecuona Muñoz M, Rodríguez Gómez V, López Vico M, Redondo Cerezo E, Martínez Cara JG

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

Introducción

La hemorragia digestiva en pacientes sometidos a trasplante pancreático afecta a menos del 1% de enfermos, y asocia una elevada morbi-mortalidad. En el presente caso se reporta la aparición de una pancreatitis aguda isquémica sobre injerto pancreático, producida en un paciente trasplantado hace más de una década que ingresó en nuestro centro por hemorragia digestiva.

Caso clínico

Varón de 59 años sometido a doble trasplante páncreas-riñón en 2009 en el contexto de insuficiencia renal crónica terminal secundaria a diabetes mellitus tipo 1, consulta por deposiciones melénicas y astenia. Analíticamente presenta urea 144 mg/dl, creatinina 1.14 mg/dl y hemoglobina 8.5 g/dl (previa 17 g/dl). Se realiza gastroscopia urgente sin identificar origen del sangrado y, posteriormente, se solicita colonoscopia, donde se visualizan únicamente restos hemáticos digeridos. Ante la sospecha de hemorragia digestiva de origen oscuro se realiza cápsula endoscópica (Figuras 1-2), observando una estenosis circunferencial en

yeyuno medio-proximal con sangrado activo babeante, por lo que se programa enteroscopia.

Transcurridos dos días, el paciente presenta inestabilidad hemodinámica junto con dolor abdominal intenso de localización difusa. Analíticamente destacan hemoglobina 6.2 g/dl, lipasa 1193 U/ml y amilasa 966 U/ml. Se solicita Angio-TAC, donde se observan cambios sugerentes de pancreatitis aguda sobre páncreas trasplantado de probable etiología isquémica, en relación con hipoperfusión a nivel de la anastomosis del injerto (imagen 3).

Dado que en la prueba de imagen realizada no se evidenció oclusión vascular, se realizó tratamiento mediante fluidoterapia intensiva y soporte transfusional, con mejoría progresiva a nivel clínico y analítico. Actualmente el paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista digestivo, sin alteración del funcionamiento del injerto y sin nuevos episodios de hemorragia.

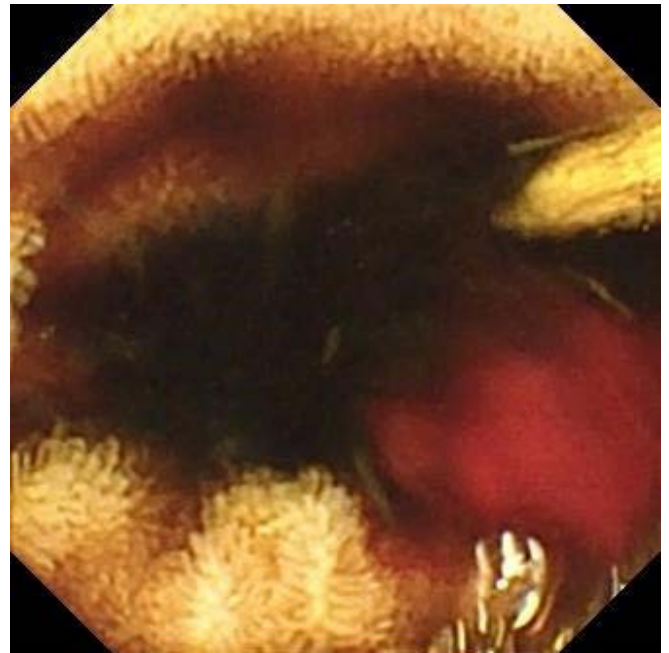


Cápsula endoscópica. En yeyuno medio-proximal se objetiva estenosis circunferencial con sangrado babeante activo, la cual finalmente es franqueada por la cápsula.

Figura 1

Discusión

El trasplante simultáneo pancreático-renal es la técnica de elección en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 que presentan insuficiencia renal terminal. Entre las complicaciones post-trasplante a nivel pancreático, cabe destacar las alteraciones vasculares, la fístula pancreática, la pancreatitis aguda del injerto o la hemorragia digestiva. En caso de sangrado digestivo, el abordaje endoscópico resulta complejo por la limitación anatómica que supone la



Cápsula endoscópica. Restos hemáticos fresco sin lesión subyacente en yeyuno medio-proximal y segmentos posteriores.

Figura 2



TC. Tumefacción de glándula pancreática trasplantada con infiltración por exudado de la grasa retroperitoneal adyacente, compatible con pancreatitis aguda del injerto. Tras la administración de contraste se observa captación homogénea.

Figura 3

valoración de la anastomosis duodeno-yeyunal y, por tanto, habitualmente la filiación del cuadro se logra mediante pruebas de imagen tal y como se describe en este caso clínico. En esta patología, resulta imprescindible realizar un diagnóstico precoz, con el objetivo de llevar a cabo un abordaje terapéutico temprano que permita conservar la función del injerto.

CP-148. PANCREATITIS DEL SURCO COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

Molino Ruiz L, Bocanegra Viniegra M, Moya Jaime L

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

Introducción

La pancreatitis del surco es un tipo de pancreatitis crónica que afecta al espacio comprendido entre la cabeza pancreática, segunda porción duodenal y colédoco. La etiología es desconocida, aunque se asocia al consumo de tabaco y de alcohol. Suele ser más frecuente en el sexo masculino entre la cuarta y quinta década de la vida. Clínicamente, es frecuente el dolor en hemiabdomen superior, vómitos e ictericia. La importancia del diagnóstico radica en descartar lesiones malignas como adenocarcinoma pancreático.

Caso clínico

Paciente mujer de 51 años de edad, fumadora de 20 cigarrillos al día, que ingresa en Aparato Digestivo por dolor abdominal de 4 días de evolución, localizado en epigastrio con irradiación en cinturón hacia ambos hipocondrios y espalda, acompañado de náuseas y vómitos.

No asocia pérdida ponderal, prurito, acolia, coluria, ni otra sintomatología acompañante.

Durante su ingreso presenta elevación de reactantes de fase aguda, perfil hepatobiliar sin alteraciones y resto de valores analíticos dentro de la normalidad, incluyendo marcadores tumorales (CEA y CA19.9) e IgG4, se inicia antieméticos y analgesia de primer escalón con respuesta parcial de dolor por lo que se realiza TC abdominal donde se describe engrosamiento y realce mucoso de la primera porción duodenal que asocia pequeña lamina de líquido/colección en surco pancreato-duodenal, podría presentar un tamaño de unos 6 x 22 mm (Figura 1). Aumento de densidad de la grasa mesentérica anterior a cabeza y proceso uncinado pancreáticos y al duodeno. Estos hallazgos podrían ser compatibles con pancreatitis del surco. Se realiza RM pancreática que apoya dicho diagnóstico

La paciente evoluciona de forma favorable con tratamiento conservador y sintomático, pendiente de revisión y ampliar resto de estudio si se considera.

Discusión

La pancreatitis del surco es una entidad infrecuente, se distinguen dos formas de presentación, la pancreatitis pura cuando solo afecta al surco pancreático-duodenal y la forma segmentaria si se extiende a la región dorsocraneal de la cabeza del páncreas, asociando estenosis del conducto pancreático principal. El consumo de alcohol se



Lámina de líquido/colección en surco pancreato-duodenal.

Figura 1

ha descrito como principal factor desencadenante, cuyo resultado final es la fuga de secreciones pancreáticas al surco pancreato-duodenal, con la consecuente afectación fibroinflamatoria en dicha región. Técnicas de imagen como la tomografía computarizada o la resonancia magnética nuclear son de utilidad para el diagnóstico de esta patología, aunque en ocasiones hay que recurrir a la ecoendoscopia y toma de biopsia para descartar otro tipo lesiones, principalmente adenocarcinoma de páncreas. El tratamiento suele ser conservador, aunque ante sintomatología refractaria se realizan procedimientos intervencionistas o cirugía.

CP-149. POLIPECTOMÍA DUODENAL COMO CAUSA DE PANCREATITIS AGUDA

García Aragón F, Rodríguez Gómez VM, Lecuona Muñoz M, Redondo Cerezo E, Fernández Cano MC

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

Introducción

La trombosis del eje espleno-portal no asociada a cirrosis hepática o neoplasias es una enfermedad rara, con una prevalencia inferior al 3.7 por 100.000 habitantes. No obstante, constituye la segunda causa de hipertensión portal. Hasta el 70% de los afectados presentan algún tipo de factor protrombótico subyacente, siendo frecuente la coexistencia de varias entidades etiológicas.

La clínica depende del momento evolutivo y de la extensión del trombo, desde dolor abdominal inespecífico en el momento agudo, hasta la aparición de cavernomatosis e hipertensión portal si evoluciona hacia la cronicidad. Es esencial el inicio precoz de la anticoagulación para conseguir la revascularización portal, y mejorar el pronóstico del paciente.

El riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes con COVID-19 ha constituido un problema importante desde el inicio de la pandemia. La inmovilización asociada a la enfermedad, la deshidratación, el estado inflamatorio agudo, y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, así como antecedentes de trombofilia, pueden incrementar su potencial aparición, que, si bien ha demostrado ser más frecuente en aquellos casos de infección grave, no deja exentos de riesgo a los casos más leves como el que presentamos.

Caso clínico

Mujer de 56 años diagnosticada de poliposis adenomatosa familiar, ya colectomizada, que ingresa de forma programada para polipectomía duodenal con duodenoscopia. Durante la intervención se extirpan 3 pólipos de dimensiones entre 5-8mm, localizados en región periampular.

Acude a urgencias 8 horas después por epigastralgia y náuseas, objetivándose valores de amilasa en rango de pancreatitis. Se realiza TC abdominal con hallazgos de pancreatitis aguda edematosa con líquido libre intraabdominal y vesícula biliar alitiásica, lo que se confirma después mediante ecografía abdominal, estableciéndose la polipectomía endoscópica como la causa más probable del episodio de pancreatitis.



Pólipos periampulares.

Figura 1

Discusión

Si bien la papilectomía endoscópica se asocia con una tasa elevada de efectos adversos, dominada por un riesgo de pancreatitis de hasta el 20%, la polipectomía duodenal profiláctica ha demostrado ser relativamente segura. Aunque no podamos abolir totalmente la existencia de



Pólipos periampulares.

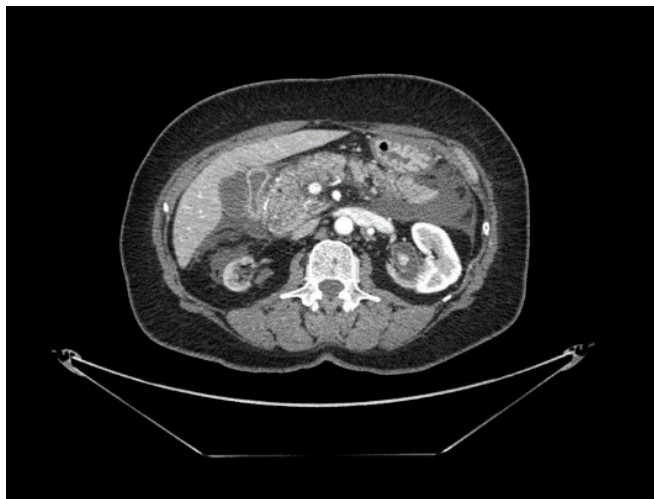
Figura 2



Pólipos periampulares observados mediante NBI.

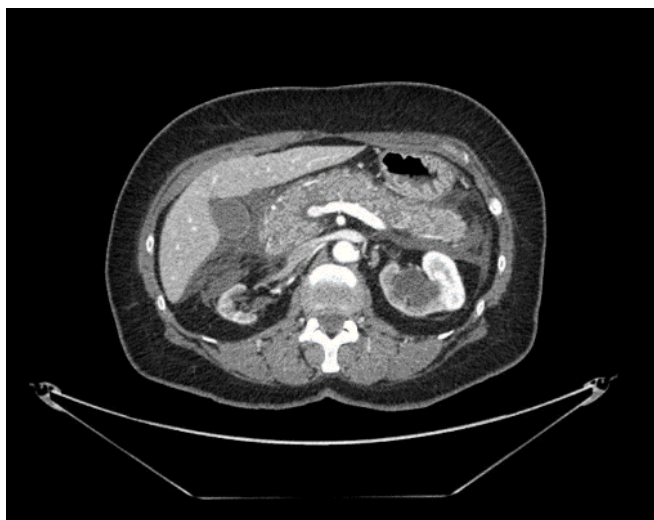
Figura 3

riesgos asociados a la técnica, el tratamiento endoscópico de los adenomas duodenales y ampulares ofrece una opción de tratamiento mínimamente invasiva con el propósito de evitar la progresión a displasia de alto grado y, finalmente, diferir la necesidad de cirugía radical al tiempo que reduce el riesgo de cáncer.



Páncreas aumentado de tamaño con líquido perihepático. TC abdominal.

Figura 3



Páncreas desestructurado. TC abdominal.

Figura 4

CP-150. SHOCK HEMORRÁGICO REFRACTARIO A FLUIDOTERAPIA INTENSIVA SECUNDARIO A PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO.

Lecuona Muñoz M, Fernando García A, Lancho Muñoz A, Redondo Cerezo E, Rodríguez Martín MM

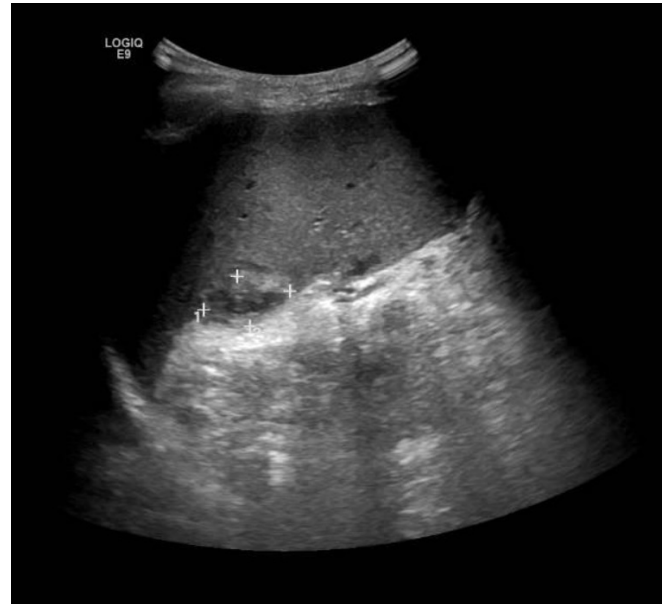
UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

La hemorragia producida por rotura de un pseudoquiste pancreático es una causa infrecuente pero grave de hemoperitoneo descrita en pacientes con pancreatitis aguda grave y pancreatitis crónica.

Caso clínico

Varón de 45 años enólico activo, que ingresa por reagudización de pancreatitis crónica. En ecografía abdominal a su llegada se identifican colecciones en hilio esplénico y a nivel subcapsular (Figura 1).



Colección subcapsular esplénica de aproximadamente 2.4x1.4 cm identificada mediante ecografía abdominal al ingreso.

Figura 1

Durante la hospitalización presenta deterioro brusco del nivel de conciencia con tensión arterial de 70/40 mmHg y taquicardia sinusal hasta 139 lpm pese a fluidoterapia intensiva. Analíticamente destacan hemoglobina de 8.7 g/dl (al ingreso 14.7 g/dl) con urea de 13 y Proteína C reactiva 156.4 mg/dl. A la exploración física distensión abdominal marcada no presente a su llegada.

Ante sospecha de hemorragia intraabdominal, se solicita Angio-TC. Mediante esa exploración se visualiza hematoma agudo organizado con sangrado activo procedente de la arteria esplénica, en relación con rotura de pseudoquiste pancreático localizado a ese nivel (Figuras 2 y 3).

Se realiza arteriografía selectiva identificando punto de extravasación de contraste, y se emboliza empleando microcoils (Figura 4). El paciente evolucionó favorablemente desde el punto de vista clínico, analítico y radiológico, con resolución progresiva del hemoperitoneo.

Discusión

La hemorragia asociada a un pseudoquiste pancreático aparece hasta en el 6% de pacientes con pancreatitis crónica, aumentando su prevalencia cuando la etiología es enólica. Dicha complicación puede producirse por erosión directa del vaso o por acción de las enzimas proteolíticas liberadas por la glándula pancreática, generando un



Figura 2

Abundante cantidad de líquido libre intraabdominal de mayor densidad en hemiabdomen izquierdo en relación con sangrado activo.



Figura 3

Foco hiperdenso en fase arterial a nivel del polo superior del bazo que aumenta en fases sucesivas del estudio, lo que sugiere focos de sangrado activo dependientes de la arteria esplénica secundario a rotura de pseudoquistes subcapsular esplénico.

sangrado masivo que compromete en ocasiones la estabilidad hemodinámica del paciente.

La arteria más frecuentemente involucrada es la esplénica seguida de la gastroduodenal, y puede manifestarse como un hematoma retroperitoneal, hemosuccus o sangrado a



Figura 4

Embolización supraselectiva mediante microcoils empleada como tratamiento del paciente.

la cavidad abdominal, tal y como se reporta en el presente caso clínico. Las alternativas terapéuticas disponibles son el abordaje quirúrgico y la embolización, pese a lo cual, se han descrito tasas de mortalidad de hasta el 45% en pacientes inestables.

CP-151. SÍNDROME DE BOUVERET: CAUSA INFRECIENTE DE ÍLEO BILIAR

Tripliana Iglesias T, Tendero Peinado C, Rodríguez Gómez VM, Redondo Cerezo E, Abellán Alfocea P

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

Introducción

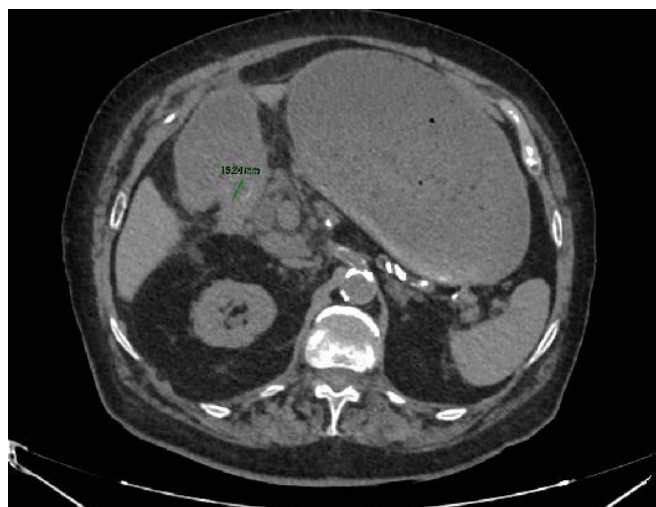
El síndrome de Bouveret es un cuadro de obstrucción de la salida gástrica poco frecuente caracterizado por la impactación de un cálculo biliar en duodeno a través de una fístula colecistoduodenal. Dada la inespecificidad de su sintomatología y la gravedad del cuadro, la sospecha clínica es fundamental para llegar al diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 91 años pluripatológica consulta por cuadro de vómitos e intolerancia oral de 2 días de evolución, sin fiebre ni alteración del tránsito intestinal. A la exploración, destaca un abdomen distendido y timpánico a nivel de hemiabdomen superior, sin defensa ni signos de irritación peritoneal. Se realiza una analítica evidenciándose reactantes de fase aguda elevados y una reagudización de la enfermedad renal crónica de la paciente. Se solicita TC de abdomen (Figuras 1 y 2) que muestra una obstrucción

gástrica en la transición piloro-duodeno por probable litiasis de 15mm secundaria a fístula colecistoduodenal. Dado los hallazgos, se inicia antibioterapia empírica y se coloca sonda nasogástrica.

Debido a las comorbilidades y situación basal de la paciente, se desestima tratamiento quirúrgico y se plantea extracción del cálculo impactado mediante terapia endoscópica. Una vez conseguida una descompresión gástrica óptima, se realiza endoscopia digestiva alta donde se evidencia un bulbo duodenal ulceroso, estenótico y con datos sugerentes de compresión extrínseca sin evidenciarse ninguna litiasis impactada. Tras mejoría clínica y analítica mediante tratamiento conservador, la paciente es dada de alta.



Corte axial TC abdomino-pélvico sin contraste. Obstrucción gástrica en la transición piloro-duodeno por probable litiasis biliar de 15.24 mm.

Figura 1



Figura 1

Corte coronal TC abdomino-pélvico sin contraste. Estómago distendido en su totalidad debido a obstrucción gástrica en la transición piloro-duodeno por probable litiasis secundaria a fístula entre la vesícula y el piloro-duodeno.

Discusión

El síndrome de Bouveret es una causa poco habitual de íleo biliar (1-4%) y presenta altas tasas de morbimortalidad y mortalidad (60% y 30% respectivamente). Es más prevalente en mujeres y en edades avanzadas. Típicamente, suele cursar con síntomas inespecíficos como náuseas y vómitos, epigastralgia o pérdida de peso. Para su diagnóstico, el TC o la resonancia magnética abdominal son las pruebas de imagen de elección. El tratamiento de primera línea es quirúrgico. Sin embargo, si el paciente no es candidato a cirugía, se puede plantear manejo endoscópico mediante extracción mecánica del cálculo impactado o mediante litotricia mecánica o electrohidráulica endoscópica si el cálculo es de gran tamaño. En algunos casos, es posible que el cálculo se encuentre recubierto por mucosa y no sea posible su visualización mediante endoscopia, por lo que las tasas de éxito son del 10-15%, teniendo que tratar el cuadro de forma conservadora.

CP-152. TRIADA DE CHARCOT, CRITERIOS DE TOKIO Y SENTIDO COMÚN.

Gutiérrez Holanda C¹, Barrientos Delgado A², Extremera Fernández A¹, Baute Trujillo EA¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL SAN JUAN DE LA CRUZ, ÚBEDA.

Introducción

La colangitis aguda se caracteriza por la triada de Charcot (fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia), que de forma completa está presente en menos del 50 % de los casos. En este sentido, las guías de Tokio son útiles para el diagnóstico, determinación de la gravedad y elección del manejo acorde a los hallazgos clínicos y de laboratorio, proporcionando algoritmos secuenciales en la evaluación de estos pacientes y estableciendo la prontitud con que debe llevarse a cabo determinada intervención.

Caso clínico: Varón de 58 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso generalizado de 3 días de evolución que en el último día

se focaliza en hipogastrio y fosa iliaca derecha, asociando fiebre de hasta 39 °C, anorexia, ictericia, coluria y estreñimiento, sin otra sintomatología por órganos y aparatos. A la exploración, abdomen doloroso en cuadrantes derechos, con Blumberg dudoso y Murphy negativo. Analíticamente, destaca hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 7,71 mg/dl a expensas de directa), marcada colestasis y elevación de PCR y procalcitonina, sin leucocitosis.

Se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen urgente, que objetiva apendicitis aguda evolucionada, probablemente complicada con perforación contenida de la misma, sin dilatación de la vía biliar ni colelitiasis. Se interviene al paciente con prioridad urgente, vía laparoscópica, encontrándose apéndice con signos de apendicitis aguda perforada y peritonitis fecaloidea localizada; se realiza apendicectomía, sin eventualidades, y se asocia tratamiento antibiótico durante 7 días con ceftriaxona. Además, por la sospecha de colangitis aguda, se completa el estudio con colangio-resonancia magnética (CRM), que descarta dilatación de vía biliar y coledocolitiasis.

Discusión

En este caso, nos encontramos ante una sospecha de colangitis aguda (cumple criterios de Tokio A + B) de grado II, moderada, (por clínica de más de 72 horas de evolución). Ante esto, la recomendación de las guías de Tokio es realizar un drenaje biliar precoz (en menos de 48 horas); no obstante, en nuestro paciente, el estudio de la vía biliar por CRM fue normal y la evolución tras la apendicectomía y la resolución del proceso inflamatorio abdominal fue favorable, manteniéndose el paciente clínicamente asintomático y alcanzando la normalización analítica del perfil hepatobiliar en los sucesivos controles, lo cual podría sugerir que, probablemente, los signos sistémicos de inflamación (criterio A) y la colestasis (criterio B) aparecen en contexto del proceso infectivo intercurrente, ajeno a la vía biliar.

CP-153. TTF-1 EN COLANGIOCARCINOMAS: ¿UN INDICADOR DE PRONÓSTICO DESFAVORABLE?

Diego Martínez R, Parra Lopez B, Sánchez Sánchez MI, Gómez Rodríguez P

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

El colangiocarcinoma es un cáncer de los conductos biliares que se manifiesta con ictericia y dolor abdominal. Su agresividad varía, desde formas localizadas tratables hasta variantes avanzadas con pronóstico desafiante, lo que subraya la importancia de la detección temprana. Descubrir marcadores pronósticos de la enfermedad es

esencial para personalizar el manejo clínico y mejorar los resultados.

Caso clínico

Varón de 69 años con antecedentes de HTA, acalasia intervenida hace 10 años, y pieloplastia realizada hace 4 meses por cólicos renoureterales frecuentes. Acude a urgencias por presentar ictericia de 48 horas de evolución acompañada de cefalea hemisférica derecha que el paciente relaciona con el bloqueo raquídeo realizado en la pieloplastia previa.

En la exploración física se palpa vesícula biliar indolora (signo de Courvoisier-Terrier). Se objetiva una bilirrubina total elevada (11 mg/dL) a expensas de la bilirrubina directa. Se realiza ecografía abdominal encontrándose una masa en cabeza pancreática (**Figura 1**). Para el estudio de la cefalea se realiza TC de cráneo objetivándose engrosamiento de recto medial de hemisférico izquierdo de características inespecíficas (**Figura 2**).



Imagen ecográfica de masa pancreática de 19mm de diámetro.

Figura 1

Se somete al paciente a PAAF guiada por ecoendoscopia de la masa pancreática en busca de diagnóstico anatomopatológico del tumor encontrándose parénquima pancreático sano con algún foco aislado de atipia inespecífica.

Durante el ingreso se realiza TC toraco-abdomino-pélvico para estudio de extensión encontrándose la masa pancreática ya conocida, múltiples lesiones de aspecto metastásico a nivel muscular junto con otras imágenes líticas en vértebras dorsales y escápula izquierda compatibles con metástasis óseas. (Imagen 3)

Se decide realizar BAG ecoguiada de las lesiones musculares encontrando células en anillo de sello compatibles con carcinoma de origen hepatobiliar. Se solicitaron marcadores inmunohistoquímicos destacando

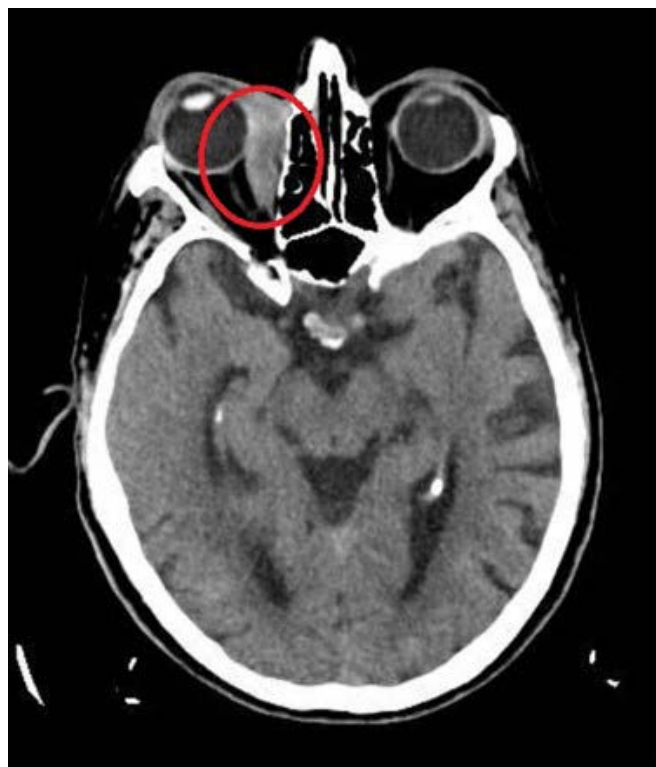


Figura 2

Se observa en el círculo rojo la tumoración orbitaria causante de la cefalea del paciente.

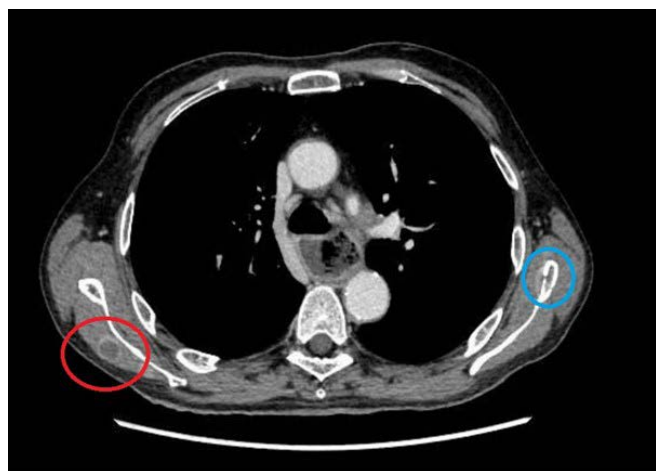


Figura 3

Se observa en el círculo rojo una metástasis muscular y en el círculo azul una lesión lítica escapular izquierda adyacente a otra metástasis muscular.

la positividad por el factor de transcripción tiroidea 1 (TTF-1).

La distribución metastásica, la positividad por TTF-1 y la morfología anatomopatológica nos enfrentan al siguiente diagnóstico diferencial: cáncer pulmonar del tipo microcítico, neoplasia de origen tiroideo y colangiocarcinoma por lo que se piden otros marcadores confirmando el diagnóstico de neoplasia de origen biliar.

Discusión

La presencia de TTF-1 en carcinomas biliares no es nueva, ya que se encuentra en hasta un 25% de estos tumores. Su presencia amplía el diagnóstico diferencial. Además, su asociación con formas agresivas, como en nuestro caso, pueden sugerir que se trate de un indicador potencial de mal pronóstico. Estudios adicionales podrían revelar su verdadero valor como indicador pronóstico, ofreciendo información crucial para la toma de decisiones clínicas y estrategias terapéuticas más efectivas.

CP-154. TUMOR PAPILAR MUCINOSO INTRADUCTAL DE PÁNCREAS EVOLUCIONADO A ADENOCARCINOMA. NECESIDAD DE MANEJO MULTIDISCIPLINAR

Mouhtar El Halabi SA¹, García García MD¹, Machuca Aguado J², Romero González CA³, Argüelles Arias F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ³UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Las lesiones quísticas pancreáticas tienen una prevalencia de 3 a 15%. Suelen ser asintomáticas y generalmente detectadas de manera incidental en pruebas de imagen por otras indicaciones. El tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI) se caracteriza por una dilatación difusa del conducto pancreático principal (CPP) o de sus colaterales. Se han descrito tasas de transformación maligna de entre el 2 a 6%.

Caso clínico

Mujer de 62 años con antecedentes de 3 episodios de pancreatitis aguda alitiásica en 2001, 2004 y 2007, el último con necrosis pancreática y desarrollando pancreatitis crónica con necesidad de tratamiento enzimático sustitutivo. Eco de abdomen de 2012 mostró CPP de 16mm, arrosariado y con glándula pancreática atrofica, compatible con pancreatitis crónica. Pérdida de seguimiento hasta 2017 donde se realizó resonancia magnética de abdomen con dilatación del CPP de 27mm. En 2022 nuevo control radiológico que describe páncreas atrofico sin tejido parenquimatoso viable y CPP de 40mm con lesión tumoral intraductal de 30mm a nivel cefálico (Figura 1). Los marcadores tumorales y las enzimas de colestasis fueron normales. Se realizó ecoendoscopia con hallazgo de lesión pancreatoduodenal con patrón mixto a la elastografía y escasa captación de contraste. La punción de la lesión mostró células atípicas de probable carácter reactivo. Se procedió a realizar duodenopancreatectomía total con esplenectomía (Figura 2), con buena evolución postquirúrgica.

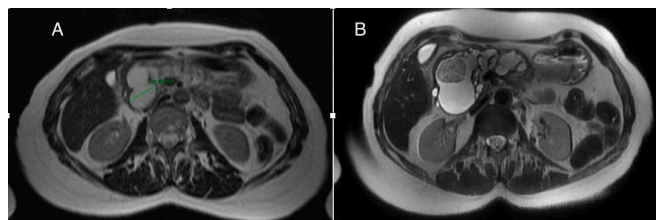


Figura 1

A: RM de abdomen 2017: conducto de Wirsung de 27mm, sin lesiones sólidas. B: RM de abdomen de 2022: Conducto de Wirsung de 40mm con lesión sólida intraductal de aspecto tumoral.



Figura 4

Vídeo que muestra corte longitudinal de cuerpo pancreático, evidenciando abundante contenido mucinoso y gran dilatación del conducto de Wirsung.



Figura 2

Pieza quirúrgica de duodenopancreatectomía total. 1: antro gástrico. 2: segunda porción duodenal. 3: páncreas globuloso, atrófico y de aspecto nodular.

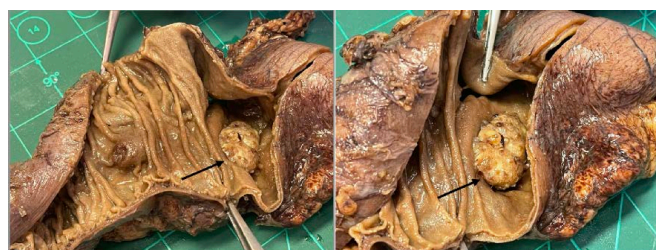


Figura 3

Pieza quirúrgica de segunda porción duodenal donde se advierte una lesión tumoral de aspecto polipóide de 30mm que se origina en cabeza pancreática y que invade la pared duodenal infiltrando la luz.



Figura 5

Cortes longitudinales de pieza pancreática. Se aprecia dilatación del conducto de Wirsung compatible con TPML. Señalada la porción de cabeza pancreática con lesión tumoral correspondiente con adenocarcinoma.

En el estudio anatomopatológico se apreció macroscópicamente el parénquima pancreático sustituido por una neoformación multiquistica de 14 cm de la longitud, presentando a nivel de cabeza pancreática una lesión sólida que infiltra el duodeno y protruye hacia la luz (Figura 3). En el corte longitudinal del cuerpo pancreático se advierte el CPP marcadamente dilatado con gran cantidad de mucina (Figuras 4 y 5). El diagnóstico histológico confirmó TPML con adenocarcinoma (Figura 6).

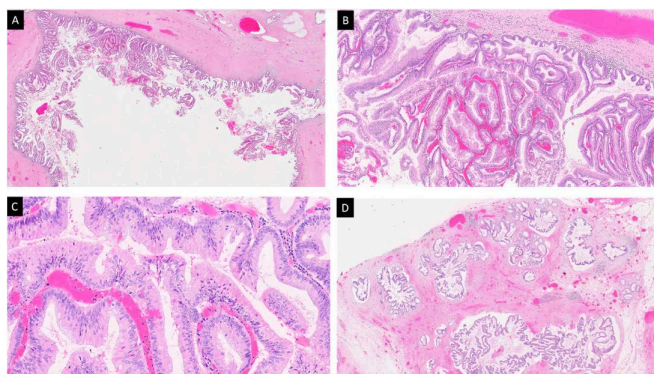


Figura 6

A) Dilatación quística que reemplaza el parénquima pancreático (HE;10x); B) con crecimiento papilar en su lumen y con distintos grados de displasia(HE;100x). C) Foco de displasia de alto grado (HE;200x). D) área de invasión tumoral (HE;20x).

Discusión

El manejo de las lesiones quísticas pancreáticas es un desafío clínico. Las lesiones mucinosas deben seguirse por el potencial riesgo de degeneración maligna. La dilatación del CPP mayor de 10mm es considerado como estigma de alto riesgo y de indicación quirúrgica. Otros estigmas de alto riesgo incluyen ictericia obstructiva y nódulo mural mayor de 5mm. Actualmente el intervalo de seguimiento difiere en las distintas guías de práctica clínica en base a criterios radiológicos, clínicos y analíticos, aunque estas concuerdan en que el tratamiento quirúrgico debe ser la primera opción si el paciente es buen candidato y existen factores de alto riesgo.

Resaltar la importancia del manejo multidisciplinar de estas lesiones y la pronta actuación

CP-155. UNA ALTERNATIVA A LA CIRUGÍA ANTE LA ROTURA DE UN PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Bailón Gaona MC, Berdugo Hurtado F, Barrientos Delgado A, Moreno Barrueco M

SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

Los pseudoquistes pancreáticos no presentan riesgo de malignización, pero debe realizarse un seguimiento estrecho de los mismos mediante pruebas de imagen. En función de la situación clínica, se optará por manejo conservador o se planteará tratamiento en caso de complicación o de producir sintomatología compresiva, que puede ser endoscópico, quirúrgico o por radiología intervencionista.

Caso clínico

Paciente de 51 años, fumador importante, acude a Urgencias por clínica y pruebas complementarias compatibles con pancreatitis aguda. La evolución es tórpida, con regular control del dolor por lo que se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste endovenoso, observándose inflamación aguda del páncreas, así como marcada dilatación del conducto pancreático principal, datos sugerentes de inflamación crónica del mismo. Se refuerza tratamiento con buena evolución posterior, por lo que es dado de alta.

Acude a los tres meses a cita de revisión encontrándose completamente asintomático. En TC de control persisten datos sugerentes de pancreatitis crónica, así como aparición de novo de un pseudoquiste pancreático de 13mm en cola pancreática que establece una fístula hacia la pared gástrica con desarrollo de colección gástrica (Figura 1). Ante la ausencia de sintomatología, se decide seguimiento estrecho con TC abdominal de control, en el que persiste pseudoquiste pancreático, así como trayecto fistuloso previamente mencionado, con resolución espontánea de la colección gástrica (Figura 2). Dada la resolución natural de la colección gástrica, se decide abstención terapéutica y seguimiento estrecho con control por prueba de imagen. Finalmente, al año de seguimiento se consigue la resolución completa del pseudoquiste con cierre de la fístula a cavidad gástrica

Discusión

Los pseudoquistes pancreáticos suelen ser asintomáticos, pero también pueden producir síntomas por compresión de la vía biliar o del tracto digestivo. No presentan riesgo de malignización y solo precisarán de tratamiento si producen sintomatología compresiva o en caso de complicación, ya sea por infección, formación de pseudoaneurisma o rotura.

En cuanto al tratamiento, si hay comunicación con el conducto pancreático principal, es de elección el drenaje transpapilar por pancreatografía retrógrada endoscópica; de no haberla, será el drenaje transgástrico o transduodenal por ecoendoscopia. Ante la formación de un pseudoaneurisma es necesaria la embolización del mismo por radiología intervencionista. Si alguna de las anteriores fallase o se produjese la rotura del pseudoquiste, sería necesario tratamiento quirúrgico.

En el caso de nuestra paciente, presenta un pseudoquiste complicado por rotura. Ante la ausencia de sintomatología optamos por la abstención terapéutica y vigilancia estrecha, hasta la resolución completa de la situación clínica.

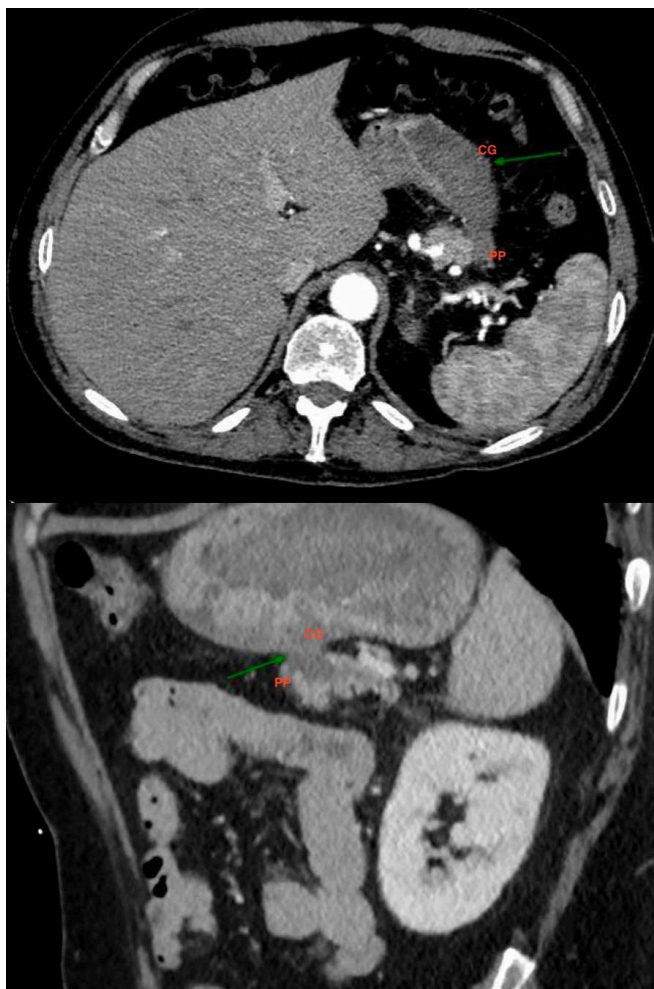


Figura 1

Pseudoquiste pancreático (PP) de 13mm de tamaño en cola pancreática que establece fistula hacia pared gástrica, creando una colección intramural (CG) de 85×25mm entre submucosa y muscular de su curvatura mayor.

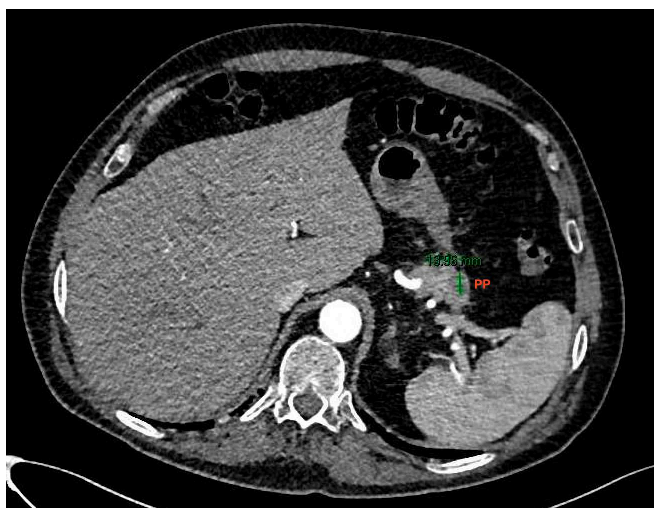


Figura 2

Pseudoquiste pancreático de 13mm en cola pancreática, que muestra un trayecto fistuloso hacia cámara gástrica con resolución espontánea la colección intramural gástrica presente en estudios previos.

CP-156. UNA CAUSA EXTREMADAMENTE RARA DE OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR

Sánchez Arenas R, Bellido Muñoz F, Rodríguez-Tellez M, Carmona Soria I, Fernández Álvarez P

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

Introducción

Los tumores neuroendocrinos de vía biliar son muy infrecuentes, representando un 0,1-2 % de todos los tumores neuroendocrinos gastrointestinales. Se localizan en colédoco (58 %), perihiliar (28 %), conducto cístico (11 %) y conducto hepático (3 %).

Caso clínico

Varón de 33 años, sin antecedentes de interés, salvo asma bronquial. Acude a urgencias por ictericia de 72 horas de evolución con hiperbilirrubinemia de 8 a expensas de directa e hipertransaminasemia en rango de hepatitis, sin datos de coagulopatía ni encefalopatía. Se realizó ecografía abdominal que descartó complicaciones biliares. Se solicita estudio completo de hepatopatía, siendo autoinmunidad y serología de virus negativas, planteándose como posible etiología el consumo previo de AINES por patología muscular.

Mejoría analítica progresiva durante varias semanas hasta nuevo empeoramiento 3 meses después. Se solicitó colangioRM para mejor valoración de la vía biliar observándose una zona de estenosis en el conducto hepático común de 9-10mm de extensión, que condicionaba dilatación desde este punto y de la vía biliar intrahepática, planteando el diagnóstico de Colangitis esclerosante primaria (CEP) como primera posibilidad por la edad del paciente, sin poder descartarse malignidad. Se realiza posteriormente ecoendoscopia y colangioscopia con Spyglass, observándose una zona de crecimiento mucoso intraluminal con mamelones no visible anteriormente y sugestiva de neoplasia. Se tomaron múltiples biopsias que resultaron compatibles con tumor neuroendocrino grado I. Además de ello, se realizó cepillado de la vía biliar y CPRE con colocación de prótesis plástica garantizándose el correcto drenaje de la vía biliar.

Dado la ausencia de diseminación metastásica finalmente se decide intervención quirúrgica con resección de la vía biliar extrahepática + linfadenectomía y reconstrucción en Y de Roux. Muy buena evolución tras cirugía, actualmente asintomático con normalización analítica y sin datos de recidiva tumoral.

Discusión

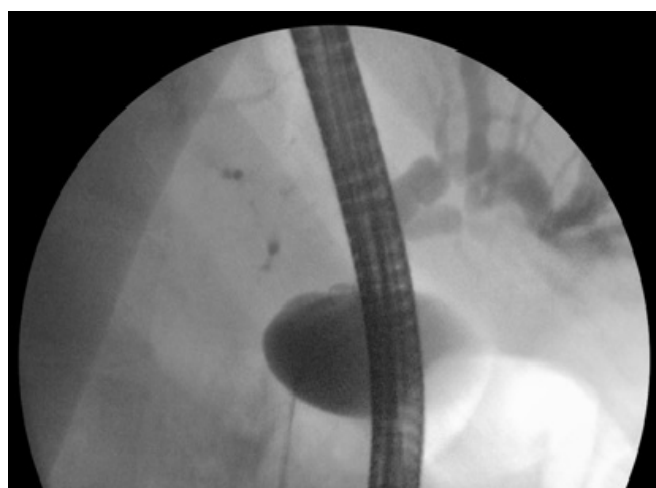
Los tumores neuroendocrinos pueden manifestarse con síntomas derivados de la compresión de la vía biliar, siendo su diagnóstico en ocasiones difícil por su localización.

Su diagnóstico definitivo siempre se realizará tras estudio histopatológico y después de realizar diagnóstico diferencial con otros tumores de la vía biliar, siendo la resección quirúrgica el tratamiento de elección en casos localizados.



Colangioscopia con SpyGlass donde se observa una zona de crecimiento mucoso intraluminal con distorsión vascular focal.

Figura 1



Obsérvese CPRE con dilatación de la vía biliar intrahepática bilateralmente, con sospecha de estenosis a nivel de hepático común.

Figura 2

CP-157. UNA CAUSA INFRECLENTE DE OBSTRUCCION INTESTINAL: A PROPOSITO DE UN CASO DE ILEO BILIAR.

Valdivia Krag C, Ortiz Chimbo DS

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

Introducción

La patología biliar es muy diversa, frecuentemente derivada de la existencia de coleditiasis. Si bien, la prevalencia de procesos como la coledistitis aguda, cólicos biliares, pancreatitis aguda, colangitis aguda, etc. suponen la mayoría de los pacientes atendidos, otras entidades de menor incidencia deben considerarse a la hora de hacer un diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Mujer de 68 años sin antecedentes personales de interés que consulta en Urgencias por cuadro de vómitos de cinco días de evolución asociado al cese de deposiciones desde entonces, así como dolor abdominal difuso focalizado en epigastrio e hipocondrio derecho; con hiporexia acompañante. A la exploración, la paciente presenta estabilidad hemodinámica, afebril, aunque taquicárdica (FC 137lpm) y sequedad mucosa importante. Su abdomen está ligeramente distendido, con datos de peritonismo y dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Murphy negativo.

Análiticamente destaca Leucocitosis $21860 \times 10^3/\mu\text{L}$ con neutrofilia $19350 \times 10^3/\mu\text{L}$, fracaso renal aguda AKIN grado 3 (Creatinina 5.59mg/dL , $\text{FG} <15$), alteración del perfil colestásico (Bilirrubina total 2.30mg/dL , directa 1.26mg/dL , GGT 148U/L , FA 149U/L , AST 55U/L , ALT 85U/L , amilasa 223U/L) y elevación de procalcitonina 1.77ng/mL , contactándose en un primer momento con Aparato Digestivo para valorar una posible patología biliar asociada al cuadro. Ante los hallazgos presentados se recomienda completar el estudio con una prueba de imagen urgente cuando la función renal lo permita, realizándose un TC de abdomen sin contraste con hallazgos de aerobilia, una vesícula biliar no distendida pero con cambios inflamatorios locales y una coleditiasis en asa teórica yeyunal a raíz de la cual se aprecia un cambio de calibre brusco y dilatación retrograda que genera una distensión gástrica asociada, todo ello sugestivo de íleo biliar, razón por la cual se contacta con Cirugía General que indican cirugía urgente en la que se realiza enterotomía longitudinal en yeyuno y posterior extracción del cálculo biliar, con posterior evolución clínica favorable sin otras complicaciones. Ambulatoriamente se ofreció coledistectomía, pero la paciente la rechazó.

Discusión

El íleo biliar es una patología infrecuente, tanto de obstrucción intestinal como de patología biliar (0,15-1,5% de los pacientes con coleditiasis). Su sospecha basada en un contexto clínico sugestivo y antecedentes personales (edad, cólicos biliares previos, etc.), se apoya en la realización de pruebas de imagen como la TC abdominal con contraste intravenoso como prueba de referencia. El tratamiento quirúrgico es la primera elección, centrado

en resolver la obstrucción mediante la enterolitotomía, ya que con el tratamiento médico la mortalidad se incrementa considerablemente (26.5%).



Figura 1

TC de abdomen: coledocitis en asa teórica de yeyuno con cambio de calibre y dilatación retrograda.



Figura 2

TC de abdomen: dilatación gástrica y de asas de intestino delgado secundarias a coledocitis impactada en asa teórica de yeyuno.



Figura 3

TC de abdomen: aerobilia intrahepática tras fistulización de coledocitis a asa yeyunal en relación a íleo biliar.

CP-158. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE LA AMPOLLA DE VÁTER

Sánchez Arenas R, Castro Márquez C, Rodríguez-Téllez M

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

Introducción

Los tumores de la ampolla de Váter representan el 2% de todos los tumores digestivos, siendo considerados de mejor pronóstico y con mayores tasas de resecabilidad en comparación con otros tumores.

La variante "adenocarcinoma en anillo de sello" es una entidad poco frecuente, lo que supone un reto diagnóstico, así como el tratamiento. Los casos publicados proponen la cirugía como tratamiento de elección, excepto en estadios avanzados en los que se indica quimioterapia neoadyudante.

Caso clínico

Paciente de 56 años sin enfermedades conocidas, que ingresa en digestivo por episodio de dolor abdominal, fiebre e ictericia leve, asociada a la presencia de alteración de enzimas de colestasis en la analítica. Se realizó una ecografía de abdomen como prueba inicial que muestra una dilatación de la vía biliar intra y extra-hepática.

Para completar el diagnóstico se realizó una ecoendoscopia, donde se observa una masa hipoecogénica homogénea de unos 20 mm de diámetro máximo, compatible con ampuloma. En el mismo acto se procedió a la toma de biopsia y se drenó la vía biliar mediante colocación de una prótesis plástica por colangiopancreatografía retrógrada

endoscópica (CPRE), sin incidencias. La biopsia se informó como adenocarcinoma mucinoso con células en "anillo de sello".

Aunque el tumor estaba localizado, dado la variante histológica se propone para cirugía radical que se demora por episodio pancreatitis aguda secundario a migración de la prótesis. Durante el ingreso, mala evolución clínica con formación de colecciones y requiriendo de intervención quirúrgica con colecistectomía y exploración de la vía biliar intraoperatoria para extracción de la prótesis, además de hepatico-yeyunostomía y drenaje de colecciones. Tras ello, buena evolución por lo que se deriva al alta pendiente de duodenopancreatectomía cefálica, que confirma finalmente el diagnóstico.

Por último, se derivó a Oncología que no se consideró tratamiento adyudante por ausencia de factores de riesgo.

Actualmente la paciente está asintomática tras la cirugía, sin datos de recidiva tumoral.



Visión endoscópica donde se muestra una protusión en la papila de Vater.

Figura 1

Discusión

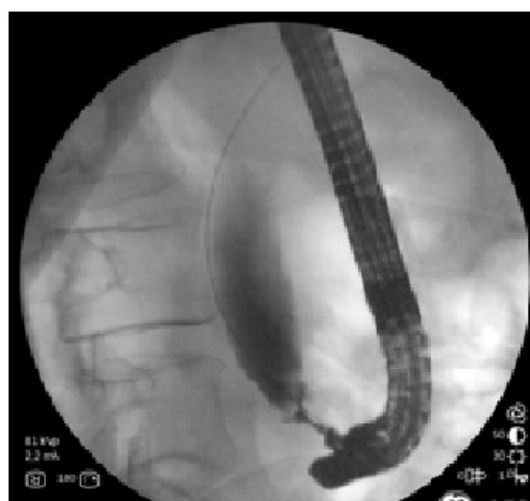
Los adenocarcinomas en células en "anillo de sello" están caracterizados por la presencia de mucina intracitoplasmática y núcleos excéntricos en forma de media luna, que podrían originarse a partir de mucosa gástrica heterotópica o metaplasia intestinal, especialmente en pacientes ulcerosos.

Su extrema rareza, dificultad diagnóstica y ausencia de tratamientos definidos, apoyan la necesidad de un abordaje multidisciplinar, siendo la ecoendoscopia una herramienta diagnóstica muy útil y quedando la CPRE como opción terapéutica de elección ante complicaciones como la obstrucción biliar mediante colocación de prótesis plásticas previo a la cirugía.



Visión mediante ecoendoscopia donde se observa un área hipocogénica homogénea de unos 20mm compatible con ampuloma.

Figura 2



CPRE que muestra dilatación de la vía biliar extrahepática de hasta 2 cm en su porción más distal.

Figura 3

CP-159. VESÍCULA BILIAR MULTISEPTADA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

Santa Bárbara Ruiz J, González Amores Y, Andrade Bellido RJ

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

Introducción

El dolor abdominal es una entidad que puede tener múltiples causas subyacentes. Existe un grupo de causas muy infrecuente de ello, las anomalías congénitas de la vesícula biliar, entre las que destaca la vesícula biliar multiseptada.

Aunque suele ser asintomática en otras ocasiones puede ocasionar dolor abdominal crónico e incluso cuadros de cólico biliar o colecistitis y su diagnóstico se realiza mediante ecografía de abdomen y resonancia magnética o colangio-resonancia magnética (RM o CRM). En este caso, presentamos a un paciente diagnosticado por ecografía y resonancia magnética.

Caso clínico

Varón de 42 años que acude a nuestras consultas por clínica de dolor abdominal localizado a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho de dos meses de evolución, no relacionado claramente con la ingesta y de carácter episódico, asociando cortejo vegetativo. El paciente niega pérdida de peso, pérdida de apetito, coluria, acolia o sintomatología de ningún otro tipo. Como única alteración en las pruebas complementarias solicitadas, en la analítica se objetiva una elevación de GOT (131) ya visible en analíticas previas de hasta hace un año antes. Se decide entonces solicitar una ecografía de abdomen (**Figura 1**) objetivando vesícula de tamaño normal con muy leve engrosamiento de la pared (3-4 mm) e imágenes de septos internos sin litiasis evidentes, planteándose como primera posibilidad el diagnóstico vesícula multiseptada, siendo necesario descartar previamente adenomiosomatosis, colesterosis y quiste hidatídico. Tras esto, decidimos solicitar una colangioRM (**Figuras 2 y 3**) para confirmar el diagnóstico ecográfico de sospecha y descartar otras anomalías del árbol biliar asociadas visualizándose en teórica localización vesicular una estructura quística de paredes finas, no engrosadas, sin polos sólidos, con presencia de múltiples tabiques en su interior, confirmándose la sospecha diagnóstica de vesícula biliar multiseptada. Tras ello el paciente fue derivado a cirugía general para plantear colecistectomía programada.

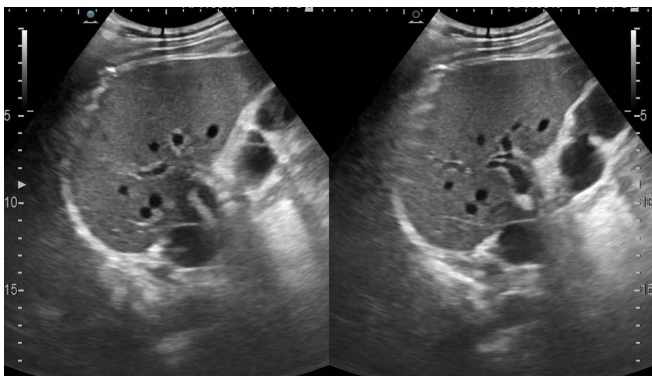
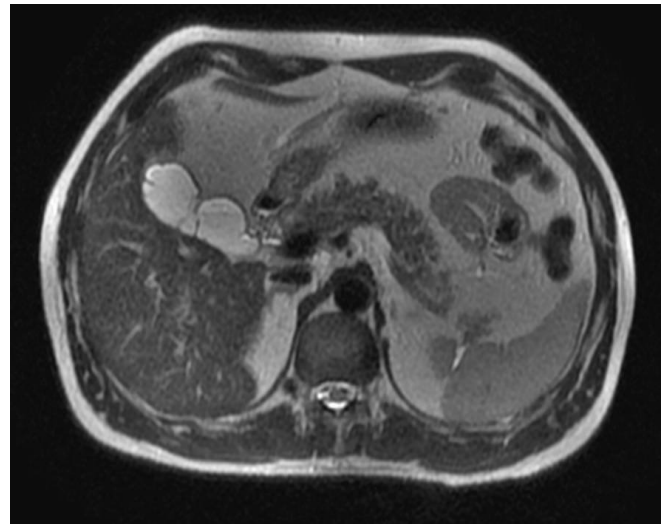


Imagen ecográfica de vesícula multiseptada

Figura 1

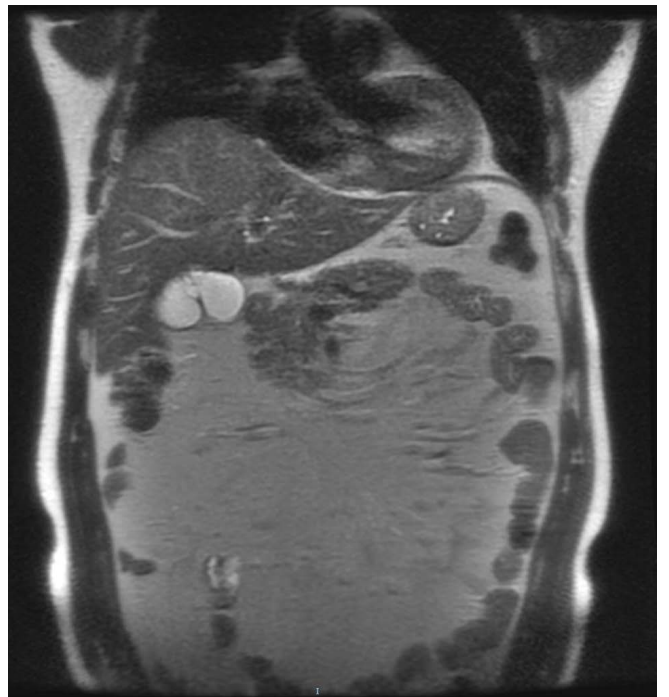
Discusión

Aunque infrecuentes, las anomalías congénitas de la vesícula biliar pueden ser una causa de dolor abdominal por lo que debemos tenerlas en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial. La mayoría de estas anomalías son



Vesícula septada visualizada en colangioRM.

Figura 2



Vesícula septada visualizada en colangioRM.

Figura 3

asintomáticas, en otras ocasiones pueden ocasionar dolor crónico en hipocondrio derecho y en algunos casos ser las responsables de episodios de cólicos biliares, colecistitis o incluso pancreatitis. El diagnóstico de sospecha se realiza por ecografía de abdomen, siendo necesario establecer diagnóstico diferencial con otras entidades como la adenomiosomatosis, la colesterosis o el quiste hidatídico y generalmente la confirmación diagnóstica se alcanza mediante colangioRM. El tratamiento está indicado únicamente en individuos sintomáticos y es quirúrgico (colecistectomía).

CP-160. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A VARICES GÁSTRICAS: RETO TERAPÉUTICO A PESAR DE LAS GUIDELINES

González Parra AC, Sánchez Arenas R, García García MD, Rodríguez Gallardo M, Idoate Gastearena M, Grande Santamaría L, Romero Castro R, Caunedo Alvarez A

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

Introducción

Las varices gástricas (VG) aparecen en un 20% de los pacientes con hipertensión portal (HTP). Tienen una mortalidad de hasta un 45% y una recurrencia de sangrado del 35-90% a pesar del tratamiento endoscópico convencional.

Las VG aisladas según la clasificación de Sarin localizadas en fundus se denominan VGA1 y las de cuerpo, antro o píloro VGA2.

Caso clínico

Mujer de 56 años sin antecedentes de interés, con consumo enólico de 3 UBE/día.

Acude a Urgencias por ictericia de seis meses de evolución y síndrome constitucional. La ecografía informa hígado cirrótico con flujo portal hepatófugo y varices periesplénicas. La EDA objetiva VGA1 (Figura 1). Al ingreso, función hepática CHILD-PUGH B8, MELD3.0 22.

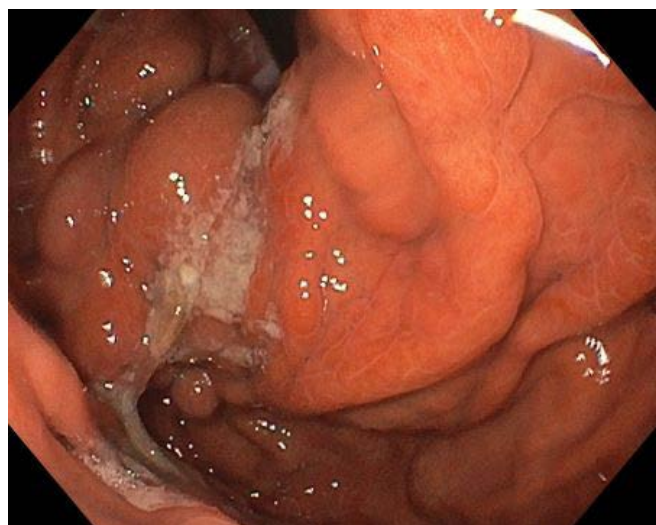


Figura 1
EDA al ingreso. En ella se objetiva en retroversión conglomerado varicoso en fundus (VGA1) sin signos de sangrado.

Durante su ingreso presenta hematemesis con inestabilidad hemodinámica con sangrado activo por VGA1, tratándose con etoxiesclerol. Dos días después presentó recidiva hemorrágica. Siguiendo las actuales Guías clínicas se intentó tratamiento con cianoacrilato, sin éxito por sangrado activo que impedía ver las VG. Se efectuó compresión con balón. Dos días después se implantó derivación portosistémica (TIPS), obteniéndose gradiente portosistémico de 4 mmHg (Figura 2).



Figura 2
Fotos extraídas de la necropsia. En ella se puede ver hígado de claro aspecto nodular con endoprótesis Viatorr 8-10x 80mm que configura shunt portosistémico.

Tres días tras implantar el TIPS tuvo nueva recidiva hemorrágica y se recolocó el balón. Tras una semana de hemorragia recidivante se solicitó ecoendoscopia, liberándose 25 coils, con desaparición del flujo variceal por el ovillo de coils (Figuras 3-8).

No volvió a presentar recidiva hemorrágica. Sin embargo, desarrolló fallo hepático agudo sobre crónico falleciendo. La necropsia informó de cirrosis hepática metabólica y enólica.

Discusión

Las recomendaciones actuales de la hemorragia aguda por VG aisladas recomiendan como tratamiento inicial

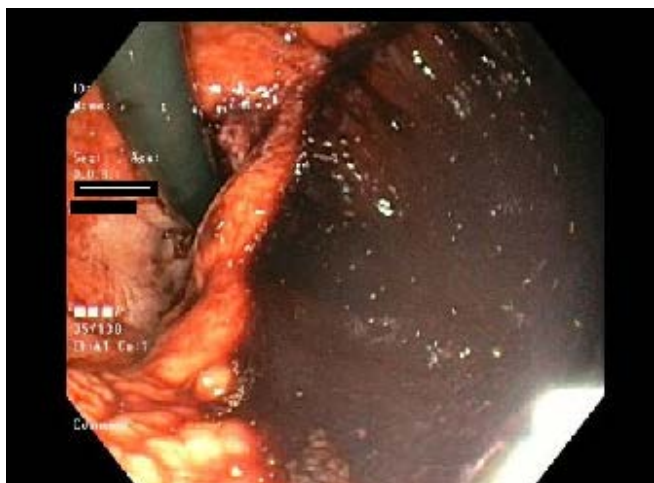


Figura 3

EDA en retroversión. En ella se objetiva conglomerado VGA1 con estigmas de sangrado reciente y sangre oscura que cubre la superficie del fundus.

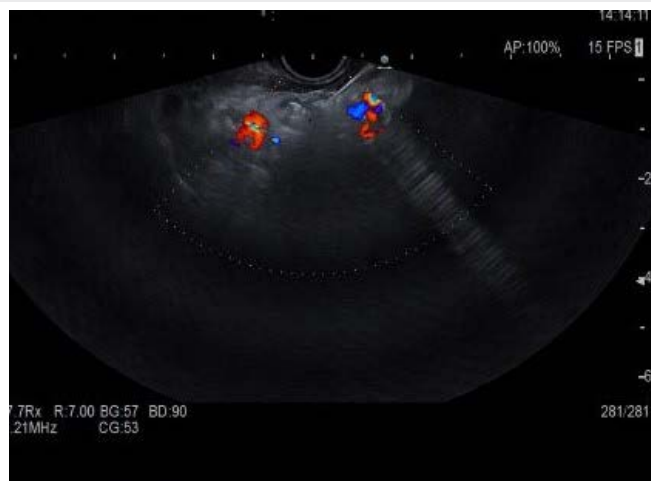


Figura 6

Imagen del conglomerado varicoso por ecoendoscopia tras implantación de coils. En ella se objetiva varices embolizadas, con la casi total desaparición del flujo.



Figura 4

Imagen ecoendoscópica del conglomerado variceal fúndico, previa inserción de coils.

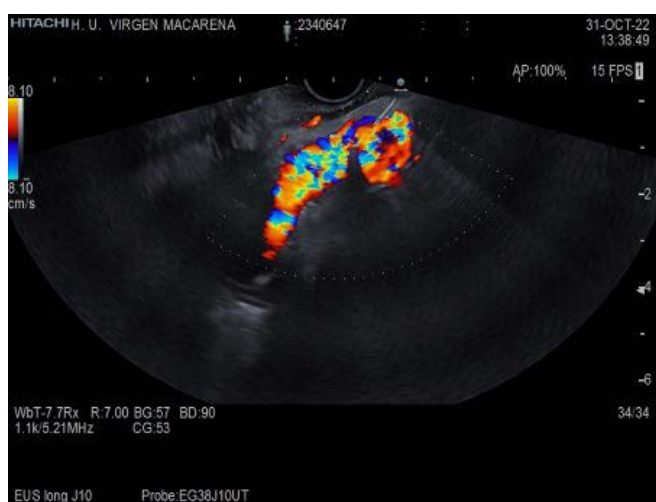


Figura 5

Imagen ecográfica de las varices fúndicas, apreciándose un aumento del flujo de las mismas en el modo Doppler.



Figura 7

Imagen radiológica del ovillo de coils. En ella se aprecia cómo dibuja la forma de la VG, localizada tipo I en la clasificación de Arakawa.



Imagen extraída de la necropsia, donde se objetivan los coils implantados en fundus.

Figura 8

la inyección directa de cianocrilato por endoscopia y posteriormente TIPS.

El tratamiento endoscópico con inyección directa de cianoacrilato está asociado a importantes eventos adversos y en caso de sangrado masivo no identifica las VG. Los TIPS pueden ser inefectivos al no haber un gradiente de presión portosistémico elevado. A pesar de las dificultades metodológicas que hacen que el tratamiento guiado por ecoendoscopia de las VG esté aún en la “research agenda” de Baveno VII, consideramos que existe experiencia publicada lo suficientemente constatada para preconizar el uso inmediato de la ecoendoscopia intervencionista en esta indicación. Permite una actuación rápida, eficaz y segura, evitando técnicas que pueden ser ineficaces. En este caso se siguieron las actuales directrices, produciendo un retraso en el tratamiento efectivo del sangrado durante una semana con permanente inestabilidad hemodinámica y deterioro progresivo de su función hepática.

CP-161. VERDE MANZANA Y ROJO CONGO: LOS COLORES DE UNA DISFAGIA ATÍPICA

Plaza Fernández A, Pérez Campos E, Sánchez Tripiñana M

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

Introducción

La amiloidosis es una enfermedad rara que consiste en el depósito extracelular de subunidades proteicas insolubles conocidas como fibrillas, resistentes a la degradación proteolítica. Puede ocurrir en cualquier órgano del cuerpo, ocasionando el fracaso lento y gradual del mismo.

La afectación específica del tracto gastrointestinal interfiere con su estructura y función (más comúnmente en el hígado y el intestino delgado), siendo la afectación esofágica una entidad rara, y cuya principal manifestación clínica es el reflujo. En cambio, la presentación en forma de disfagia resulta altamente infrecuente.

Caso clínico

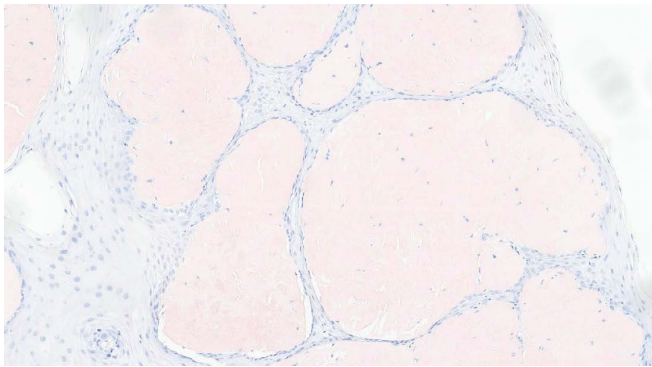
Varón de 71 años hipertenso y dislipémico. A los 40 años es remitido a consultas de otorrinolaringología por debutar con disnea, siendo diagnosticado de amiloidosis laríngea. A los 70 años comienza con disfagia progresiva a sólidos y líquidos, negando pirosis, pérdida de peso, molestias abdominales u otros síntomas, con analítica sanguínea anodina. Se realiza esofagogastroduodenoscopia que muestra mucosa esofágica de aspecto granular (figura 1), de la que se toman biopsias. Se realiza también tránsito baritado, que no evidencia trastorno deglutorio.

Las biopsias muestran depósitos submucosos de eosinófilos amorfos, positivos para la tinción de rojo Congo (Figura 2), y amiloide P sérico, con birrefringencia verde mediante microscopio de luz polarizada (Figura 3), siendo estos hallazgos compatibles con el diagnóstico de amiloidosis esofágica.



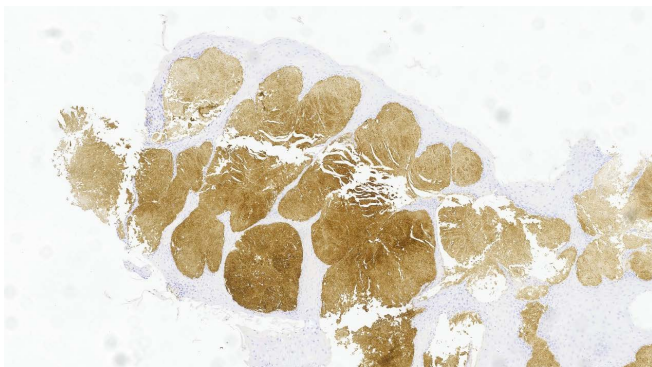
Visión endoscópica de esófago proximal, apreciando mucosa de aspecto granular.

Figura 1



Visualización de depósitos de amiloide mediante la tinción de Rojo Congo.

Figura 1



Aplicando luz polarizada al corte tisular se aprecia birrefringencia verde color manzana.

Figura 3

Discusión

La amiloidosis esofágica suele cursar de forma silente y, en caso de generar sintomatología, el reflujo gastroesofágico es la manifestación clínica más frecuente. La disfagia, en cambio, es una entidad poco común en este contexto. Endoscópicamente suele observarse friabilidad mucosa, erosiones, úlceras y hematomas submucosos. Dada la variabilidad de los hallazgos endoscópicos, así como la presentación de síntomas inespecíficos, el diagnóstico de confirmación requiere de estudios histopatológicos como la tinción de rojo Congo o la birrefringencia bajo luz polarizada.

El mecanismo de la disfagia secundaria a la amiloidosis esofágica resulta desconocido, aunque parte se atribuye a cierto componente de dismotilidad secundaria a la atrofia por daño nervioso y por presión que genera el depósito de amiloide al asentar entre las fibras musculares. Por ello, la utilización de pruebas funcionales como el tránsito baritado o la manometría esofágica también resultan de interés, pudiendo ofrecer patrones radiológicos característicos en algunos casos (dilatación esofágica con estrechamiento distal).

A día de hoy, apenas contamos con casos descritos de disfagia como principal manifestación de esta enfermedad, por lo que ejemplos como este deben ayudarnos a no olvidar esta posibilidad diagnóstica, integrando la amiloidosis esofágica dentro de los diagnósticos diferenciales de la disfagia.

CP-162. CAUSA EXCEPCIONAL DE DISFAGIA ESOFÁGICA

López Peña C, Gijón Villanova R, Soler Góngora M, Berdugo Hurtado F

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

La disfagia es un motivo de consulta frecuente en las consultas de Aparato Digestivo. Resulta primordial en para realizar un diagnóstico diferencial adecuado tener en cuenta entidades sistémicas y no solo las puramente digestivas.

Caso clínico

Mujer de 71 años con antecedente de hipertensión arterial y alopecia frontal fibrosante. Consulta por disfagia a sólidos progresiva desde hace siete meses. Sensación de nudo retroesternal y regurgitaciones. Desde hace un mes, presenta placa blanquecina dolorosa en la mucosa oral. Niega dolor torácico, sialorrea o pirosis. No faringodinia. No fiebre ni sensación distérmica. Ha perdido peso debido a dificultad para la ingesta. No cambios recientes en la medicación habitual ni episodios previos similares.

Se decide ingreso hospitalario para completar estudio y mejorar estado nutricional.

Se realiza gastroscopia, objetivando a 18 cm de arcada dentaria estenosis puntiforme de la luz esofágica (**figura 1**) que no permite el paso del endoscopio. Destaca mucosa eritematosa, erosionada con exudado fibrinoso que la recubre en su práctica totalidad y marcada friabilidad al biopsiar.

El esofagograma baritado identifica dos estenosis (**figura 2**), una corta en esófago proximal (ya identificada en gastroscopia) y una segunda de 7 cm en tercio distal.

Recibimos los resultados de las biopsias del esófago con microbiología negativa y la histología identifica tejido de granulación y cuerpos de Civatte, compatible con liquen plano erosivo.

Se plantea dilatación endoscópica de ambas estenosis, que no se realiza finalmente por el riesgo alto de complicaciones y la baja posibilidad de éxito terapéutico. Se decide conjuntamente con el servicio de Dermatología y Enfermedades Sistémicas iniciar tratamiento sistémico



Estenosis esofágica en gastroscopia.

Figura 1



Estenosis esofágica en esofagograma baritado.

Figura 2

con corticoides intravenosos y acitretina oral, presentando franca mejoría clínica con buena tolerancia a dieta triturada.

En seguimientos posteriores, continúa con pauta de metotrexate y acitretina oral con buen control y mejoría tanto en prueba de imagen como clínica.

Discusión

El liquen plano es una enfermedad cutáneo-mucosa común, siendo excepcional la afectación esofágica sintomática. El diagnóstico requiere estudio histológico, destacando la degeneración de los queratinocitos de la capa basal del epitelio "cuerpos de Civatte". Las opciones terapéuticas son muy variadas, siendo de primera línea el

uso de corticoides sistémicos, presentando los pacientes una respuesta rápida con un porcentaje no despreciable de recaídas. Otras opciones terapéuticas son los inmunosupresores, aunque la tasa de respuesta es baja a largo plazo con un número no despreciable de recaídas. Actualmente, se están estudiando otros fármacos antiinflamatorios como los inhibidores de las JAK-quinasas.

CP-163. CAUSA INFRECUEnte DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Sánchez Arenas R, Rodríguez Gallardo M, Castro Márquez C

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

Introducción

Los aneurismas de la arteria gastroduodenal representan el 1,5% de los aneurismas viscerales con una tasa de incidencia de 0,01-0,2%, y son en muchas ocasiones diagnosticados de forma incidental, reconociéndose la pancreatitis, los trastornos autoinmunitarios, traumatismos e infecciones como posibles causantes.

Su complicación más temida es la rotura espontánea (25%) lo que conlleva una alta mortalidad (70%). Es importante, por tanto, reconocer los síntomas más comunes asociados con esta condición como el sangrado gastrointestinal, la hematemesis o el dolor abdominal, que ocurre en sólo un 7,5 % de los casos.

Caso clínico

Paciente de 45 años, fumador de 10 cigarrillos/día, diagnosticado de Asma bronquial y Miositis mitocondrial desde 2019, en tratamiento con Decorenone 100 mg cada 8 h de forma indefinida.

Acude a urgencias el 28 de diciembre de 2022 por dolor abdominal brusco en mesogastrio irradiado hacia espalda en cinturón, acompañándose de náuseas de 24h de duración con cuadro presíncope asociado. No fiebre ni otra sintomatología acompañante.

En urgencias realizan analítica con leucocitosis con neutrofilia. Perfil abdominal con amilasa normales. Dada la alta sospecha clínica de pancreatitis aguda se solicita TC abdominal, convirtiéndose posteriormente en ANGIOTC abdominal por sospecha de sangrado. En éste se confirma contenido hiperdenso adyacente a segunda y tercera porciones duodenales y a la cabeza pancreática, compatible con hematoma y una dilatación aneurismática de la arteria gastroduodenal. Ante tal hallazgo y con el paciente estable desde el punto de vista hemodinámico, se realiza embolización del aneurisma con éxito.

Excelente recuperación en planta tras 48 horas, solo con leves molestias lumbares que relaciona con el reposo en

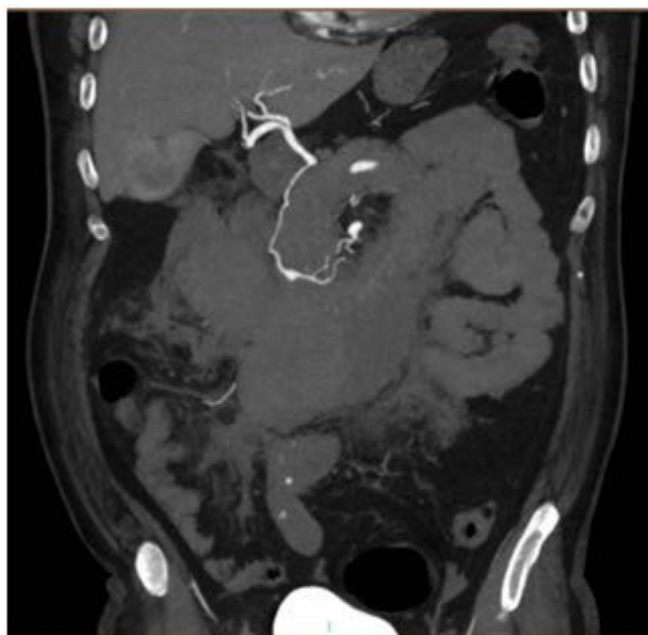


Figura 1

TC de abdomen donde se observa dilatación aneurismática de la arteria gastroduodenal.

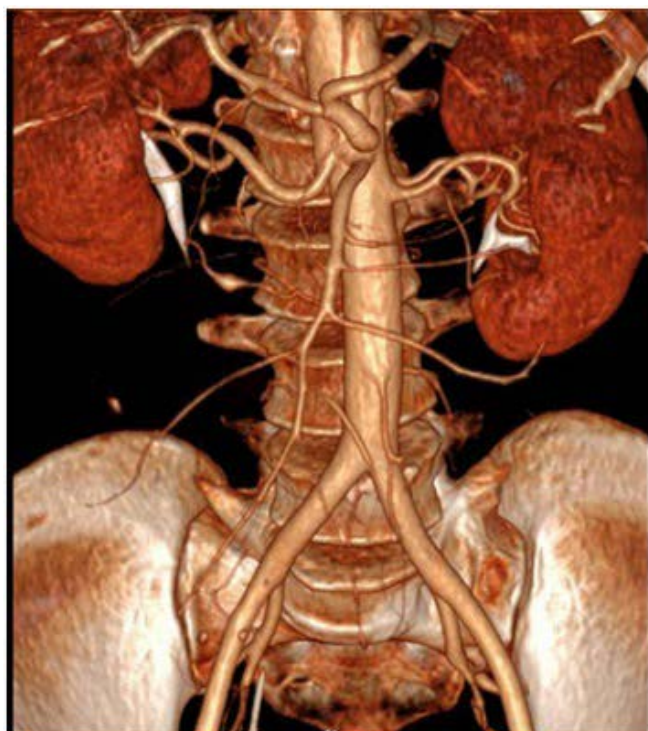


Figura 2

Obsérvese en este caso reconstrucción de ANGIOTC que muestra de nuevo la dilatación aneurismática de la arteria gastroduodenal.

cama, tolerando dieta y con analítica normal por lo que se procede al alta.

Discusión

Es importante el reconocimiento precoz de los aneurismas dada su alta mortalidad asociada en pacientes con síntomas compatibles.

En el caso que presentamos el dolor abdominal de inicio súbito y brusco fue el signo de alarma que indicó la realización de prueba de imagen. Ante su sospecha está indicado la arteriografía debido a su alta sensibilidad, permitiéndonos el diagnóstico del mismo, así como su tratamiento en centros especializados.

Las opciones de tratamiento actuales incluyen la intervención quirúrgica o endovascular, siendo la embolización una opción de tratamiento cada vez más popular dado su carácter mínimamente invasivo, rápido y accesible en centros cualificados, con una menor tasa de complicaciones en comparación con la cirugía.

CP-164. CAUSA INUSUAL DE DISFAGIA

Fernández Mascuñano M, Cadena Herrera ML, Maldonado Pérez MB

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

Introducción

La disfagia consiste en la sensación de dificultad para la deglución. Es considerada como un síntoma de alarma, por lo que exige una investigación de su causa en todos los casos.

Caso clínico

Varón de 55 años sin antecedentes de interés, ingresó por disfagia a sólidos y líquidos de 6 meses con empeoramiento en los últimos diez días hasta convertirse en intolerancia oral absoluta.

Analíticamente, leucocitosis con neutrofilia. Se realizó gastroscopia con detección de lesión de aspecto subepitelial en región subcardial, con salida de material purulento provocando disminución del calibre esofágico (**Figura 1**).

Se inició antibioterapia con amoxicilina-clavulánico y se solicitó TC de tórax y abdomen evidenciando lesión de 6cm en la pared de la unión esofagogástrica (UEG) en contacto con imagen pseudo-nodular en base pulmonar derecha de aspecto asbesicificado (**Figura 2, Figura 3**).

Ante la imposibilidad de abordaje por broncoscopia o punción percutánea por su localización y de ecoendoscopia, por posibilidad de perforación, se decide manejo conservador con control radiológico tras ciclo extendido de antibiótico. En TC de control a las tres semanas se objetiva desaparición de la colección periesofágica y

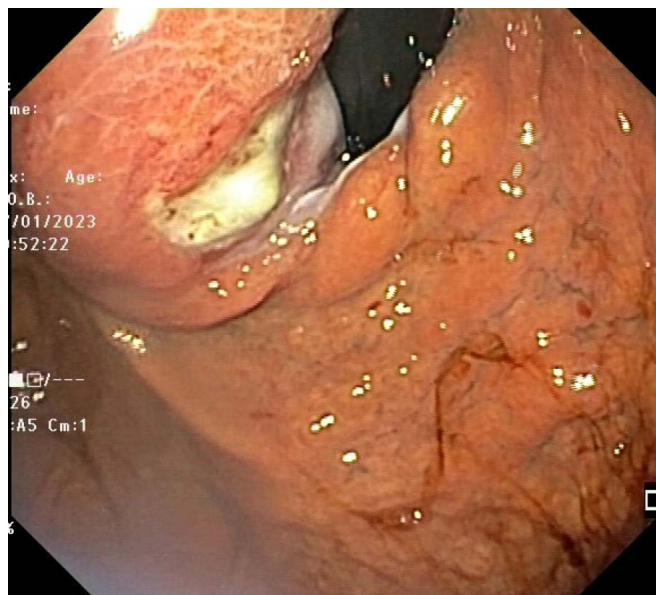


Figura 1

En retroversión se identifica lesión de aspecto subepitelial en región subcardial con salida de material purulento hacia cámara gástrica.



Figura 2

Se observa colección de morfología irregular y realce periférico en la pared de la unión esofagagástrica con eje longitudinal máximo de 6 cm.

de la lesión de base pulmonar, persistiendo engrosamiento leve de esófago distal y adenopatías. Se realiza EUS apreciando engrosamiento de la mucosa de esófago distal y adenopatías, se toma biopsia de mucosa y se realiza punción-aspiración con aguja fina de una adenopatía mediante ecoendoscopia, siendo el resultado histológico negativo para malignidad.

El paciente se mantuvo asintomático y con estabilidad radiológica tras suspensión de antibioterapia.



Figura 3

Área de consolidación de 25 mm en base de hemitórax derecho en contacto con la lesión esofágica.

Discusión

Presentamos el caso de un paciente con disfagia secundaria a un absceso en la pared de la UEG complicado con un absceso pulmonar por contigüidad, que se resolvió de manera conservadora con antibioterapia empírica.

El absceso esofágico intramural es una entidad rara causado por una lesión en la mucosa esofágica, produciéndose la separación longitudinal de las capas mucosa y submucosa, sin perforación transmural. La clínica más frecuente consiste en dolor torácico retroesternal, disfagia y hematemesis.

El diagnóstico es un desafío clínico, debiendo ser considerado en un contexto clínico adecuado. En nuestro caso el TAC y los hallazgos endoscópicos fueron altamente sugestivos de absceso esofágico.

CP-165. COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE SHOCK (IS) CON ESCALAS PRONÓSTICAS Y PARÁMETROS VITALES EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA (HDA)

Lecuona Muñoz M, Tintero Peinado C, Fernández García R, Redondo Cerezo E, Jiménez Rosales R

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

Introducción

En la evaluación de hemorragia digestiva alta (HDA), se utilizan diversas escalas pronósticas para predecir eventos adversos. Recientemente, el índice de Shock (IS) ha recibido atención debido a su asociación con la mortalidad, aunque el uso de escalas pronósticas en HDA es limitado. Un estudio de Stanley ha cuestionado la eficacia del IS comparado con otras escalas, generando controversia. Nuestro objetivo es comparar el IS con las escalas pronósticas existentes y las constantes vitales en la predicción de resultados en pacientes con HDA.

Material y métodos

Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes con HDA atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves entre 2013 y 2020. Evaluamos la necesidad de intervención (incluyendo transfusiones, tratamiento endoscópico, radiología intervencionista o cirugía) y la mortalidad hospitalaria. Las escalas consideradas incluyeron IS, MAP(ASH), ABC, Glasgow-Blatchford (GB), AIMS65 y Rockall. También se incorporaron la frecuencia cardíaca (FC) y la tensión arterial sistólica (TAS) en el análisis. Utilizamos MedCalc para calcular y comparar las áreas bajo la curva ROC (AUROCs).

Resultados

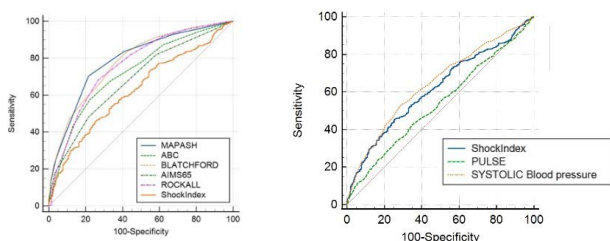
En la **tabla 1** y las **gráficas 1-2** se presentan las AUROCs de las escalas para los resultados de interés. En comparación con el IS, todas las escalas preexistentes mostraron una superioridad estadísticamente significativa en la predicción de eventos adversos en HDA. Respecto a las constantes vitales, el IS superó significativamente a la FC solo en la predicción de necesidad de intervención, sin diferencias en la mortalidad.

AUROC (IC 95%)	Necesidad intervención	Mortalidad intra hospitalaria
Frecuencia cardíaca	0.538 (0.590 - 0.643)	0.618 (0.591 - 0.645)
Tensión arterial sistólica	0.645 (0.511 - 0.595)	0.587 (0.559 - 0.614)
Índice de shock	0.626 (0.596 - 0.655)	0.612 (0.582 - 0.642)
MAP(ASH)	0.789 (0.764 - 0.813)	0.758 (0.731 - 0.784)
ABC	0.723 (0.695 - 0.749)	0.804 (0.779 - 0.828)
Glasgow-Blatchford	0.780 (0.754 - 0.805)	0.708 (0.680 - 0.736)
AIMS65	0.682 (0.654 - 0.710)	0.738 (0.710 - 0.765)
Rockall	0.760 (0.734 - 0.785)	0.743 (0.715 - 0.769)

AUROC de los índices analizados.

Tabla 1

Necesidad de intervención



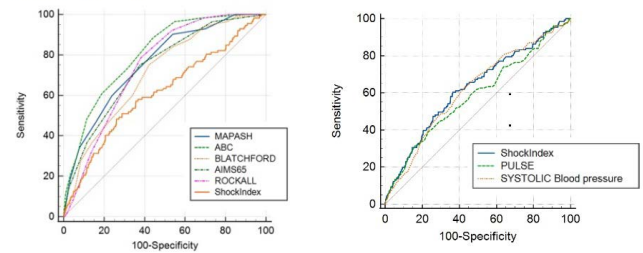
Necesidad de intervención. AUROC de los índices analizados.

Gráfico 1

Conclusiones

Nuestros resultados, al igual que los hallazgos de Stanley, sugieren que el IS es menos efectivo que las escalas preexistentes en la predicción de eventos adversos en HDA. Además, en comparación con las constantes vitales, el IS solo superó significativamente a la FC en la predicción

Mortalidad intrahospitalaria



Mortalidad intrahospitalaria. AUROC de los índices analizados.

Gráfico 2

de necesidad de intervención. Por tanto, reafirmamos la recomendación de utilizar otras escalas, como el MAP(ASH) o, en su defecto, el ABC, para predecir intervención y mortalidad en pacientes con HDA debido a su facilidad de uso y eficacia comprobada

CP-166. DE TRIPAS, PULMÓN: RECTORRAGIA SECUNDARIA A METÁSTASIS COLÓNICA DE ORIGEN PULMONAR

Pérez Campos E, Sánchez Tripiana M, Diéguez Castillo C

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

Introducción

Las metástasis intestinales de origen pulmonar son altamente infrecuentes, especialmente las de tramos distales como el colon. Aunque normalmente asintomáticas, en ocasiones pueden presentarse complicaciones locales del tumor, y estos pacientes pueden beneficiarse de algún tratamiento intervencionista que, aun con carácter paliativo, logre disminuir el riesgo vital en el momento agudo y mejore su calidad de vida. Presentamos el caso de un paciente que es diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón, descubriéndose afectación metastásica colónica a raíz de un episodio de hemorragia digestiva grave.

Caso clínico

Varón de 59 años fumador de 20 cigarrillos diarios durante más de 30 años, con antecedente de sepsis abdominal por pancreatitis aguda necrohemorrágica con colecciones sobreinfectadas. Dos años después comienza estudio por síndrome constitucional, siendo diagnosticado de adenocarcinoma pulmonar estadio IIIa, con inicio de radioterapia y quimioterapia. En TC de control se evidencia progresión tumoral con afectación metastásica ósea, hepática y suprarrenal. El PET-TC describe, además, dudoso aumento del metabolismo en región adyacente a vesícula biliar, sin poder discernir si existe afectación intestinal



Figura 1
Masa irregular, mamelonada, friable a la toma de biopsias, que ocupa al menos la mitad de la circunferencia, situada en ángulo hepático.

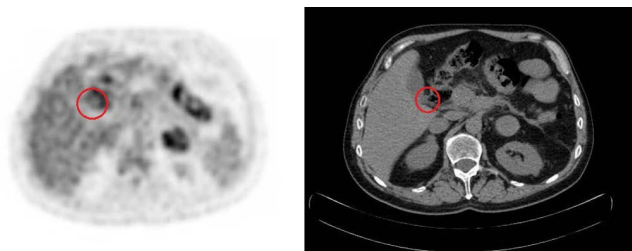


Figura 2
Imágenes de PET-TC. En rojo se observa el aumento focal e irregular de metabolismo descrito en torno a segmento IV hepático y adyacente a vesícula biliar, radiológicamente difícil de discernir si interfiere la proximidad de la actividad intestinal.

por contigüidad a ese nivel. Se decide iniciar inmunoterapia, y meses después, el paciente debuta con rectorragia franca con repercusión hemodinámica y hematimétrica. Se realiza colonoscopia que muestra una gran masa mamelonada a nivel de ángulo hepático que ocupa la mitad de la circunferencia. El estudio de la pieza extirpada confirma el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma pobremente diferenciado de origen pulmonar.

Discusión

El cáncer de pulmón supone la 1º causa de muerte por cáncer en el mundo, y aproximadamente la mitad de los pacientes presentan metástasis al diagnóstico, principalmente en hueso, hígado, suprarrenales y cerebro. Las metástasis gastrointestinales son mucho menos frecuentes, siendo el esófago el tramo digestivo más afectado dada su posibilidad de invasión por contigüidad. En cambio, la afectación de los tramos más distales, como colon y recto, es altamente inusual. Las manifestaciones clínicas derivadas de complicaciones de un tumor a esos niveles son poco frecuentes, y en caso de darse (sangrado

activo, dolor abdominal por perforación u obstrucción), pueden resultar indistinguibles de los posibles efectos de los tratamientos sistémicos.

Por ello, ante estos escenarios no debemos olvidar la posibilidad de diseminación a estos niveles. La posibilidad de intervencionismo local (aun con carácter paliativo) como la resección del tramo intestinal afectado o la colocación de una prótesis metálica puede contribuir a prolongar, aunque discretamente, la esperanza de vida de estos pacientes, así como a mejorar su calidad de vida.

CP-167. DISFAGIA A ESTUDIO: A PROPOSITO DE UN CASO DE AURICULA IZQUIERDA GIGANTE.

Valdivia Krag C, Orti Cuerva MC, Mirabent Moreno C

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

Introducción

La disfagia es un motivo de consulta muy frecuente en las consultas de Aparato Digestivo. Normalmente se relaciona con patologías primariamente digestivas como la enfermedad erosiva gastroesfágica o trastornos motores esfágicos. Sin embargo, otras posibilidades en función del contexto clínico del paciente deben de ser consideradas.

Caso clínico

Mujer de 86 años con antecedente de fibrilación auricular anticoagulada, estenosis aórtica moderada y estenosis mitral intervenida con colocación de una válvula metálica, actualmente disfuncionante con un 'leak' intra y periprotésico asociado.

Consulta por cuadro de pérdida marcada de peso, hiporexia y vómitos con intolerancia oral incompleta a líquidos y sólidos de meses de evolución. Analíticamente destaca una anemia normocítica de perfil crónico con patrón hemolítico posiblemente asociado a la válvula metálica, razón por la cual se completa el estudio cardiológico con un TC cardiaco en el que se objetiva incidentalmente una cardiomegalia a expensas de una aurícula izquierda gigante (resultado del 'leak' mitral, el cual está acentuado por la estenosis aórtica de la paciente); y que comprime y desplaza al esófago.

Inicialmente se realiza EDA en la que no se aprecian alteraciones ni lesiones mucosas esfágicas ni una clara impronta extrínseca sobre el esófago, no obstante, en el curso de la enfermedad cardiaca la paciente llegó a presentar un episodio de impactación esfágica requiriendo de la realización de una endoscopia digestiva alta urgente para la extracción de un bolo alimentario que finalmente presentó una progresión espontánea con la insuflación suave. Posteriormente la disfagia se hizo progresivamente completa provocando intolerancia oral, que precisó de la colocación endoscópica de una sonda nasogástrica de alimentación hasta que se valorasen posibles medidas



Figura 1

TC de tórax: cardiomegalia gigante a expensas de aurícula izquierda que comprime y desplaza el esófago.

terapéuticas por Cardiología. Finalmente, dada la edad y comorbilidades de la paciente no se consideró apta para un procedimiento valvular percutáneo, y falleció a los dos meses por una isquemia mesentérica aguda.

Discusión

El abordaje inicial para el estudio de la disfagia es endoscópico, haciendo uso en muchos casos de exploraciones dinámicas como la manometría de alta resolución (MAR) o los estudios baritados para complementar dicha información. En caso de dudas diagnósticas o contextos clínicos determinados el uso de pruebas de imagen como el TC de tórax puede ser necesario para alcanzar un diagnóstico cuando el origen de la disfagia se debe a una patología extradigestiva.

CP-168. DUODENITIS SECUNDARIA A INFILTRADO POR CÉLULAS IGG4: UNA MANIFESTACIÓN POCO FRECUENTE DE LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4

Cano De La Cruz JD¹, Bravo Aranda AM¹, Santana Ramos M², Sánchez Sánchez MI¹, Fernández Córna A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

La enfermedad relacionada con IgG4 es una patología de prevalencia y causa desconocidas, que se caracteriza por la aparición de un infiltrado linfoplasmodario con predominio de células IgG4 en determinados órganos, en los que produce tumefacción y fibrosis. También se asocia a flebitis obliterativa y eosinofilia. Entre los órganos frecuentemente afectados se encuentran: páncreas

(pancreatitis autoinmune tipo 1), glándulas salivares, vía biliar (colangitis) y retroperitoneo. Los niveles séricos de IgG4 están elevados en aproximadamente 2/3 de los pacientes, pero una minoría puede tener valores normales. En AP, además del infiltrado linfoplasmodario también es característica la presencia de fibrosis 'estoriforme'.

La afectación del tubo digestivo es poco frecuente y muy pocos casos en el mundo se han descrito con afectación aislada a nivel gástrico/duodenal. A continuación, presentamos un caso de estómago de retención secundario a duodenitis con infiltración por células IgG4 descrita en biopsia, sin otra clínica sistémica asociada.

Caso clínico

Mujer de 70 años, con antecedentes de cirugía de hernia incarcerada en hipocondrio derecho en 2017, con necesidad de hemicolectomía derecha y anastomosis ileocólica por complicaciones intraabdominales. Ingresó en junio de 2023 por cuadro de vómitos e intolerancia oral secundarios a estenosis duodenal inflamatoria, con biopsias negativas para malignidad en 2 EDAs, que inicialmente se relacionan con cambios post-quirúrgicos. Tras comprobación de tolerancia oral se decide manejo conservador.

En agosto de 2023 reingresa por empeoramiento del cuadro clínico. Tras realización de Ecografía Abdominal se objetiva gran dilatación gástrica. En TC Abdominal se observan cambios secundarios a cirugías intraabdominales de repetición y en región antropilórica, sin otras alteraciones (Figuras 1 y 2). Se realiza nueva EDA, con hallazgos de estenosis duodenal, de carácter aparentemente inflamatorio, que mide tres centímetros. Se toman biopsias, con resultado



Figura 1

Imagen TC Abdomen: Cambios en región antropilórica. Corte Coronal.

de 'Mucosa duodenal con severo infiltrado linfoplasmocitario con abundantes células IgG4' (Figuras 3 y 4). Diagnóstico de estómago de retención por duodenitis secundaria a infiltrado por células IgG4. Evolución durante el ingreso satisfactoria, con tolerancia a dieta oral y mejoría del estado nutricional. Niveles de IgG4 medidos en sangre periférica pendientes de resultado.



Imagen TC Abdomen: Cambios en región antropilórica. Corte Axial.

Figura 2

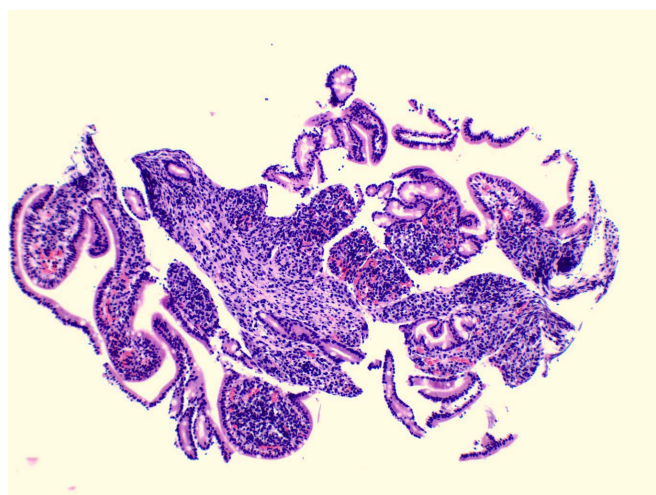


Imagen de AP: Tinción de Hematoxilina-Eosina. Mucosa duodenal con severo infiltrado linfoplasmocitario en lámina propia.

Figura 3

Discusión

La enfermedad relacionada con IgG4 es una causa poco frecuente de afectación aislada a nivel gástrico o duodenal, siendo este caso de retención gástrica secundaria a duodenitis uno de los pocos que se ha podido encontrar en la literatura. Futuros estudios serán necesarios para conocer la evolución de la enfermedad y el pronóstico del proceso patológico descrito.

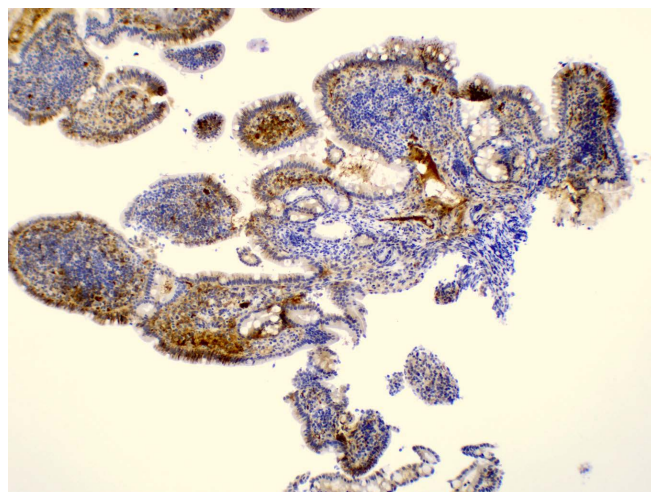


Imagen de AP: Abundantes células con inmunorreactividad para IGG4.

Figura 4

CP-169. ENFERMEDAD DE CROHN ESOFÁGICA, UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

González Parra AC, Barranco Castro D, Belvis Jiménez MI, Castro Laria L, Rodríguez Téllez M

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

Introducción

La enfermedad de Crohn (EC) puede involucrar a cualquier parte del tubo digestivo. Concretamente a nivel esofágico afecta únicamente en un 0.3-2% de los casos. La endoscopia digestiva alta (EDA) en la EC esofágica puede resultar muy inespecífica, desde un leve eritema hasta ulceraciones floridas indistinguibles de otras patologías, lo que demuestra la importancia de un buen diagnóstico diferencial.

Caso clínico

Mujer de 67 años con antecedente de tumor neuroendocrino en recto resecado endoscópicamente. En seguimiento en consultas de digestivo por EC ileocolónica (A3L3B1) diagnosticada en 2013. En tratamiento de mantenimiento con adalimumab 40mg cada 14 días, iniciado por corticodependencia hace 6 años, con buen control de la enfermedad.

Consulta por disfagia progresiva a sólidos y odinofagia de un mes de evolución, con pérdida de unos 5kg de peso en el contexto de reducción de la ingesta. Se solicita EDA, donde se objetiva una lesión circunferencial ulcerada de 4cm de extensión en esófago medio, friable a la toma de biopsias, de aspecto neofornativo (Figuras 1-2). Tanto la histología como la inmunohistoquímica fueron negativas



Figura 1

Se aprecia en esófago medio lesión ulcerada de unos 4 cm con fondo y bordes irregulares y friable. Se describe como de consistencia dura al tacto en la toma de biopsias.



Figura 2

Imagen endoscópica de la úlcera de aspecto neoplásico con las consideraciones descritas en la imagen previa.

para malignidad y para detección de citomegalovirus, describiendo únicamente tejido fibronectótico.

Ante la alta sospecha de neoplasia, se suspende adalimumab y se decide reevaluar mediante EDA y ecoendoscopia. En esta ocasión, se aprecia una reducción del tamaño de la lesión, con áreas ulceradas fibrinadas y puentes mucosos (Figuras 3-4). En el estudio ecoendoscópico no se objetiva engrosamiento de ninguna de las capas esofágicas

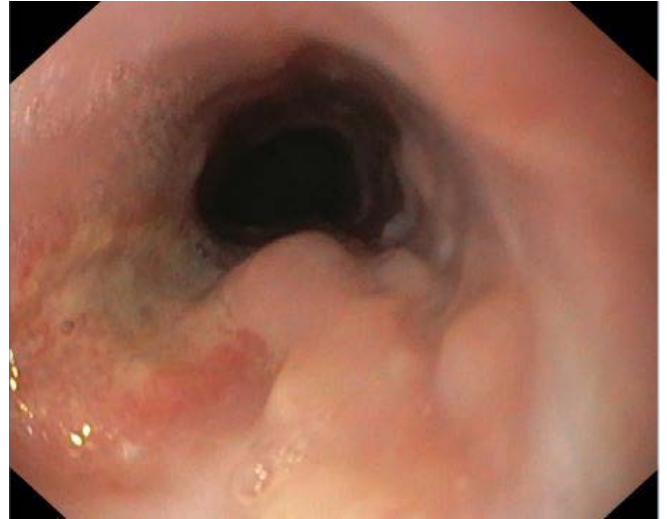


Figura 3

Nuevo estudio endoscópico realizado un mes posterior al previo. En él se aprecia úlcera en resolución, objetivándose áreas ulceradas con bordes lisos y algún puente mucoso, sin características de malignidad.



Figura 4

Imagen endoscópica que muestra la úlcera en resolución, con las consideraciones de la imagen previa.

ni adenopatías sospechosas (Figura 5). De nuevo las biopsias descartaron malignidad, evidenciando cambios inflamatorios inespecíficos con ausencia de granulomas.

Por tanto, dado el contexto clínico de la paciente se establece como diagnóstico de presunción una afectación esofágica de su EC, reintroduciéndose adalimumab intensificado cada 7 días e iniciándose tratamiento con prednisona oral y colchicina, con importante mejoría clínica. Tres meses después se repitió EDA, apreciando una mucosa esofágica de aspecto cicatricial.



Estudio USE de la úlcera. El ℓ no se observa engrosamiento de la pared mucosa esofágica ni adenopatías.

Figura 5

Discusión

El diagnóstico diferencial de la EC esofágica debe realizarse con patología infecciosa (virus herpes simplex, citomegalovirus, candidiasis), autoinmune (Behçet, pénfigo), péptica o neoplásica.

Una presentación frecuente de afectación de tramos altos es la disfagia secundaria a aftas orofaríngeas, reportada hasta en 1/3 de los casos.

El uso de fármacos biológicos e inmunosupresores en la enfermedad inflamatoria intestinal hace fundamental ser cautos a la hora de establecer un juicio clínico definitivo y tomar una decisión terapéutica en este tipo de pacientes.

CP-170. ENFERMEDAD SISTÉMICA CON MANIFESTACIÓN DIGESTIVA Y DESENLACE FATAL

Gómez Torres KM, Gallardo Sánchez F

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

Introducción

La amiloidosis es una enfermedad rara que se caracteriza por el depósito extracelular de proteínas anormales en múltiples tejidos, lo que conlleva a una disfunción orgánica. Incluye 6 tipos: primaria, secundaria, relacionada con hemodiálisis, hereditaria, senil y localizada. Aunque es poco frecuente tiene mal pronóstico, con una media de vida 12-15 meses.

Caso clínico

Varón de 75 años en estudio por enfermedad renal crónica y anemia, en tratamiento con doble antiagregación por cardiopatía isquémica. Desde hace 2 años presenta

epigastralgia, náuseas, hiporexia y diarrea ocasional, así como pérdida de 30kg. En el examen físico destaca discretos edemas en miembros inferiores. La analítica se aprecia en la **Tabla 1**.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS DURANTE EL ESTUDIO DEL PACIENTE	
Urea 56mg/dl (10-71)	Immunoglobulina A 82mg/dl (70-400)
Cr 1.53mg/dl (0.67-1.17)	Immunoglobulina G 991mg/dl (700-1600)
Proteínas totales 5.8g/dl (6.6-8.3)	Immunoglobulina M 29mg/dl (40-230)
Albumina 4.1g/dl (3.5-5.2)	
Bilirrubina total 0.41mg/dl (0.3-1.2)	Cadenas kappa 281mg/dl (138-375)
Aspartato transaminasa 23U/L (10-50)	Cadenas lambda 144mg/dl (93-243)
Alanina transaminasa 15U/L (1-50)	Ratio Cadenas kappa/lambda 1.9
Gamma-glutamyltransferasa 13U/L (1-55)	Cadenas kappa libres 2.7mg/dl (3.3-19.4)
Fosfatasa alcalina 44U/L (30-120)	Cadenas lambda libres 285mg/dl (5.7-26)
Sodio 141mEq/L (136-146)	Cadenas kappa libres/cadenas lambda libres 0.09 (0.26-1.65)
Potasio 4.3mEq/L (3.5-5.1)	
Calcio 9.5mg/dl (8.8-10.6)	Complemento C3 179mg/dl (90-180)
Fósforo 3.7mg/dl (2.3-4.5)	
Hierro 60ug/dl (53-167)	Anticuerpos antinucleares <1/80 (negativo)A
Ferritina 169ng/ml (20-250)	Anticuerpo anti-citoplasma de neutrófilos <1/20 (negativo)
Índice de saturación 15% (17-30.6)	Anticuerpo anti-proteína-3 0U/ml
Colesterol 172mg/dl (140-200)	Anticuerpo anti-mieloperoxidasa 0U/ml
Triglicéridos 183mg/dl (89-150)	
Leucocitos 6x10 ³ /L (3.6-10.5)	Cadena kappa libres orina 5.92mg/L (0-32)
Hemoglobina 10.88g/dl (12.6-16.5)	Cadena lambda libres orina 47.6mg/L (0-5)
Volumen corpuscular medio 83fL (80-101)	
Hemoglobina corpuscular media 30.8pg (27-34)	Proteínograma sin banda monoclonal ni componente M
Plaquetas 232x10 ³ /L (150-450)	

Aspirado de médula ósea: Médula normocelular con megacariocitos en todos los estadios madurativos. Presencia de 15% de células plasmáticas. Aspirado medular compatible morfológicamente con Mieloma Múltiple. Inmunofenotipo: Se observa una población de células plasmáticas (6,3% de la celularidad total), monotípicas lambda, que expresan un perfil inmunofenotípico que sugiere carácter neoplásico: CD19 (-), CD38 (+) moderado-intenso, CD45 (-), CD56 (-), CD117 (dudoso), CD138 (+ débil) y restricción lambda en la expresión de Ig citoplásmica (kappa: 3%; lambda: 96%).

Tabla 1

Resultados de los principales pruebas realizadas. Entre paréntesis valores normales según laboratorio.

La gastroscopia mostró un esófago tortuoso (**Figura 1**). En cuerpo gástrico, al menos 4 úlceras fibrinadas de 10-20mm, con bordes sobreelevados, que se biopsiaron (**Figura 2**). Se apreciaron también algunas cicatrices mucosas (**Figura 3**). No se observaron lesiones en duodeno ni en la colonoscopia. La sospecha inicial fue enfermedad ulcerosa péptica o linfoma gástrico.

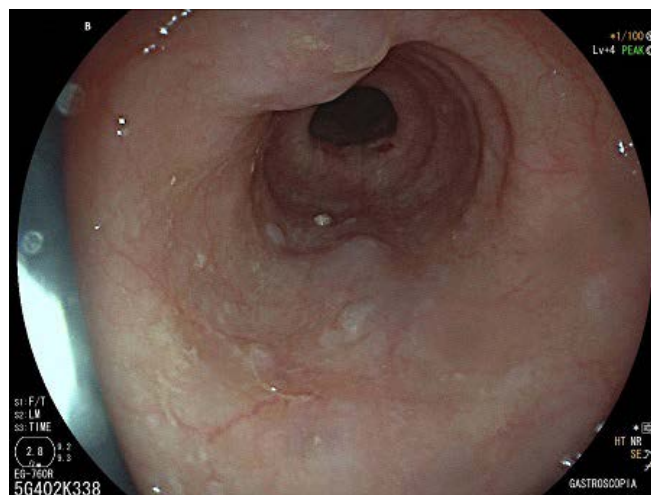
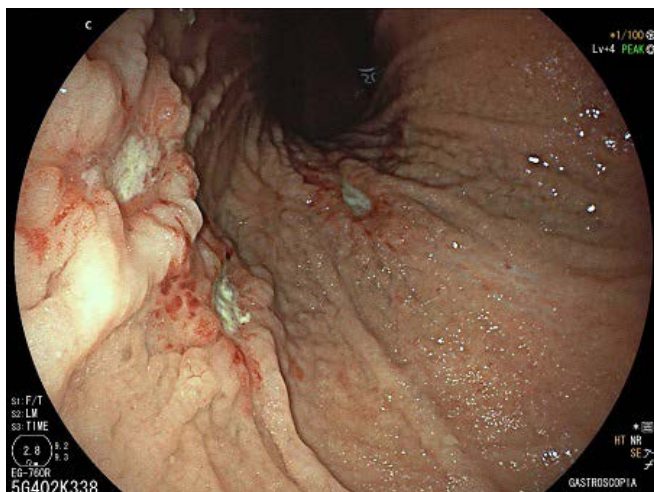


Figura 1

Esófago tortuoso con múltiples ondas terciarias. Se observa un anillo contráctil en esófago distal.

El estudio histológico de estómago y recto mostró engrosamiento homogéneo de la pared de los vasos sanguíneos. La tinción Rojo Congo reveló birrefringencia verde manzana con luz polarizada, compatible con



Úlceras fibrinadas con bordes elevados (10-20mm).

Figura 2



Cicatriz mucosa, evidencia de una afectación crónica.

Figura 3

amiloidosis. No se pudo iniciar tratamiento porque al mes fallece de shock refractario de origen incierto.

Discusión

La amiloidosis primaria (AL), la más común, es una enfermedad sistémica con una incidencia anual 6-10 casos/millón personas. Se asocia a la presencia de cadenas ligeras monoclonales en suero y/u orina, y se relaciona con mieloma múltiple en un 15%.

El compromiso gastrointestinal es común (50-70%), pero las manifestaciones clínicas y endoscópicas son diversas e inespecíficas, pudiendo imitar otras enfermedades como la enfermedad ulcerosa péptica, linfoma, adenocarcinoma. Puede presentarse de forma asintomática, con molestias

epigástricas, pérdida de peso, vómitos o hemorragia digestiva. Su apariencia endoscópica incluye pliegues gástricos engrosados, úlceras con bordes irregulares, mucosa de apariencia granular, lesiones polipoideas o semejante a placas.

El diagnóstico es histológico, birrefringencia verde manzana con luz polarizada de los depósitos de amiloide, localizados preferentemente en la muscularis mucosae.

El tratamiento de elección en pacientes menores de 65 años, con buen estado general, es la quimioterapia con melfalán, como rescate el trasplante de células madre hematopoyéticas.

Al tratarse de una manifestación frecuente de una enfermedad rara, pero de mal pronóstico, cuyo diagnóstico diferencial incluye enfermedades con importante repercusión en la salud del paciente, es importante conocer y reconocer su presentación endoscópica para poder realizar un diagnóstico temprano e instaurar el tratamiento apropiado que mejore la calidad de vida de estos pacientes.

CP-171. ENTEROPATIA POR AINES: UNA CAUSA OLVIDADA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE Y EL PAPEL DE LA VIDEOCAPSULA ENDOSCÓPICA (VCE) EN SU DIAGNÓSTICO.

Valdivia Krag C, Ortiz Chimbo DS, Jurado García DS

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

Introducción

El efecto lesivo de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), incluido el AAS, es ampliamente conocido a nivel gastrointestinal. Se dispone de amplia evidencia sobre su efecto gastrolesivo, sin embargo, su efecto a nivel intestinal es menos reseñado a pesar de su potencial gravedad.

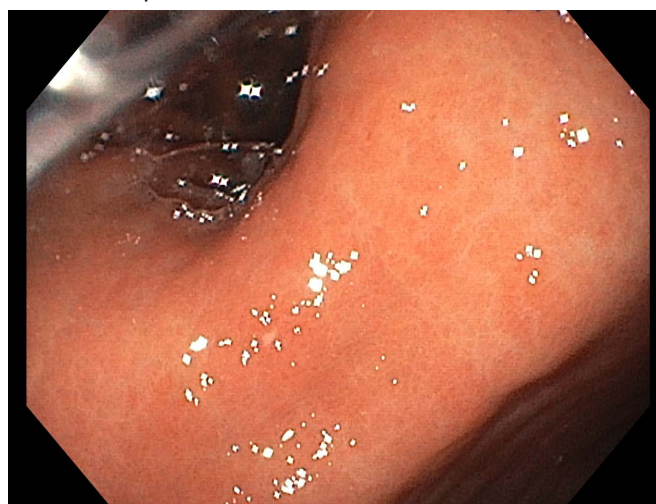
Caso clínico

Varón de 72 años con antecedentes destacables de adenocarcinoma de próstata tratado con prostatectomía radical, y diverticulosis complicada con absceso hepático intervenido con sigmoidectomía hace años, en tratamiento crónico con etoricoxib por hiperuricemia y con ingesta en las dos semanas previas de AAS 100mg por clínica articular. Consulta por cuadro de melenas asociado a astenia y cuadro sincopal con cortejo vegetativo, sin otra clínica. A su llegada a Urgencias se constata estabilidad hemodinámica, destacando analíticamente una Hb 9,3g/dl (previas 15g/dl), con normalidad del resto de parámetros de función renal, coagulación y reactantes de fase aguda.

Se realiza una EDA urgente con hallazgos de gastritis de predominio antral y duodenitis erosiva ingresando en Aparato Digestivo. Al ingreso persiste anemia (Hb 7,6g/dl) con requerimiento transfusional y sin clara

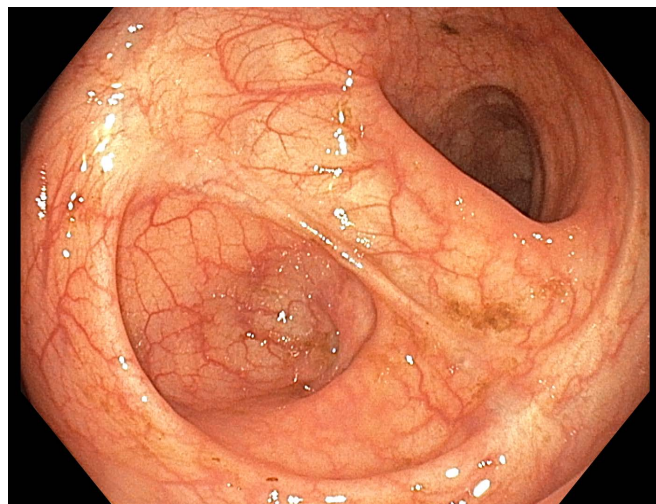
exteriorización hemorrágica por lo que se completa el estudio endoscópico con colonoscopia sin hallazgos de lesiones potencialmente sangrantes, anastomosis cólica íntegra, y sin datos de sangrado activo ni de reciente sangrado.

Ante la repercusión analítica y sin lesiones endoscópicas que justifiquen la anemia grave, se completa el estudio con una TC de abdomen con contraste sin hallazgos patológicos y se realiza una VCE con hallazgos de múltiples lesiones aftoides sin estigmas de reciente sangrado distribuidas a lo largo de todo el yeyuno, en probable relación a consumo de AINE, sin presencia de otras lesiones ulcerosas de mayor entidad, ni restos hemáticos a ningún nivel. Tras completar tratamiento médico, y habiéndose retirado la AAS, no siendo posible el etoricoxib por clínica articular, el paciente se mantiene estable analíticamente y sin nuevos episodios.



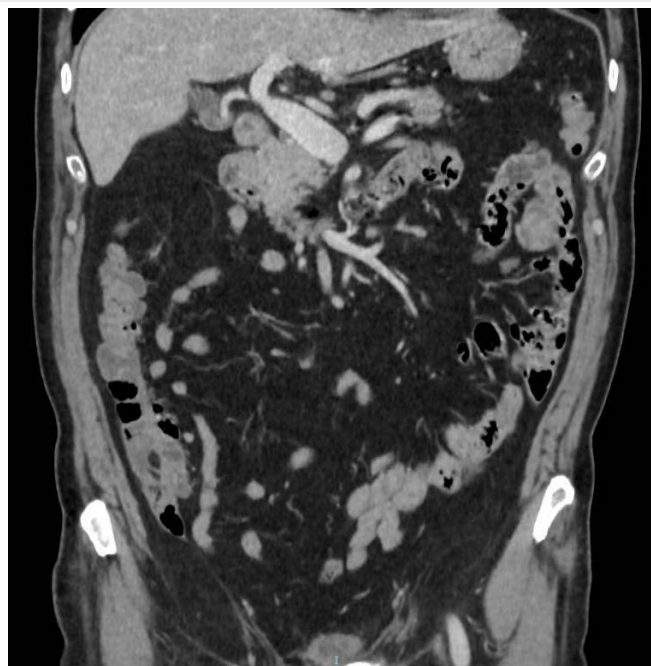
Endoscopia digestiva alta con mucosa gástrica eritematosa y congestiva.

Figura 1



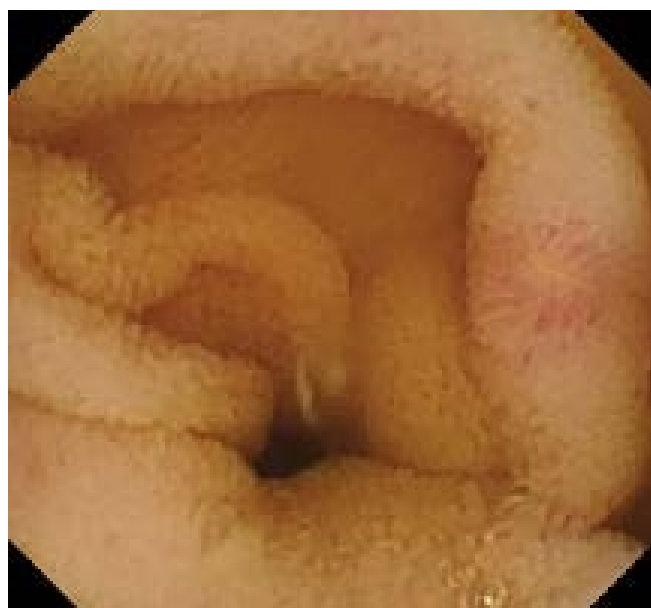
Colonoscopia con anastomosis colónica con mucosa de aspecto normal y sin lesiones.

Figura 2



TC de abdomen-pelvis con contraste intravenoso sin hallazgos patológicos a nivel de marco cólico.

Figura 3



ideocápsula endoscópica: múltiples lesiones aftoides en yeyuno tras introducción reciente de AAS.

Figura 4

Discusión

La VCE es una herramienta útil y no invasiva para el estudio de hemorragias digestivas de origen no aclarado. La enteropatía por AINE es una entidad con menos protagonismo, posiblemente por su curso normalmente leve, y una serie de dificultades en su diagnóstico como el acceso técnicamente difícil a esas regiones anatómicas, la existencia de múltiples lesiones asociadas (erosiones, úlceras múltiples o estenosis tipo diafragma), y la no

estandarización de los términos (puntos rojos, 'breaks', áreas denudadas, etc.). Exponemos el presente caso para mostrar el curso potencialmente grave de esta entidad y la importancia de su conocimiento para su identificación.

CP-172. EPIDEMIOLOGÍA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII) EN CONSULTAS DE APARATO DIGESTIVO DE ANDALUCÍA

Serrano Falcón B¹, García De Paso Mora J², Caballero Mateos A³, Grilo Bensusan I⁴, Ledro Cano D⁵, Perona Vicenti M⁶, Jiménez Contreras S⁷, Alejandro Altamirano RM⁸, Vida Pérez L⁸, Pérez Rodríguez E⁸, López Vega MDC⁹, Méndez Sánchez I⁹, Rivas Ruiz F¹⁰, Gómez Rodríguez BJ⁵, Pérez Aisa A⁹

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

Introducción

Investigar la epidemiología del SII en consultas de Atención Especializada de Aparato Digestivo en Andalucía.

Material y métodos

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

Se ha utilizado la base de datos REDCap (Research Electronic Data Capture) obtenida por la SAPD.

La población a estudio fueron los pacientes valorados en consultas de Aparato Digestivo, mayores de 18 años, diagnosticados de SII previamente o el día de la visita, y que firmaron el consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con sospecha de organicidad en el momento de la consulta.

Las variables utilizadas se recogen en la **tabla 1**.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Para valorar diferencias de variables categóricas se utilizó test Xi-cuadrado/ Exacto de Fisher (variables cualitativas), test t de Student (variables cuantitativas).

Variables de estudio para valorar características clínicas de SII	
- Datos demográficos	- Edad - Género
- Hábitos de vida	- Consumo de tabaco activo (sí/no). - Ingesta de agua diaria en litros. - Actividad física regular (>3 veces en semana): sí/no. - Restricciones de dieta (lactosa, fructosa, gluten, FODMAP, otras restricciones).
- Tipo de consulta	- Servicio de procedencia (Atención Primaria, Digestivo, Cirugía, Otorrinolaringología, Hematología, Urología, Ginecología, otros). - Primera visita o revisión - Atendido en consulta general o consulta monográfica/Unidad de trastornos funcionales digestivos
- Caracterización SII	- Cumple criterios Roma IV SII: sí/no. - Días de la semana con dolor abdominal (1-7). - Relación con la defecación (sí/no). - Relacionado con cambio en la frecuencia de la defecación (sí/no). - Relacionado con cambios en la forma de las deposiciones (sí/no). - Meses desde que inició los síntomas (más de 6 para cumplir criterio). - Subtipo según criterios Roma IV (diarrea, estreñimiento, mixto e indeterminado). - Intensidad según escala IBSS (8): leve (75-175, moderado 175-300, grave >300). - Clasificación en base a gravedad subjetiva según médico (leve, moderado, grave). - Clasificación en base a gravedad subjetiva según paciente (leve, moderado, grave). - Síntomas rectales concomitantes (mucosidad, urgencia defecatoria, evacuación incompleta, esfuerzo defecatorio). - Síntomas digestivos extraintestinales: pirosis, dispepsia (saciedad precoz, epigastralgia, plenitud postprandial). - Síntomas extradigestivos (Fibromialgia, Se de fatiga crónica, alteración de la articulación temporo -mandibular, cefalea, dolor cervical o dorso lumbar, mialgia, astenia, palpitaciones, sofocos, problemas del sueño, falta de lívido, dispareunia, urgencia miccional y nocturia, se ansioso-depresivo y disnea). - signos y síntomas de alarma previos al diagnóstico (pérdida de peso, > 10% índice de masa corporal (IMC) en los 3 meses anteriores, rectorragia, historia familiar de cáncer colorrectal, celiaquía o enfermedad inflamatoria intestinal (EII), anemia ferropénica o ferropenia, nocturnidad). -

Variables epidemiológicas recogidas en el estudio. **Tabla 1**

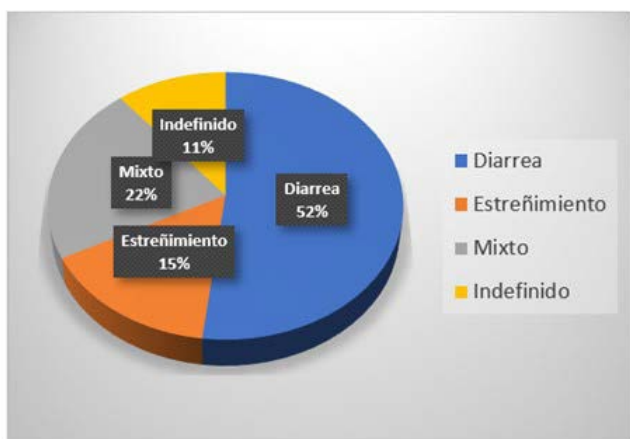
Resultados

Se obtuvieron 129 registros válidos de 9 centros andaluces distribuidos por todas las provincias andaluzas, salvo Huelva. La distribución por centros se detalla en **tabla 2**.

	N	Porcentaje
Hospital de Motril	40	31,0
Hospital Alta Resolución Écija	18	14,0
Hospital Universitario Macarena	18	14,0
Hospital Universitario Virgen de la Victoria	16	12,4
Hospital Quironsalud Marbella	11	8,5
Hospital Alta Resolución Alcalá la Real	10	7,8
Hospital Universitario Reina Sofia	7	5,4
Hospital Universitario Costal del Sol	4	3,1
Hospital Quironsalud Sagrado Corazón	5	3,9
Total	129	100,0

Distribución por centros de los datos recogidos. **Tabla 2**

Todos los pacientes incluidos cumplían criterios Roma IV de SII. El subtipo más frecuente fue SII tipo diarrea (n 67, 52%). Frecuencia según subtipo en **figura 1**.



Frecuencia de SII según subtipo.

Figura 1

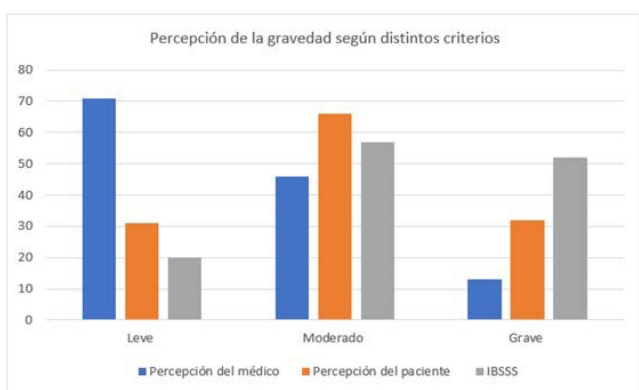
La edad media de los incluidos fue 45,7 años $\pm$ 16.7 (16-80). El 78,3% eran mujeres (n 101).

Respecto a los hábitos de vida el 18.6% (n 24) consumía tabaco, el 58.1% (n 75) no realizaba actividad física regular y hasta el 65% (n 84) realizaba restricciones dietéticas de algún alimento.

El área principal desde la que fueron derivados los pacientes fue Atención Primaria (n 69, 53,5%).

El 27,9% (n 36) había presentado algún síntoma de alarma antes del diagnóstico de SII. El más frecuente fue rectorragia (n 18, 50%).

Respecto a la gravedad según la escala IBSSS, eran graves el 40,3% (n 52). Según valoración subjetiva del paciente eran considerados como graves el 50,4% (n 65), según el médico solo el 10.1% (figura 2).



Gravedad del SII según escala IBSSS, y según apreciación subjetiva del paciente y del médico.

Figura 2

El síntoma digestivo asociado más frecuente fue la distensión abdominal en el 63,5% de los casos (n 82).

Respecto a los síntomas extradigestivos estaban presentes en el 79.8% (n 103) y el 35.6% (n 46) referían presentar 3 o más síntomas. El más frecuente fue el síndrome ansioso-depresivo (n 64 49.6%).

Conclusiones

El subtipo de SII que se diagnostica con mayor frecuencia en nuestras consultas es SII- diarrea.

Los síntomas extradigestivos son muy frecuentes en los pacientes con SII. Son necesarios nuevos estudios que incluyan un mayor número de pacientes.

CP-173. ESOPHAGITIS DISSECANS SUPERFICIALIS

García Ortiz JM, Rosell Martí C, Pérez Palacios D

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA

Introducción

La esofagitis disecante superficial (EDS) es una rara patología descamativa de carácter benigno y generalmente autolimitado que se caracteriza por el desprendimiento superficial del recubrimiento mucoso esofágico.

Caso clínico

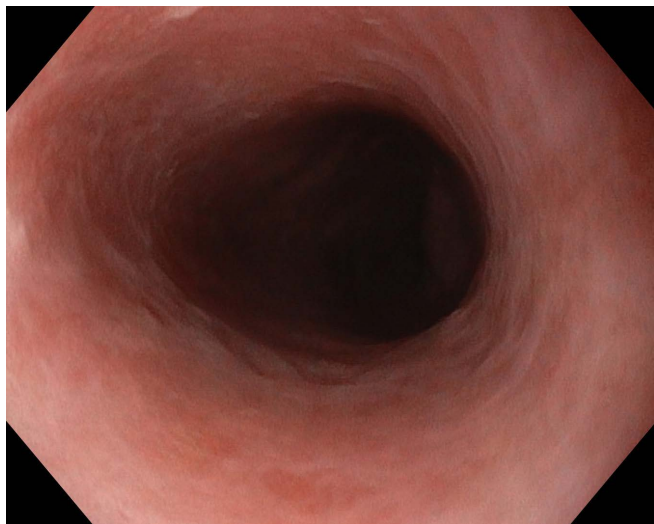
Mujer de 77 años con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) grado C, así como hipertensión arterial y dislipemia en tratamiento, que consulta por odinofagia y disfagia leve de varios meses de evolución. Niega toma de nuevos fármacos ni bebidas irritantes antes del inicio de la clínica.

Se realiza endoscopia digestiva alta en la que se objetiva, en tercio proximal esofágico, la presencia de un epitelio frágil, descamado y con áreas de desprendimiento espontáneo o al roce. A la toma de biopsias se observa cómo el epitelio se desprende en sábana con facilidad, con signo de Nikolsky positivo. El análisis histopatológico informa de que estas tiras de epitelio escamoso presentan un prominente infiltrado inflamatorio en el que se observan eosinófilos en número menor de 10/campo.

Se pauta, de forma empírica, tratamiento con IBP y sulfato de condroitina, con resolución de la sintomatología en un plazo de 3-4 semanas.

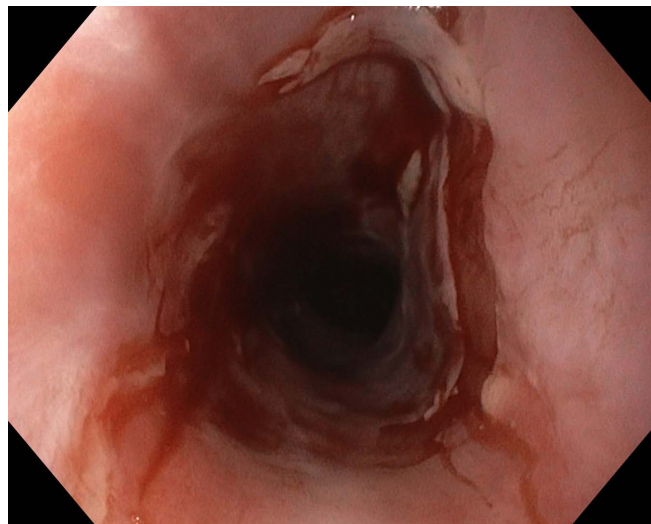
Discusión

La EDS afecta más frecuentemente a mujeres de edad avanzada, siendo más prevalente en polimedicadas y con comorbilidades crónicas. Lo más habitual es que se



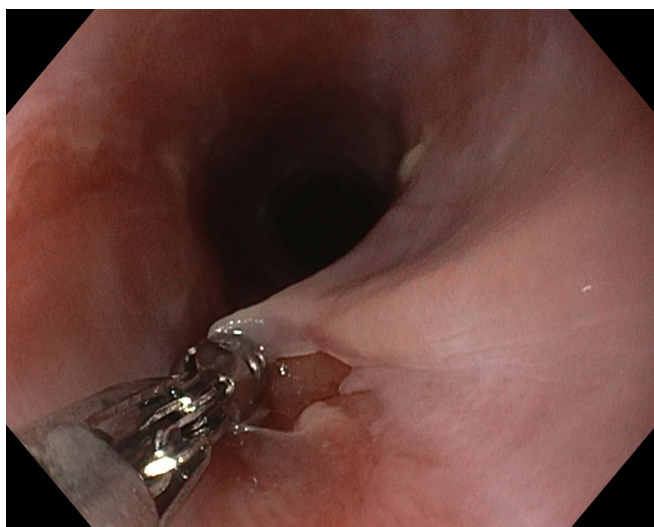
Epitelio esofágico de aspecto descamado y frágil.

Figura 1



Epitelio esofágico desprendido.

Figura 3



Signo de Nikolsky positivo.

Figura 2

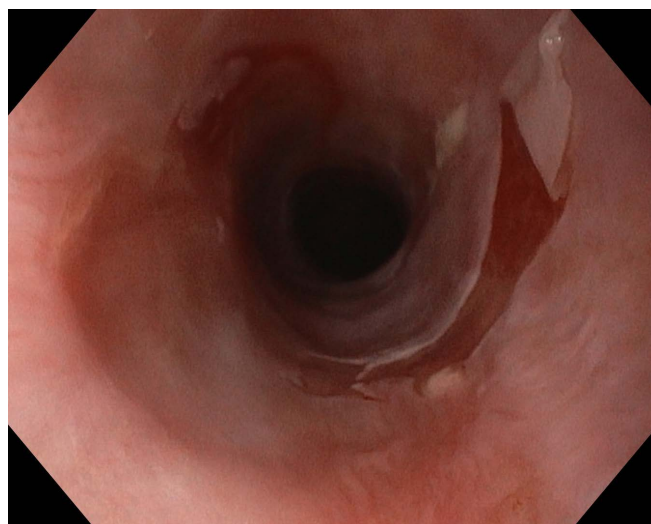


Figura 4

trate de un hallazgo incidental asintomático descubierto incidentalmente durante un estudio endoscópico realizado por otra causa. En caso de ser sintomática, suele presentarse en forma de disfagia, odinofagia o pirosis retroesternal.

Las causas incluyen la forma idiopática, medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, la ingesta de bebidas calientes, las enfermedades colagenosas o ciertas dermatosis ampollasas idiopáticas.

El diagnóstico puede establecerse por el hallazgo endoscópico del desprendimiento en sábana del epitelio mucoso, espontáneo o durante la toma de biopsias. El hallazgo endoscópico más característico es la presencia de una separación entre el epitelio desprendido, que puede presentar inflamación con presencia de infiltrados

neutrofílicos o eosinofílicos, y las capas inferiores, que suelen ser normales.

No existe un tratamiento específico para esta afección.

CP-174. ESTÓMAGO DE RETENCIÓN SECUNDARIO A GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA, UNA ENTIDAD INFRECIENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

Parra López B, Morales Bermúdez AI, Bravo Aranda AM, Alonso Belmonte C, Gómez Rodríguez P, Pinto García I, Mostazo Torres J, Jiménez Pérez M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas son entidades inmunomediadas infrecuentes (6-8 casos por cada 100000 personas). Caracterizadas por un incremento anormal de los eosinófilos en los tejidos pueden manifestarse con dolor, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de peso...

Entre ellas destacamos la Esofagitis, Gastritis, Enteritis o Colitis Eosinofílicas.

Caso clínico

Varón de 57 años sin antecedentes de interés que consulta por deterioro de su estado general, dolor en mesogastrio e intolerancia oral progresiva a sólidos y líquidos, asociando vómitos de contenido bilioso/alimenticio de 5 meses de evolución. Presenta pérdida de unos 20 Kg de peso en este periodo. Analíticamente destaca deterioro de la función renal debido a las pérdidas digestivas, con el resto de parámetros dentro de los rangos de normalidad.

Ante la sospecha diagnóstica de un proceso neoformativo como causante del cuadro, se decide ingreso hospitalario para iniciar estudio.

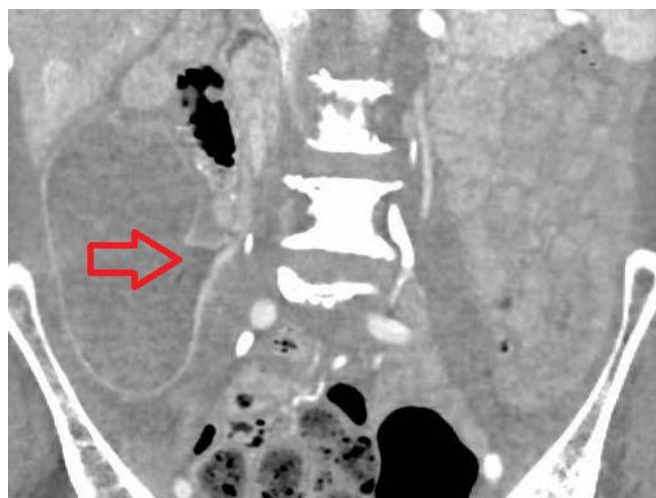


Figura 1

Corte coronal de TC de abdomen en el que se evidencia un estómago de retención que se extiende hasta la iliaca derecha. Se observa además una estenosis pilórica (Flecha roja) causante del enlentecimiento del vaciado gástrico.

Se realiza TC abdominal que muestra importante distensión gástrica sin causa obstructiva subyacente. También se solicitan marcadores tumorales, que resultan negativos, y se indica endoscopia digestiva alta con intención diagnóstica. En dicha endoscopia se describe una cavidad gástrica muy distendida, evidenciándose varias úlceras fibrinadas de aspecto inflamatorio en antro, con un orificio pilórico puntiforme que es imposible de franquear

endoscópicamente, no pudiendo explorar duodeno. Se toman biopsias antrales, con hallazgos de gastritis crónica leve sin datos de malignidad.

Ante los resultados de las pruebas complementarias, la intolerancia oral permanente y la necesidad de suplementos parenterales para cubrir las necesidades nutricionales diarias, se comenta el caso al servicio de Cirugía General, que recomienda intervención quirúrgica durante el ingreso, realizándose una gastrectomía parcial laparoscópica con anastomosis gastroyeyunal.

Se envía pieza quirúrgica para análisis anatomopatológico, obteniéndose un infiltrado inflamatorio eosinofílico en la capa muscular propia gástrica y duodenal, con extensión a submucosa, compatible con Gastroenteritis eosinofílica mural. No se evidencia neoplasia en dicha pieza.

La evolución clínica del paciente tras la intervención fue satisfactoria, tolerando sólidos y líquidos por vía oral de forma correcta.

Actualmente el paciente es revisado en consultas de Aparato Digestivo por su cuadro de base, encontrándose asintomático a pesar de no recibir tratamiento médico ni dietético.

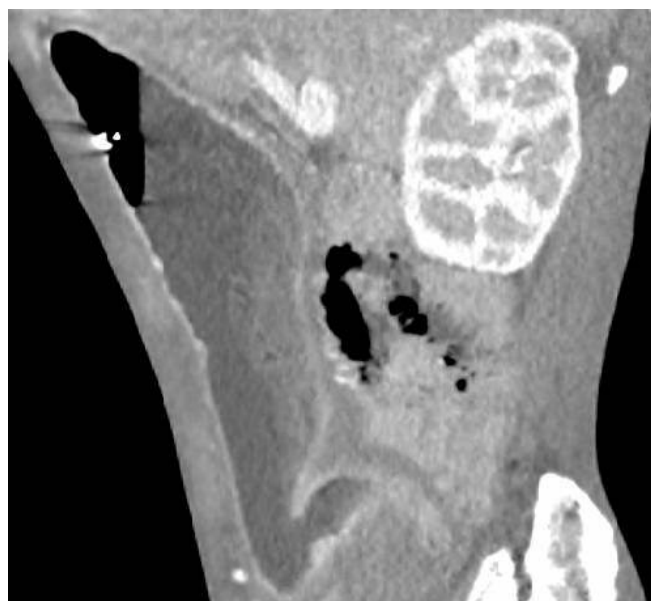


Figura 2

Corte sagital de TC de abdomen en el que se observa nuevamente la estenosis pilórica causante del estómago de retención del paciente.

Discusión

La gastroenteritis eosinofílica es una patología de curso insidioso y difícil diagnóstico que debe plantearse como una opción más una vez descartadas entidades más prevalentes.

En sus etapas iniciales y, tras la confirmación histológica, cambios en los hábitos dietéticos o la corticoterapia pueden evitar terapéuticas más agresivas como en nuestro caso.

CP-175. GASTRITIS ENFISEMATOSA, UN RETO DIAGNÓSTICO

Quirós Rivero P, Naranjo Pérez A, Calderón Chamizo M, Arroyo Prieto MJ, Ternero Fonseca J

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

La gastritis enfisematosa es una enfermedad infecciosa grave, poco frecuente, de elevada mortalidad (60-80%). Los síntomas son inespecíficos, requiriendo un alto grado de sospecha para alcanzar el diagnóstico. El inicio de un tratamiento precoz aumenta la probabilidad de éxito del manejo conservador.

A continuación, describimos el caso de una paciente con diagnóstico de gastritis enfisematosa.

Caso clínico

Mujer de 49 años, hipertensa y antiagregada por AIT previo, sin otros antecedentes de interés que acude a urgencias por epigastralgia de 3 días de evolución, asociado a náuseas, vómitos y fiebre de 38°C, refiriendo toma de AINES previa por lumbalgia. Analíticamente destaca elevación de los reactantes de fase aguda, ampliándose estudio mediante TC de abdomen en el que se objetiva un engrosamiento mural difuso de cámara gástrica, con burbujas de gas intraluminal en región antral sugestivo de gastritis enfisematosa. Ante sospecha radiológica, se confirma mediante gastroscopia en la que destaca abundantes restos mucosos y pus en cámara gástrica, con disminución de la distensibilidad.

Ante estabilidad hemodinámica, se inicia manejo conservador con sonda nasogástrica descompresiva y tratamiento antimicrobiano empírico de amplio espectro. Tras ello, presenta mejoría clínico-analítica notable con gastroscopia y Tc abdomen de control con resolución del cuadro. Dada la evolución y ausencia de aislamiento microbiológico, se finaliza tratamiento a las 3 semanas.

Discusión

La gastritis enfisematosa es una entidad de etiología poco conocida, en la que se produce una infiltración de la pared gástrica por microorganismos dando lugar a la producción de gas y material purulento, así como la posible aparición de complicaciones sistémicas derivadas de la sepsis. Entre los factores favorecedores que se han relacionado con esta enfermedad, se encuentran la presencia de lesión de la mucosa gástrica, situación de inmunodepresión o consumo de tóxicos/corticoides. En nuestro caso se trata



Gastritis enfisematosa.

Figura 1

de una paciente en tratamiento crónico con antiagregante, junto con consumo previo de antiinflamatorios que podría justificar el cuadro.

Los microorganismos más frecuentes son bacterias de origen entérico, principalmente bacilos gram positivo / negativo y hongos. El diagnóstico se establece con la aparición de gas en la pared gástrica en el TC de abdomen, siendo de utilidad la endoscopia oral que puede evidenciar la presencia de pus, así como permitir la toma de muestras para estudio microbiológico a fin de realizar tratamiento dirigido.

De inicio el tratamiento es conservador mediante reposo intestinal, sonda descompresiva, fluidoterapia y uso de antimicrobianos, reservando la cirugía en caso de aparición de inestabilidad hemodinámica, isquemia transmural o peritonitis.

CP-176. GASTROPARESIA SECUNDARIA A ABLACIÓN DE VENAS PULMONARES

Martín Marcuartu P¹, Frutos Muñoz L², Rebertos Costela E², Rubio Mateos J², Martínez García R²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

Introducción

La función motora del tracto gastrointestinal engloba eventos complejos que requieren la coordinación del sistema nervioso simpático y parasimpático.

La gastroparesia es una alteración del vaciamiento gástrico sin que exista una obstrucción mecánica manifestada con náuseas, vómitos, sensación de plenitud precoz y/o dolor abdominal.

Hasta la mitad de los casos son de origen idiopático, siendo la diabetes la causa conocida más frecuente. Otra causa puede ser la postquirúrgica por daño del nervio vago. La crioablación de venas pulmonares en la fibrilación auricular puede lesionar el nervio vago afectando la innervación del antro y píloro dando lugar a una gastroparesia secundaria.

Caso clínico

Mujer de 69 años sin hábitos tóxicos. Hipertensa con fibrilación auricular. Hipertiroidismo por amiodarona. Cefalea crónica tensional, síndrome depresivo.

Derivada desde Atención Primaria por no mejoría de dolor abdominal asociado a distensión gástrica de una semana de evolución. Relaciona el inicio de la clínica con crioablación de venas pulmonares. No vómitos ni alteraciones del hábito intestinal.

Exploración física con buen estado general, bien hidratada y perfundida. Abdomen muy distendido y timpánico, pero depresible y sin signos de irritación peritoneal.



Radiografía abdominal simple, proyección anteroposterior. Dilatación y patrón en miga de pan en cavidad gástrica.

Figura 1



TC abdominopélvico, corte axial. Dilatación y patrón en miga de pan en cavidad gástrica.

Figura 2



TC abdominopélvico, corte coronal. Dilatación y patrón en miga de pan en cavidad gástrica

Figura 3



TC abdominopélvico, corte sagital. Dilatación y patrón en miga de pan en cavidad gástrica.

Figura 4

Analítica de sangre anodina. Radiografía simple abdominal con dilatación de cámara gástrica con contenido en patrón en miga de pan. TC abdominopélvico con estómago dilatado y abundante contenido. Gastroscoopia con estómago de retención con abundante contenido sólido. Se avanzó hasta píloro, franqueado sin dificultad y de aspecto normal. Colonoscopia normal. EnteroRM sin hallazgos.

Se colocó sonda nasogástrica y se pautaron procinéticos con buena respuesta, tolerando dieta al alta y con mejoría de la clínica abdominal. Se repitió gastroscoopia tras tratamiento médico que fue normal.

Las recomendaciones al alta fueron dieta baja en fibra, abundante ingesta de líquidos, tomas frecuentes en pequeña cantidad y procinéticos antes de las comidas.

Discusión

El manejo de la gastroparesia suele ser conservador con colocación de sonda nasogástrica para alivio sintomático y

usando procinéticos, así como medidas higienicodietéticas como ingestas fraccionadas y dieta baja en fibra. Otras opciones terapéuticas son la inyección de toxina botulínica, dilatación o miotomía pilórica. Como opciones quirúrgicas paliativas en los casos más refractarios se reservan la gastrectomía o gastroenteroanastomosis.

En este caso clínico es interesante la importancia de la anamnesis en donde la paciente claramente identifica la terapia cardiaca como desencadenante de la clínica.

CP-177. GRAN DIVERTÍCULO FARINGOESOFÁGICO POSTQUIRÚRGICO TRAS PERFORACIÓN ESOFÁGICA

García Martínez A, Mateos Millán D, Prieto García JL

UGC APARATO DIGESTIVO. ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA CAMPO DE GIBRALTAR, ALGECIRAS.

Introducción

Los divertículos esofágicos son evaginaciones de la mucosa a través de la capa muscular del esófago. Se dividen en función de la localización en faringoesofágicos, medioesofágicos y epifrénicos. En este caso se describirá la presentación atípica de un divertículo faringoesofágico en una paciente joven.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 42 años entre cuyos antecedentes destaca una perforación esofágica hace dos años tras desimpactación endoscópica de cuerpo extraño (prótesis dental), que consulta por disfagia a sólidos y líquidos de 6 meses de evolución. Se realizó endoscopia oral objetivándose inmediatamente tras sobrepasar boca de Killian un gran divertículo, así como la luz esofágica, la cual se intubó sin dificultad ninguna. Posteriormente se amplió estudio mediante radiología usando gastrografín (Figura 1) e identificándose el divertículo de unas dimensiones aproximadas de 45x55x70, el cual comprimía y estenosaba la luz esofágica cervical, quedándose parte del contraste retenida en el divertículo y otra parte contrastaba al resto del esófago. Una vez finalizado el estudio se programó cirugía abierta, dado el tamaño del divertículo, por parte de otorrinolaringología, tras explicar los riesgos y beneficios de la misma.

Discusión

Este tipo de divertículos son aquellos localizados proximalmente al esfínter esofágico superior, normalmente en la pared posterior hipofaríngea. Se relacionan habitualmente con una incoordinación entre la propulsión faríngea y la relajación cricofaríngea, siendo raro el origen postquirúrgico. Clínicamente pueden ser asintomáticos o causar disfagia y regurgitación, entre otros síntomas. Con respecto al diagnóstico éste se realiza mediante videodeglución con bario y a menudo se confirman con

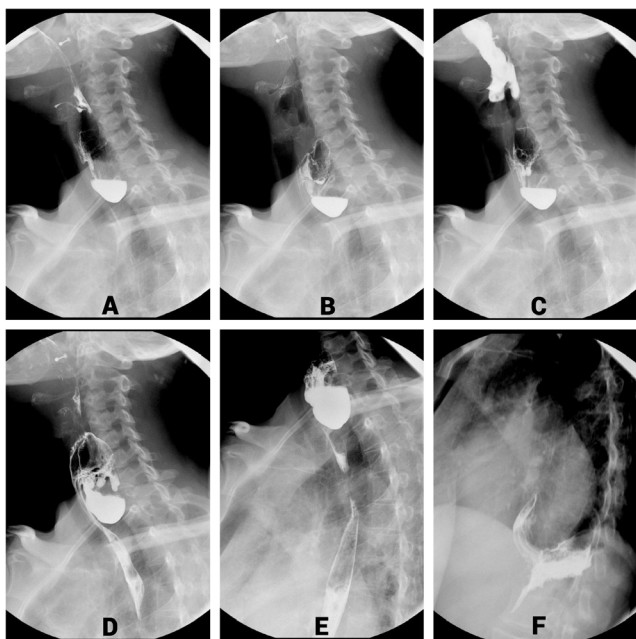


Figura 1

Imágenes obtenidas del tránsito baritado donde se objetiva como de forma progresiva se rellena con contraste en primera instancia el divertículo y en segundo lugar el resto del esófago hasta alcanzar el estómago.

endoscopia digestiva alta. El tratamiento de los divertículos faringoesofágicos se aplica en casos sintomáticos o mayores de 1 cm, pudiendo realizarse mediante cirugía abierta o endoscopia (rígida o flexible). La elección de un tratamiento u otro depende de determinadas circunstancias como son la capacidad de poder visualizar el divertículo endoscópicamente, la constitución física del paciente, localización y tamaño del divertículo, así como experiencia del endoscopista. En caso de exposición endoscópica compleja del divertículo o pacientes jóvenes sin comorbilidad se prefiere la cirugía abierta, dada la mayor duración de la resolución de los síntomas y la menor probabilidad de recurrencia. En el resto de los pacientes se opta por endoscopia rígida o flexible (disección endoscópica o técnica POEM (peroral endoscopic myotomy)), relegándose esta última a los pacientes con mayor riesgo quirúrgico o con condiciones anatómicas que dificulten la realización de una endoscopia rígida.

CP-178. GRAN FISTULA TRAQUEO-ESOFÁGICA TRAS RADIOTERAPIA POR TUMOR MEDIASTÍNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Naranjo Perez A, Del Pino Bellido P, Calderón Chamizo M, Quirós Rivero P, Ternero Fonseca J

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

La fistula traqueo-esofágica (FTE) es una entidad infrecuente, que supone la comunicación entre el esófago y el tracto traqueobronquial. Según el origen se puede diferenciar según tenga una causa congénita, en relación a un defecto en el desarrollo que suele estar asociado con la atresia esofágica, o adquirida, distinguiendo el origen tumoral – supone más del 50% de las adquiridas – y no tumoral.

Caso clínico

Varón de 48 años con antecedentes de TBC pulmonar y diagnóstico posterior de neuroblastoma mediastínico hace más de 20 años, para el que realizó tratamiento con QT/RT alcanzándose respuesta completa. Desde entonces dos ingresos previos en neumología por sobreinfección de bronquiectasias.

Acude por clínica de 1 mes de evolución de disfagia progresiva, que se acompaña de intensa tos, con mucosidad y sensación distérmica. En analítica discreta leucocitosis.

Se inicia antibioterapia empírica y se solicita Tc tórax y endoscopia oral. Se realiza Tc tórax (Figura 1) evidenciando una solución de continuidad en la parte posterior de la carina que comunica con el tercio medio esofágico, compatibles con fístula traqueobronquial adquirida. Hallazgos confirmados mediante endoscopia oral y fibrobroncoscopia (Figura 2 y 3).



Figura 1

Reabsorción de la adenopatía calcificada subcarinal presente previamente, observando en su lugar una solución de continuidad en la parte posterior de la carina que comunica ampliamente con el tercio medio esofágico. Los hallazgos son compatibles con fístula traqueobronquial adquirida.



Figura 2 y 3

Endoscopia oral digestiva en la que se evidencia a nivel de tercio medio esofágico un defecto excavado de la mucosa de aspecto ulcerado y friable, intuyéndose en su porción más proximal un orificio fistuloso compatible con fistula traqueo-esofágica.

Tras valoración multidisciplinar y optimización nutricional mediante yeyunostomía, es derivado a hospital de referencia donde se realiza esofagectomía media y esofagostoma cervical izquierdo, siendo alta con buena evolución posterior.

Discusión

Las FTE diagnosticadas en edad adulta son en su mayoría adquiridas. La incidencia es difícil de establecer debido a la escasa literatura, sin embargo, si se ha relacionado con una elevada morbimortalidad.

Se han descrito múltiples causas de FTE adquiridas no malignas, la mayoría de las cuales se deben a causas iatrogénicas o inflamatorias como intubaciones orotraqueales prolongadas; seguidas de infecciones, como en el caso de nuestro paciente, intervenciones quirúrgicas, radioterapia y afecciones infecciosas/inflamatorias.

Los síntomas más comunes de presentación son la tos con la ingesta de líquidos/sólidos, neumonía recurrente y disfagia progresiva. Debido a que es una presentación inespecífica, el diagnóstico se retrasa hasta los 12 meses, asociando marcada desnutrición, por lo que se requiere una alta sospecha clínica, así como la combinación de hallazgos radiológicos y endoscópicos.

El tratamiento requiere un abordaje multidisciplinar y dependerá de la causa primaria y su pronóstico. De forma alternativa a la opción quirúrgica, se puede plantear el tratamiento endoscópico, mediante la colocación de prótesis, sistemas de clips o la instilación de sustancias cohesivas; que conlleva una menor morbi-mortalidad.

CP-179. HALLAZGO DE LESIÓN NEOPLÁSICA GÁSTRICA DURANTE ECOGRAFÍA ABDOMINAL RUTINARIA

García García MD, Mouhtar El Hálabi S, Valladolid León JM, Caunedo Álvarez A

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

Introducción

Los tumores malignos de origen gástrico se encuentran representados por el adenocarcinoma (94%), seguido del linfoma (4%), el tumor estromal gastrointestinal (GIST) (1%) y otros tumores (1%). El gold estándar para su diagnóstico es la toma de biopsias por endoscopia digestiva alta (EDA). La ecografía abdominal es una técnica ampliamente disponible, reproducible, no invasiva y barata que puede ser útil en su diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 72 años en seguimiento por hepatitis autoinmune con signos ecográficos evolutivos. En ecografía abdominal de cribado se identificó a nivel de cuerpo gástrico en curvatura menor una lesión ocupante de espacio de 18x12mm hipoeecogénica, escasamente vascularizada y que deformaba la luz (Figuras 1 y 2). Junto a ella, inferior al lóbulo hepático izquierdo, una imagen hipoeecogénica redondeada con diámetro máximo de 13mm, sugestiva de adenopatía patológica (Figura 3). La paciente refería dispepsia y plenitud postprandial con pérdida de unos 4kg en los últimos tres meses. Ante los hallazgos ecográficos (Figura 4), se solicitó EDA diagnóstica objetivándose una gran ulceración de fondo necrótico y bordes nodulares y rojizos, acartonados y friables a la toma de biopsias, que englobaba toda la incisura angularis y cara superior de antro gástrico compatible con neoplasia de origen epitelial. El estudio anatomopatológico demostró un adenocarcinoma de tipo intestinal pobremente diferenciado. En TAC toracoabdominal la lesión tenía un diámetro máximo de 3.5cm y no se encontraron metástasis a distancia. Tras valoración por comité de tumores esofagogástricos se decidió quimioterapia neoadyuvante con 4 ciclos de FOLFOX y gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal en Y de Roux.

Discusión

La ecografía de calidad implica establecer una adecuada sistemática en la valoración de todos los órganos abdominales. Gracias a esto podremos realizar un diagnóstico precoz de lesiones que, al ser raramente visibles mediante ecografía, podrían pasar desapercibidas.

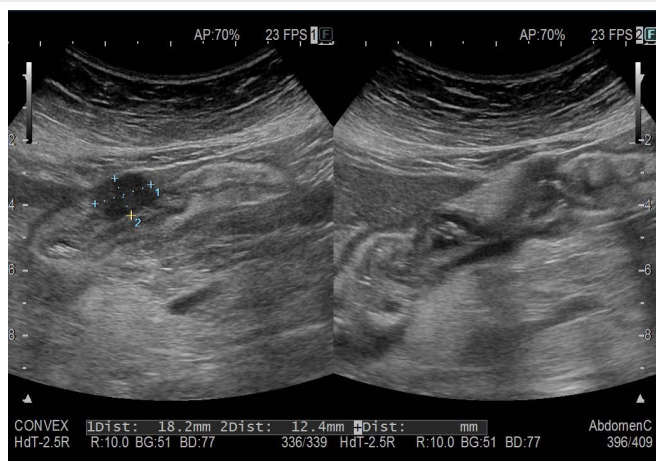


Figura 1

Imagen ecográfica en la que se visualiza una lesión ovalada hipoecogénica de 18×12mm en cuerpo gástrico.

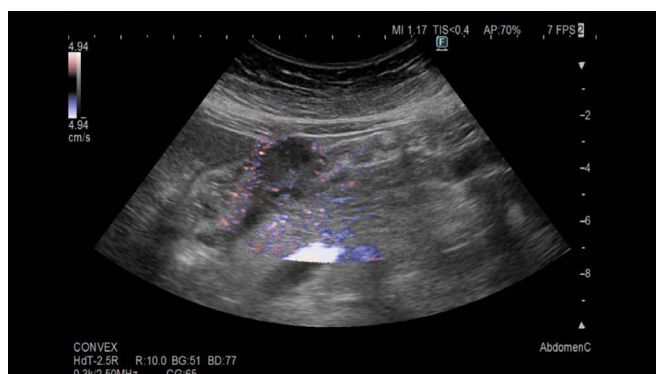


Figura 2

Ecografía Doppler modo Advanced Dynamic Flow (ADF) en la que la lesión se presenta poco vascularizada.

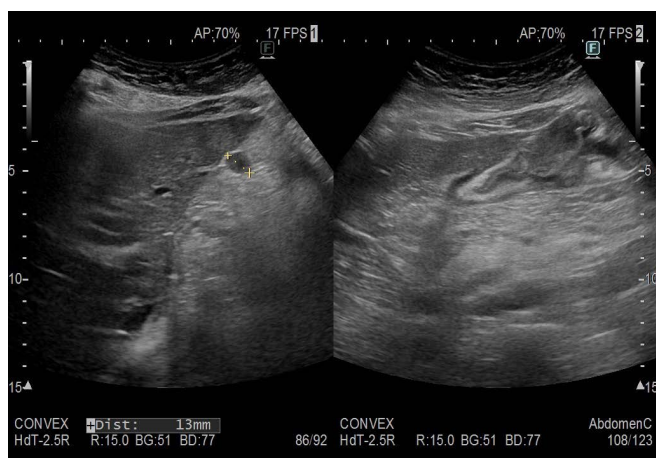


Figura 3

En la imagen de la izquierda se identifica una adenopatía patológica (de forma redondeada y diámetro de 13mm) próxima al lóbulo hepático izquierdo. A la derecha la luz gástrica se encuentra ocupada por la lesión.

CP-180. HEMANGIOMA CAVERNOMATOSO CERVICAL, UNA DISFAGIA INUSUAL

Pérez E, Sánchez Moreno S, Diéguez Castillo C

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

Introducción

Los hemangiomas cavernomatosos cervicales son tumores submucosos altamente infrecuentes en adultos, especialmente en esófago proximal. Aunque de naturaleza benigna, pueden ocasionar síntomas compresivos y hemorrágicos que comprometen en gran medida la calidad de vida del paciente. Lograr un diagnóstico correcto de esta entidad tan inusual resulta esencial para poder enfocar correctamente su tratamiento.

Caso clínico

Mujer de 54 años intervenida de carcinoma lobulillar mamario con radioterapia adyuvante sin recidiva posterior, sin otros antecedentes médicos. Es derivada a consultas por disfagia progresiva de meses de evolución, tanto a líquidos como a sólidos. Se realiza gastroscopia evidenciando pequeña tumoración redondeada y con mucosa de aspecto normal que condiciona una discreta protrusión hacia la luz esofágica, en la transición entre esófago proximal y medio. El tránsito esofagástrico describe defecto de repleción a ese nivel, la TC descarta afectación a distancia y la ecoendoscopia confirma la dependencia submucosa de la lesión, pensando inicialmente en un tumor del estroma gastrointestinal como primera sospecha diagnóstica. Sin embargo, las biopsias revelan posteriormente que la lesión es compatible con un hemangioma cavernoso. Se realiza exéresis de la lesión por toracoscopia, sin incidencias.

Discusión

Los hemangiomas son tumores benignos de origen vascular con alto índice proliferativo, más frecuentes en la edad pediátrica. Histológicamente distinguimos el cavernomatoso, hamartomatoso y malformación arteriovenosa. La localización esofágica es infrecuente, pudiendo condicionar síntomas obstructivos al protruir hacia la luz esofágica, comprimir la vía respiratoria (disfagia, sialorrea, disnea, cuadros broncoaspirativos, infecciones respiratorias), o pudiendo incluso provocar hemorragias digestivas.

Para su diagnóstico definitivo, la tomografía computarizada o la resonancia estudian el comportamiento vascular tras la administración de contraste, y la ecoendoscopia esclarece la dependencia submucosa de la lesión además de afinar el estudio locorregional. La gastroscopia puede resultar bastante aclaratoria en caso de poder observar el aspecto azulado de la lesión, no siempre tan evidente, pero que en

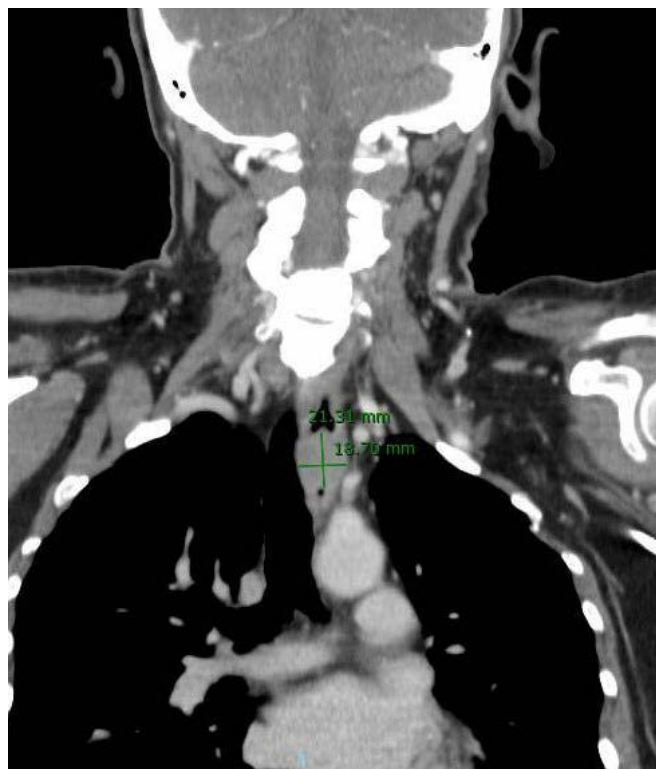


Figura 1

En esta imagen de TC, se observa lesión de aspecto redondeado de 21×13 mm en la pared esofágica.

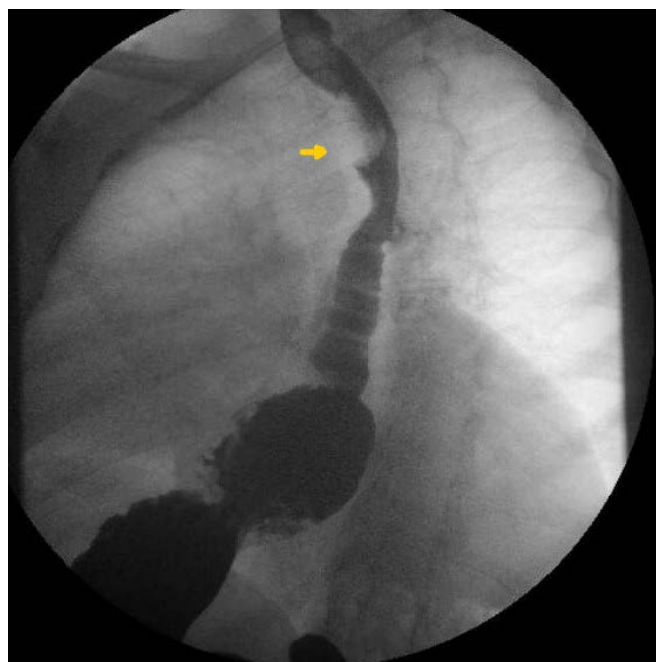


Figura 2

Tránsito esofagogástrico con bario. La flecha amarilla señala el defecto de repleción en cara anterior de la transición entre esófago proximal y medio, de superficie lisa, sugerente de tumoración submucosa.

caso de detectarlo debe hacer sospechar el diagnóstico y evitar la biopsia (no recomendada por el riesgo de sangrado).

En aquellas lesiones que no involucionan, puede optarse desde actitud expectante hasta la exéresis quirúrgica (enucleación, cada vez con abordajes menos invasivos), con muy buenos resultados, ya que la mayoría están bien delimitados y no tienden a la regresión.

Con este caso, queremos resaltar la necesidad de incluir los hemangiomas cavernomatosos en el amplio abanico de diagnósticos diferenciales de las lesiones esofágicas submucosas, entidades normalmente olvidadas dada su extrema rareza, con el fin de enfocar su abordaje de la mejor forma posible.

CP-181. HEMATEMESIS DE ORIGEN ATÍPICO EN PACIENTE CIRRÓTICO Y CONTEXTO DE SEPSIS.

Lecuona Muñoz M, García Aragón F, Fernández García R, Redondo Cerezo E, Díaz Alcázar MDM

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

Introducción

Aunque las principales causas de hemorragia digestiva alta (HDA) clínicamente significativa en los pacientes cirróticos son la úlcera péptica y el sangrado por hipertensión portal, existen otras causas de hematemesis más infrecuentes, que aparecen especialmente en caso de trombopenia y coagulopatía severas.

Caso clínico

Varón de 54 años con cirrosis hepática enólica Child C que ingresa por sepsis con aislamiento de *Staphylococcus aureus* en hemocultivos. Durante la hospitalización presenta episodio de hematemesis con inestabilidad hemodinámica asociada, objetivándose tensión arterial sistólica de 60 mmHg. Analíticamente destacan hemoglobina de 7 g/dl (a su llegada 12 g/dl), INR de 3.5 y plaquetas citrato 14.000/mCL (previamente 60.000/mCL).

Se optimiza al paciente desde el punto de vista hematológico y hemodinámico, y se realiza gastroscopia urgente. En esta exploración se visualizan en esófago medio y distal múltiples úlceras profundas y excavadas que ocupan toda la circunferencia y presentan sangrado en sábana (Figuras 1 y 2). Se explora hasta segunda porción duodenal sin identificar restos hemáticos ni otras lesiones potencialmente sangrantes. No fue posible realizar tratamiento endoscópico eficaz por la extensión de las lesiones esofágicas y la coagulopatía.

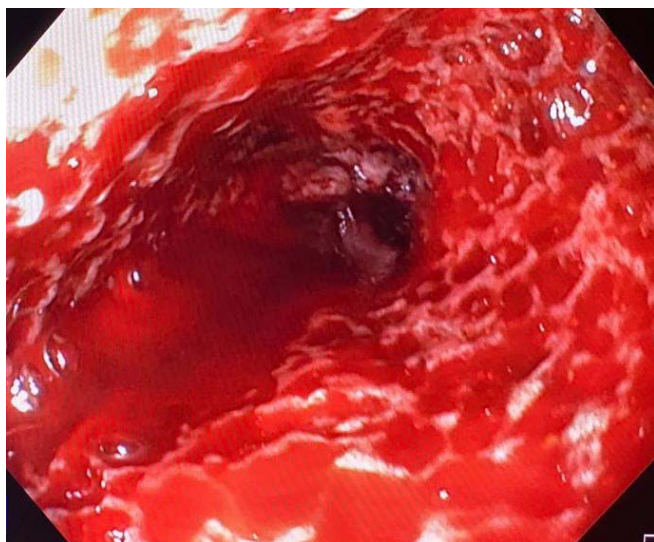


Figura 1

Desde esófago medio se visualizan múltiples úlceras que ocupan toda la circunferencia, generando un sangrado en sábana.

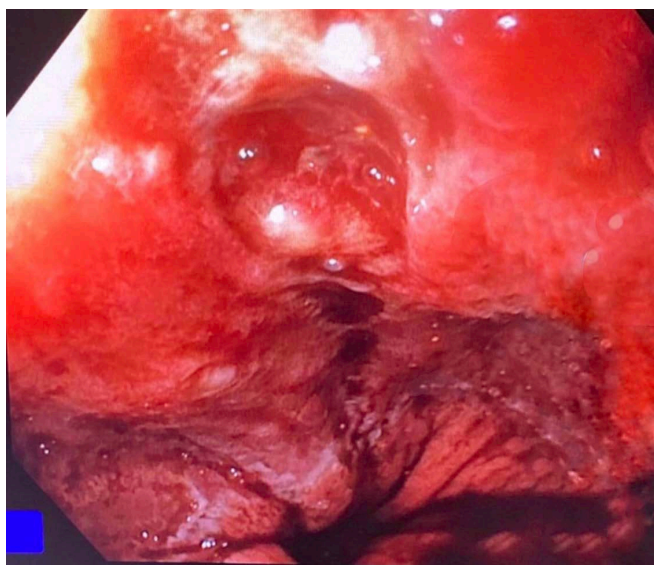


Figura 2

Úlceras en sacabocados de gran tamaño que ocupan la práctica totalidad del esófago.

Discusión

La sepsis de cualquier origen produce en ocasiones coagulopatía y trombopenia, condiciones ya presentes en la enfermedad hepática avanzada y que se agravan en este contexto generando una hemorragia digestiva masiva tal y como se reporta en el presente caso clínico. En nuestro paciente, se realizó PCR de citomegalovirus en las biopsias de las úlceras esofágicas objetivadas en la gastroscopia con resultado positivo, sin embargo, no fue posible iniciar tratamiento específico por producirse su fallecimiento transcurridas 24 horas desde la realización del procedimiento.

CP-182. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA DE ORIGEN NO VARICOSO EN PACIENTES CON Y SIN CIRROSIS COMPENSADA Y DESCOMPENSADA.

Lecuona Muñoz M, Tendero Peinado C, Lancho Muñoz A, Redondo Cerezo E, Jiménez Rosales R

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

Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA), tanto varicosa (HV) como no varicosa (HNV), es una causa frecuente de hospitalización y reingreso en pacientes cirróticos. Aunque la literatura suele centrarse en la HV debido a su mayor morbi-mortalidad, algunos estudios han demostrado escasas diferencias en la evolución entre HV y HNV en pacientes cirróticos, siendo además los resultados en ocasiones contradictorios.

El objetivo de este estudio es comparar el pronóstico entre HV y HNV en pacientes cirróticos, así como el pronóstico de la HNV en pacientes con y sin cirrosis (compensada y descompensada). También buscamos identificar predictores de mortalidad en pacientes con HNV.

Material y métodos

Realizamos un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes con HDA atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves en 2013-2020. Definimos HV como aquella procedente de varices esofágicas o gástricas y HNV como la asociada a cualquier otra etiología. Clasificamos a los pacientes con Child-Pugh A y B como cirrosis compensada y aquellos con clase C como descompensada. El resultado primario fue la mortalidad hospitalaria y a los seis meses. Los resultados secundarios incluyeron necesidad de intervención, duración del ingreso y resangrado intrahospitalario y a los seis meses. Realizamos el análisis estadístico con SPSS.

Resultados

De 1345 pacientes con HDA, 319 tenían cirrosis: 190 con HV (59.6%) y 129 con HNV (40.4%). Al comparar los pacientes cirróticos con HV y HNV, no encontramos diferencias en los resultados de interés, excepto para la necesidad de terapia endoscópica (74.2% vs. 41.4%, $p < 0.001$).

De los 1139 pacientes con HNV, 1011 no tenían cirrosis (88.8%) y 129 tenían cirrosis (11.2%): 81 compensados y 21 descompensados (26 sin información). La tabla resume los resultados en pacientes con HNV sin y con cirrosis compensada y descompensada.

Los factores de riesgo independientes para la mortalidad hospitalaria identificados fueron edad (OR 1.08, IC95% 1.01-

1.61, $p=0.049$), descompensación de enfermedad crónica (OR 11.33, IC95% 2.26-56.71, $p=0.003$) y puntuación Child-Pugh (OR 1.88, IC95% 1.18-2.99, $p=0.008$).

	Sin cirrosis	Cirrosis compensada	Cirrosis descompensada	p
Resangrado	9%	7.4%	23.8%	0.047 (para descompensada)
TP concentrados hemáticos	2.6	2.88	5.33	0.034 (para descompensada)
Tratamiento endoscópico	39.1%	37.5%	52.4%	n.s. (0.443)
Cirugía	4.8%	1.2%	0%	n.s. (0.203)
Radiología intervencionista	1.1%	1.2%	0%	n.s. (0.863)
Días de estancia hospitalaria	8.50	8.55	12.33	0.022 (para descompensada)
Mortalidad intrahospitalaria	7.2%	13%	45%	<0.001 (para descompensada)
HDA difusa 6 meses	6.1%	10.8%	11.1%	n.s. (0.210)
Mortalidad difusa 6 meses	8.8%	18.5%	14.3%	0.013 (para descompensada)

Tabla 1

Resultados principales en pacientes con HNV sin y con cirrosis compensada y descompensada.

Conclusiones

Los pacientes con cirrosis compensada tienen una evolución similar a aquellos sin cirrosis, siendo la presencia de cirrosis descompensada el factor determinante de una peor evolución, incluyendo mayor resangrado, necesidad de concentrados de hemáties, días de estancia hospitalaria y mortalidad aguda. El análisis multivariante confirma que la puntuación de Child-Pugh es un factor de riesgo independiente para la mortalidad. Nuestro estudio resalta que la función hepática, más que el tipo de sangrado o la presencia de cirrosis, determina la evolución en estos pacientes.

CP-183. MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ANDALUCÍA EN PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA: DATOS DEL REGISTRO EUROPEO (HP-EUREG) EN PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO.

Sánchez Arenas R¹, González Parra AC¹, Gómez Rodríguez BJ¹, Pérez Aisa A², Pabón Carrasco M³, Castro Fernández M³, Perona M⁴, Keco Huerga A³, Hernández Villalba L⁵, Cano Catalá A⁶, Parra Pineda P⁷, Moreira L⁶, Nyssen O⁷, P. Gisbert J⁷

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL QUIRÓN DE MARBELLA (ANTIGUO USP HOSPITAL DE MARBELLA), MARBELLA. ⁵UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL SANTOS REYES, ARANDA DE DUERO. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICA I PROVINCIAL DE BARCELONA, BARCELONA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID.

Introducción

Evaluar el tratamiento de primera línea frente a *Helicobacter pylori* (HP) en pacientes alérgicos a penicilina en Andalucía.

Material y métodos

Hp-EuReg es un registro multicéntrico europeo (32 países), sistemático y prospectivo de práctica clínica en el manejo de la infección por HP, mediante cuaderno de recogida de datos electrónico en la plataforma AEG-REDCap. Se realizó análisis intermedio en los hospitales andaluces.

Se estudiaron las siguientes variables: demográficas, indicación de la erradicación, terapias erradicadoras, efectividad de los tratamientos por intención de tratar modificada (mITT), seguridad y cumplimiento. Se realizó un análisis descriptivo utilizando distribución de frecuencias.

Resultados

Desde 2013 hasta 2022 se han incluido 6368 pacientes, con edad superior a 18 años, presentando 216 (3.4%) alergia a penicilina. El 70% eran mujeres ($n=153$) y el 99,5% ($n=215$) de origen caucásico.

La indicación más frecuente de tratamiento fue la dispepsia con endoscopia normal en el 45% de los pacientes, seguida por la dispepsia no investigada en el 28% y la patología ulcerosa en el 12% de los casos.

Las terapias erradicadoras más utilizadas se relacionan en la **tabla 1**.

Entre los regímenes prescritos, el más frecuente fue la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (57,2%) (sobre todo en los últimos años) que mostró la mayor efectividad global (92,5%) (**tabla 2**). Además, se muestra cómo la efectividad global anual se incrementa desde su comercialización en 2016 (**tabla 3**).

TERAPIAS ERRADICADORAS	FRECUENCIA (n)	PORCENTAJE TOTAL
Cuádruple con bismuto en cápsula única	126	57,2%
Triple C+M	42	19,2%
Triple C+L	22	10%
Cuádruple M+D+B	9	4,1%
Triple M+L	6	2,7%
Cuádruple C+M+L	3	1,4%
Cuádruple C+L+B	3	1,4%
Cuádruple M+T+B	2	0,9%
Cuádruple M+L+B	1	0,5%
Cuádruple C+M+B	1	0,5%

C: claritromicina, M: metronidazol, L: levofloxacino, D: doxiciclina, Tc: tetraciclina, B: bismuto.

Tabla 1
Terapias erradicadoras en alérgicos a penicilina.

REGIMENES TERAPÉUTICOS	Prescripción (%)	Efectividad por mITT (%)
Cuádruple con bismuto en cápsula única	57,2%	92,5%
Tríples terapias	32,9%	69,5%
Cuádruples terapias	9,6%	68,75%

mITT: intención de tratar modificada

Tabla 2
Porcentajes de prescripción y de efectividad de las terapias erradicadoras.

La duración más frecuente de las terapias en general fue de 10 días. El IBP más utilizado fue omeprazol a dosis estándar (20mg/12h), registrándose unas tasas de cumplimiento terapéutico del 97,2%.

Se reportaron efectos adversos en el 10% (n=22), siendo el más frecuente las náuseas hasta en el 40% de estos pacientes (tabla 4). La mayoría fueron considerados síntomas leves a moderados (84,5%).

REGIMENES PRESCRITOS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
TRIPLES TERAPIAS (n)	12	21	21	12	2	1	0	0	1	0
CUADRUPLAS TERAPIAS (n)	4	5	8	1	0	0	1	1	0	0
CUADRUPLAS CON BISMUTO CAPSULA EN UNO	0	0	0	27	29	16	14	20	15	5

Tabla 3
Frecuencias absolutas y porcentaje de éxito global anual por mITT del tratamiento.

EFFECTOS ADVERSOS	n (22)	% del total
Náuseas	8	36%
Disgeusia	6	27%
Dispepsia	5	23%
Diarrea	3	13%

Tabla 4
Efectos adversos más frecuentemente registrados con las terapias erradicadoras.

Conclusiones

La efectividad de los tratamientos erradicadores en pacientes alérgicos a la penicilina ha ido en aumento en los últimos años, tras la introducción de la cuádruple terapia con bismuto en cápsula única, siendo la mejor opción en primera línea de tratamiento, con una efectividad superior al 90%.

CP-184. MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL. ¿ES UNA TÉCNICA SEGURA Y EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA?

Saldaña García L, Hernández Pérez AM, Méndez Sánchez IM, Sánchez Yagüe A, López Vega MDC, Fernández Moreno N, Rivas Ruiz F, Pérez Aisa A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

Describir las características clínicas de los pacientes con acalasia sometidos a miotomía endoscópica peroral (POEM). Características técnicas, complicaciones y resultados a corto plazo.

Material y métodos

Se evaluaron los pacientes con acalasia atendidos en consultas de Digestivo, sometidos a POEM en nuestro centro en el periodo de agosto de 2018 a junio de 2023. Se analizaron las características clínicas de los pacientes, de la técnica empleada y sus resultados a corto plazo. Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico.

Sexo	n (%)
Mujer	8 (37,5%)
Hombre	10 (62,5%)
Edad (años)	
Mediana (IQR)	45 (23)
Sintomatología	
Disfagia	14 (87,5%)
Pérdida ponderal	8 (50%)
Regurgitación	10 (62,5%)
Escala Eckardt	
Mediana (IQR)	0(4)
Tratamiento previo	
Dilatación	2 (12,5%)
Miotomía	4 (25%)
Toxina	1 (6,3%)

Tabla 1
Características epidemiológicas de los pacientes con acalasia sometidos a POEM.

Resultados

Se evaluaron 16 pacientes con acalasia de los cuales el 62,5 % (10/16) eran hombres, con una mediana de edad de 45 años (IQR 23). Los síntomas fueron disfagia 87,5% (14/16), pérdida ponderal 50 % (8/16) y regurgitación 62,5 % (10/16). Se realizó manometría de alta resolución (MAR) con diagnóstico de acalasia tipo I en el 31,3% (5/16), tipo II en 56,3% (9/16) y tipo III en 12,5% (2/16). En la gastroscopia el 50% (8/16) presentó estenosis franqueable y el 18,8, % (3/16) divertículo distal. El tránsito esófagoduodenal presentó imagen de pico de loro en el 75% (12/16) y el 56,3% (9/16) dilatación esofágica. El 12,5% (2/16) se había sometido previamente a dilatación, el 25% (4/16) a miotomía y el 6,3% (1/16) a inyección de toxina botulínica.

EOA	
Estenosis	8 (50%)
Franqueable	8 (50%)
No franqueable	0
Divertículos	3 (18,8%)
Gran tamaño	1 (6,3%)
Localización distal	3 (18,8%)
EGD	
Anormal	12 (75%)
Pico de Loro	12 (75%)
Dilatación esofágica	9 (56,3%)
MAR	
Tipo de Acalasia	
I	5 (31,3%)
II	9 (56,3%)
III	2 (12,5%)

Pruebas complementarias realizadas.

Tabla 2

Centro de Referencia	
Hospital Universitario Costa del Sol	7 (43,8%)
Centro médico privado	2 (12,5%)
Otros centros públicos	7 (43,8%)
Evolución inmediata	
Tiempo de ingreso (días)	
Mediana (IQR)	3 (1)
Clinica	4 (25%)
Dolor	4 (25%)
Disfagia	0
Regurgitación	1 (6,3%)
Complicaciones	2 (12,5%)
Sangrado diferido	2 (12,5%)
Preciso ingreso	2 (12,5%)

Evolución inmediata de los pacientes sometidos a POEM.

Tabla 3

Se realizó POEM en 16 pacientes. La técnica duró una mediana de 98 minutos (IQR 43), con una mediana de 3 días de ingreso. No hubo perforación de la muscular, distensión abdominal, necesidad de descompresión abdominal o de cirugía urgente en ningún caso. El 12,5% presentó sangrado intraprocedimiento significativo 2/16, resuelto con pinza de coagulación, los mismos presentaron sangrado diferido con necesidad de reingreso. No hubo fallecimientos.

Se evaluaron a los 30 días 15 pacientes. Se había recuperado totalmente el 80% (12/15) y persistía la disfagia en el 20% (3/15), con reflujo gastroesofágico en 33,3% (5/15). Se realizó MAR a los 3 meses a 8 pacientes, persistiendo el patrón manométrico de acalasia en 3 de ellos 37,5% (3/8).

Duración técnica (min)	
Mediana (IQR)	98 (43,3)
Localización del cardias (cm)	
Mediana (IQR)	42 (2,5)
Bisturí utilizado	
TT Knife	14 (87,5%)
Dual Knife	1 (6,3%)
Hybrid Knife	1 (6,3%)
Altura apertura ojal (cm)	
Mediana (IQR)	32 (1)
Longitud de tunelización (cm)	
Mediana (IQR)	12 (3,25)
Longitud de miotomía esofágica (cm)	
Mediana (IQR)	7 (2)
Longitud de miotomía gástrica (cm)	
Mediana (IQR)	2 (1)
Incidencia por incisión de la mucosa	
Solución de la incisión	3 (18,8%)
Pinza de coagulación	3 (18,8%)
Complicaciones	
Sangrado intraprocedimiento significativo	2 (12,5%)
Perforación de la muscular	0
Distensión abdominal	0
Necesidad de descompresión	0
Método de cierre	
Clipeo	16 (100%)
Número de clipeos (mediana (IQR))	5 (2,3)
Endoleop	1 (6,3%)
Dolor significativo intraprocedimiento	0
Necesidad de intervención quirúrgica urgente	0

Datos técnicos POEM.

Tabla 4

Revisión 30 días	n=15
Recuperación total	12 (80%)
Persistencia disfagia	3 (20%)
Reflujo gastroesofágico	5 (33,3%)
Necesidad de IBP	4 (26,7%)
Ganancia Ponderal	7 (46,7%)
Escala Eckardt	
Mediana (IQR)	0 (1)
MAR 3 meses	
n=8	
Persistencia Acalasia	3 (37,5%)
Tipo I	1 (11,1%)
Tipo II	2 (25%)

Revisión clínica a los 30 días de la técnica.

Tabla 5

Conclusiones

En los pacientes evaluados el método POEM fue un tratamiento con buenos resultados para la acalasia. Presentó complicaciones el 25%, requiriendo ingreso el 12,5 %, sin fallecimiento y con recuperación total en el 80% de los pacientes reevaluados. Se necesitan más estudios a largo plazo para establecer el papel de esta técnica en el tratamiento de la acalasia.

CP-185. OBSTRUCCIÓN AL FLUJO DE SALIDA DE LA UEG Y ESÓFAGO HIPERCONTRÁCTIL COMO CAUSA INFRECIENTE DE DISFAGIA EN EL ADULTO.

Hernani Alvarez JA, Campos Gonzaga L, Leon Sanjuan G, Benavente Oyega A

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

Introducción

El esófago hipercontráctil (EH) es un trastorno poco común de la dismotilidad esofágica con presentación clínica y curso natural variable que generalmente conduce a un desafío en su diagnóstico y tratamiento. La manometría de alta resolución (MAR) es la prueba gold estándar. Según la reciente clasificación de Chicago4 se considera un trastorno de peristalsis sin OFUEG, aunque en la actualidad se debate la coexistencia de ambos hallazgos manométricos.

Caso clínico

Presentamos una mujer de 58 años con sintomatología de disfagia sin datos de organicidad y dolor torácico no cardiogénico, con estudio endoscópico sin hallazgos relevantes. Dada la refractariedad al tratamiento médico inicial con IBP y procinéticos, y ante síntomas esofágicos no explicados, se amplió estudio con MAR con resultado de más de un 20% de ondas con contractibilidad distal integrada (DCI) por encima de 8.000 mmHg/cm/seg y contracciones prolongadas repetidas siendo la onda de mayor contracción de 28.673 DCI, hallazgos sugerentes de EH. No obstante, se halló una OFUEG definido como un valor de IRP>15 mmHg. Se planteó inicialmente terapia farmacológica con antagonistas del calcio (Diltiazem).

Discusión

La disfagia es un síntoma común que requiere de una anamnesis dirigida en busca de síntomas de alarma que obliguen a descartar una enfermedad orgánica mediante un estudio endoscópico o pruebas radiológicas, y una vez descartada se debe plantear un origen funcional.

El EH tiene una prevalencia entre un 1,5-3% de los trastornos de motilidad esofágica hallados en la MAR. Predomina en mujeres, de mediana edad (60), siendo el síntoma

predominante la disfagia (72%) seguido de pirois (42%) y dolor torácico (36%). Presentar una clínica compatible es primordial en la sospecha inicial. Tal es su importancia que Chicago4 hace hincapié en la necesidad de presentar una sintomatología compatible junto a una manometría sugerente para realizar un diagnóstico concluyente.

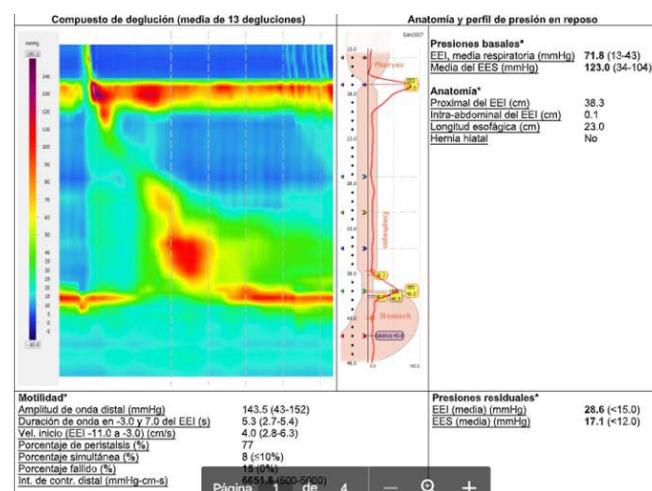


Figura 1

Evidenciamos una DCI media de 6651.8 mmHg/cm/seg con más de un 20% de ondas con DCI por encima de 8000 mmHg, siendo la onda de mayor amplitud de 28.673 durante el registro, además de una presión residual del esfínter inferior por encima del límite superior de la normalidad (15 mmHg).

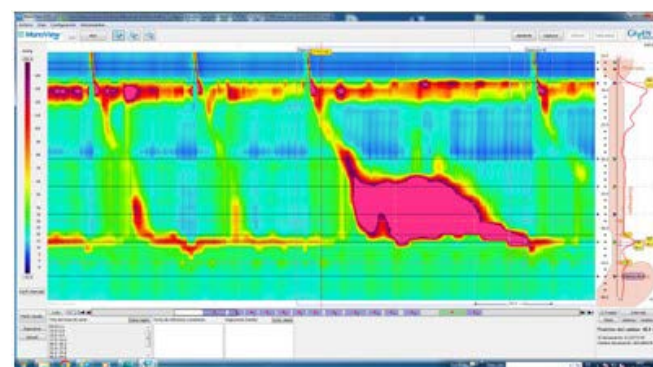


Figura 2

Onda de deglución de mayor amplitud de contracción distal con una DCI de 28.673 durante el registro, con una morfología de onda de "Esófago en martillo" (Jackhammer).

Un estudio observacional retrospectivo dirigido por Marianne Clement et al incluyó a 1099 pacientes con MAR, identificándose un subgrupo de pacientes con OFUEG (IRP>15) que cumplía criterios manométricos de EH (>20% de ondas con DCI>8.000). Ello sugiere un posible papel de la obstrucción de la UEG en la patogénesis del EH, como "ondas de lucha" del cuerpo esofágico para superar una obstrucción a nivel del EEI.

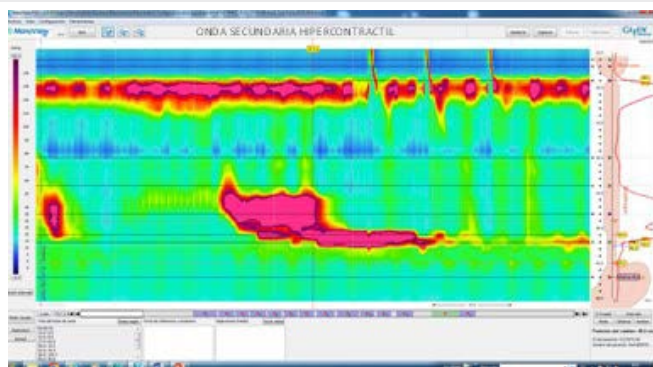


Figura 3

De nuevo una onda hipercontráctil con un DCI por encima de 8.000 mmHg/cm/seg. Durante el registro se evidenció un 20% de ondas hipercontráctiles de semejante morfología y registro manométrico.

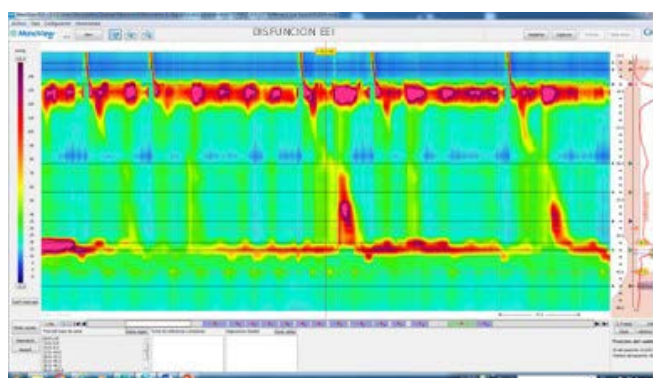


Figura 4

Se representa un índice de relajación del esfínter esofágico inferior por encima de 15 mmHg, y una disfunción del EEL.

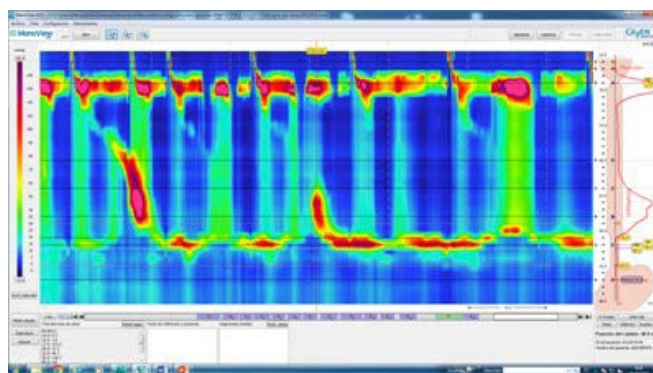


Figura 5

Test de deglución rápida con volumen de 100 ml de agua. No se identifican ondas satisfactorias sino ondas terciarias patológicas.

En cuanto a tratamiento, se puede optar por relajantes del músculo liso e IBP, que mejoran el dolor torácico y la pirosis. Si se demuestra OFUEG, la inyección de toxina botulínica y la miotomía (POEM) son alternativas eficaces en caso de disfagia.

CP-186. OBSTRUCCIÓN DUODENAL CRÓNICA Y SÍNDROME DE WILKIE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Saldaña García L, Hernández Pérez AM, Ljubic Bambill I, Castillo Toledo M, Fernández Perez F, Pérez Aisa A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

El síndrome de la pinza aortomesentérica (Síndrome de Wilkie) es una causa de obstrucción intestinal poco frecuente de etiología multicausal. Cursa con obstrucción de la tercera porción duodenal por acortamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta, con una disminución del ángulo aortomesentérico menor de 25°. Se presenta el caso de una paciente con vómitos secundarios a compresión duodenal por pinzamiento aortomesentérico.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 21 años, fumadora, con antecedentes de trombofilia hereditaria. Estudiada en las consultas de Aparato Digestivo por cuadro de meses de evolución de vómitos postprandiales precoces con limitación de la ingesta y dolor abdominal en epigastrio, asociado a pérdida de 10 kg de peso. Estudio analítico normal. Se realiza endoscopia digestiva alta e ileocolonoscopia con toma de biopsias sin hallazgos. En ecografía abdominal se aprecia un espacio aortomesentérico de 3 mm y un ángulo cerrado (10°) entre aorta y arteria mesentérica superior. Se realiza TC con contraste oral y endovenoso donde se aprecia disminución del ángulo aortomesentérico. Se solicita tránsito esofagogastroduodenal que confirma el diagnóstico de pinza aortomesentérica, con compresión de la tercera porción duodenal. La paciente ingresa en 2 ocasiones para soporte nutricional con nutrición parenteral total. Ante la persistencia de la clínica, se interviene en otro centro 11 meses después mediante resección intestinal y duodenoyeyunostomía, con resolución del cuadro emético hasta la fecha.

Discusión

El fenómeno de pinza arotomesentérica puede presentarse como una obstrucción intestinal (Síndrome de Wilkie). Es más frecuente en mujeres y en adolescentes y jóvenes. La incidencia es baja, pero se considera un cuadro infradiagnosticado por lo inespecífico de los síntomas, por lo que es necesaria una alta sospecha clínica. El factor de riesgo más comúnmente asociado es la pérdida brusca de peso. El tratamiento consiste inicialmente en medidas higienicodietéticas y soporte nutricional y ante su fracaso está indicada la intervención quirúrgica. En el caso que se presenta no logró resolverse el cuadro con medidas conservadoras por lo que requirió intervención quirúrgica.



Figura 1

TC con contraste IV de abdomen donde se aprecia disminución del ángulo aortomesentérico con compresión duodenal.

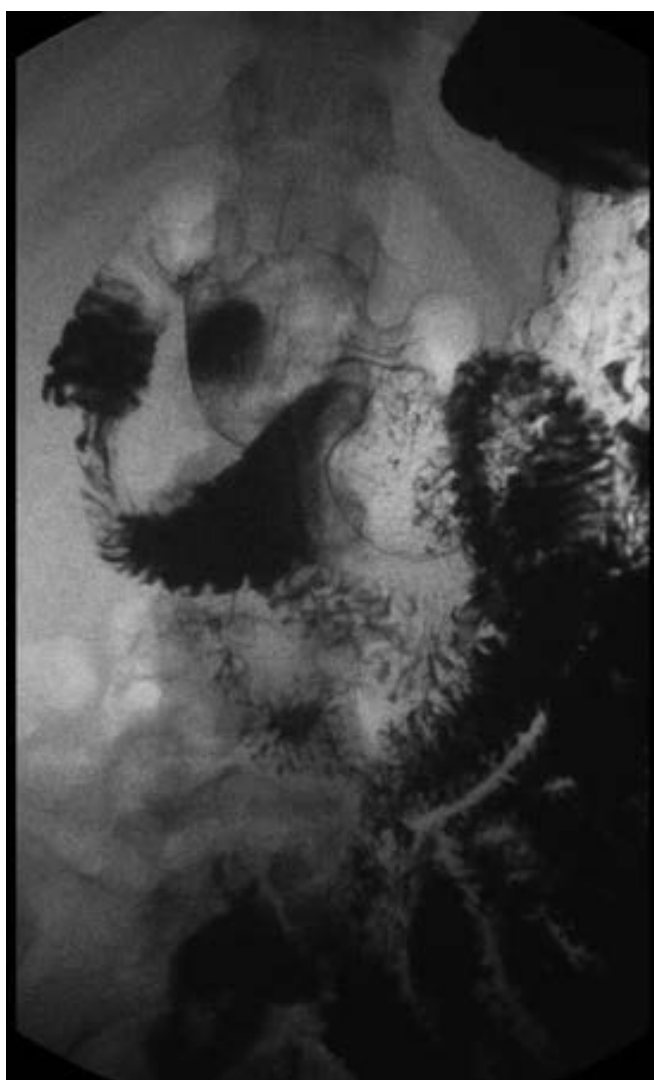


Figura 2

Imagen de tránsito esófagoduodenal donde se aprecia obstrucción de la tercera porción duodenal secundaria a pinza aortomesentérica.

CP-187. PERFORACIÓN ESOFÁGICA COMO MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE UNA ESOFAGITIS POR VIRUS HERPES EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Torres Domínguez A, Naranjo Pérez A, Ternero Fonseca J, Pallarés Manrique H, Bejarano García A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

La esofagitis por virus herpes simples (VHS) se ha descrito en el huésped inmunocompetente representando una infección primaria o una reactivación del virus latente en nervios laríngeo, cervical superior y vago. Según han postulado numerosos autores, una mucosa esofágica anómala puede predisponer a la perforación esofágica.

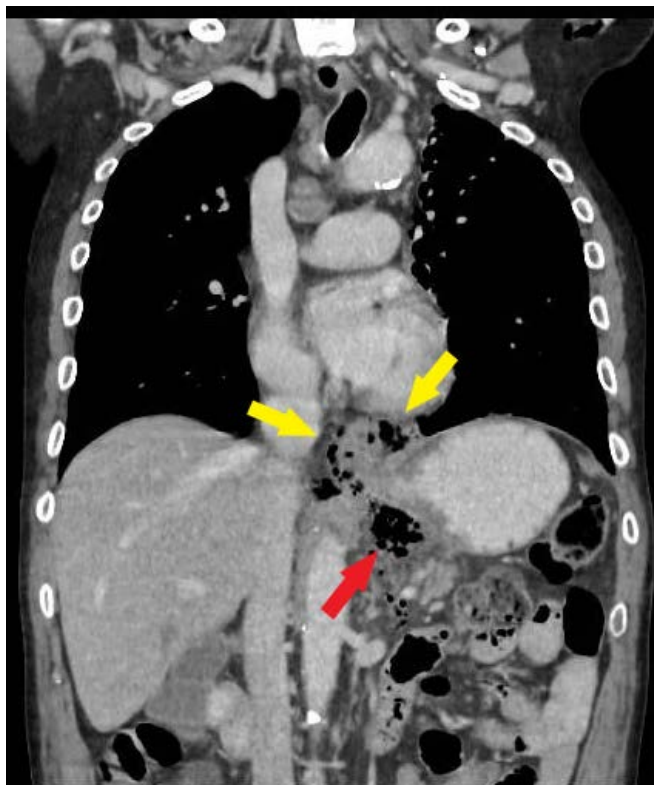
Caso clínico

Varón de 63 años, con antecedente de tuberculosis pulmonar tratada hace cuatro años, exfumador, consumidor abusivo de alcohol y en situación de calle, que acudió al Servicio de Urgencias por hematemesis de 24 horas de evolución sin otra sintomatología ni inestabilidad hemodinámica acompañante.

En la analítica de sangre destacaba leucocitosis ($18.10 \times 10^3/\mu\text{L}$), hemoglobina 12.6g/dL, urea 72mg/dL, creatinina 1.12mg/dL y PCR 12mg/L, y se descartó infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Se realizó una endoscopia digestiva alta urgente identificándose en esófago distal una úlcera excavada de 3 cm de profundidad con abundante contenido necrótico en su interior sugestivo de origen maligno, tomándose biopsias de los bordes que estaban ligeramente sobre elevados (Figura 1). No se objetivaron otras lesiones colindantes. Ante la sospecha de perforación esofágica, se solicitó una tomografía computarizada (TC) torácica que mostró neumomediastino posterior y gas en saco menor y espacio parrarenal anterior izquierdo (Figura 2).

Ante la excelente situación clínica y estabilidad del paciente, se decidió manejo conservador iniciándose antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico y nutrición parenteral total. Dado que las biopsias esofágicas mostraron únicamente contenido necrótico, se realizó una segunda gastroscopia, apreciándose además otra úlcera de menor tamaño en esófago proximal. Ambas se biopsiaron para estudio histológico y microbiológico. Finalmente, la PCR para virus herpes simple-1 fue positiva en la úlcera distal, y la úlcera proximal fue compatible con carcinoma escamoso infiltrante. Se inició tratamiento con aciclovir y evolucionado favorablemente, resolviéndose completamente el neumomediastino (Figura 3). El paciente fue derivado a Cuidados Paliativos tras evidenciarse enfermedad



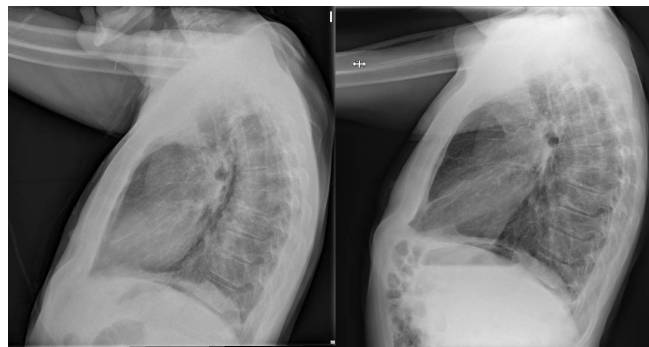
Corte axial del TC torácico en el que se observa neumomediastino (flecha amarilla) y gas en saco menor (flecha roja).

Figura 1



Imagen endoscópica de la úlcera de esófago distal (flecha), con excavación profunda, contenido necrótico y bordes ligeramente sobreelevados.

Figura 2



Proyección lateral de radiografías de tórax, donde se aprecia el neumomediastino posterior (flecha imagen izquierda) y su resolución (imagen derecha).

Figura 3

metastásica y rechazar tratamiento oncológico paliativo.

Discusión

La presentación clínica de una perforación esofágica es frecuentemente catastrófica con alta mortalidad asociada, pudiendo darse en el contexto de cambios agudos de la presión esofágica o enfermedades predisponentes como esofagitis por reflujo o eosinofílica entre otras. A diferencia de nuestro caso, típicamente en la esofagitis por virus herpes se identifican vesículas milimétricas cuyos centros de desprenden dejando ver úlceras circunscritas y delimitadas. Aunque estas formas de manifestación y en pacientes inmunocompetentes no son frecuentes, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial y solicitar de forma precoz estudios complementarios microbiológicos.

CP-188. PREDICCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA VARICOSA: ANÁLISIS DE SCORES DE HEMORRAGIA FRENTE A SCORES DE FUNCIÓN HEPÁTICA

García Aragon F, Fernández García R, Tendero Peinado C, Redondo Cerezo E, Jiménez Rosales R

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

Introducción

En la evaluación de pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA), existen diversas escalas pronósticas, siendo los pre-endoscópicos ABC y MAP(ASH) los más efectivos, incluyendo casos de HDA por varices (HV) en sus cohortes de validación.

Tenemos scores pronósticos de la cirrosis hepática, como Child-Pugh (CP), MELD y recientemente ALBI, que han demostrado utilidad en la predicción de eventos adversos en pacientes con HV. Pese a que un meta-análisis reciente sugiere que MELD y CP son mejores predictores de mortalidad en HV que los scores tradicionales, no se dispone de estudios comparativos con MAP(ASH) y ABC.

Material y métodos

Llevamos a cabo un análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes con HDA atendidos en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves entre 2013-2020. Definimos HV como aquella cuya causa son varices esofágicas o gástricas.

Los resultados principales se dividieron en eventos intrahospitalarios (intervención, resangrado, descompensación de enfermedad crónica, mortalidad) y eventos diferidos a seis meses (HDA, evento cardiovascular, mortalidad). La intervención comprendió la necesidad de transfusión, terapia endoscópica, radiología intervencionista o cirugía.

Realizamos el análisis estadístico utilizando SPSS y MedCalc.

Resultados

De un total de 1345 pacientes con HDA, 241 presentaban HV, con una edad media de 60.70 ± 12.62 años y un 26.1% de mujeres. La **Tabla 1** muestra las diferencias entre los pacientes con HV que fallecieron y los que sobrevivieron.

En el análisis multivariante, la descompensación de enfermedad crónica fue un factor de riesgo independiente

	Muertes	Supervivientes	OR (IC 95%)	p
Carcinoma hepatocelular	57.1%	16.1%	6.97 (2.28-21.34)	0.001
Descompensación comorbilidad	40.7%	5.5%	11.83 (5.15-27.22)	< 0.001
Re-sangrado	50%	12.7%	6.88 (3.12-15.20)	< 0.001
Radiología intervencionista	87.5%	16.1%	36.55 (4.36-306.20)	< 0.001
Trasfusión	23.4%	8.1%	3.47 (1.39-8.63)	0.006
Intervención	21.1%	3%	8.56 (1.14-64.49)	0.013
Días de ingreso	1.84	1.58	1.57 (1.19-4.63)	0.047

Tabla 1

Diferencias entre los pacientes con HV que fallecieron y los que sobrevivieron.

de mortalidad (OR 4.23, IC 95% 1.11-16.06, $p=0.034$).

La **Tabla 2** presenta las áreas bajo la curva ROC (AUROC) de las escalas para los resultados de interés. Solo se encontraron diferencias significativas en las comparaciones para intervención (MAP(ASH) > CP, $p=0.0195$), descompensación de enfermedad crónica (MAP(ASH) > ALBI, $p=0.023$; ABC > CP, $p=0.020$; ABC > ALBI, $p=0.001$) y mortalidad diferida por HDA-enfermedad hepática (MELD > CP, $p=0.042$).

Conclusiones

AUROC (95%CI)	MAP(ASH)	ABC	MELD	Child-Pugh	ALBI
Intervención	0.744* (0.674 - 0.806)	0.701 (0.628 - 0.767)	0.622 (0.546 - 0.693)	0.582 (0.506 - 0.655)	0.668 (0.594 - 0.737)
Resangrado	0.553 (0.477 - 0.627)	0.522 (0.446 - 0.597)	0.602 (0.526 - 0.674)	0.546 (0.470 - 0.620)	0.543 (0.467 - 0.617)
Descompensación enfermedad crónica	0.721* (0.649 - 0.785)	0.770* (0.702 - 0.830)	0.692 (0.619 - 0.759)	0.662 (0.587 - 0.730)	0.612 (0.536 - 0.684)
Mortalidad intra-hospitalaria	0.678 (0.604 - 0.747)	0.677 (0.604 - 0.747)	0.734 (0.662 - 0.798)	0.741 (0.669 - 0.804)	0.677 (0.602 - 0.746)
Mortalidad intra-hospitalaria por HDA	0.656 (0.568 - 0.736)	0.633 (0.545 - 0.714)	0.770 (0.689 - 0.838)	0.774 (0.694 - 0.842)	0.711 (0.626 - 0.786)
Mortalidad intra-hospitalaria por otras causas	0.751 (0.666 - 0.823)	0.762 (0.666 - 0.823)	0.696 (0.607 - 0.774)	0.722 (0.635 - 0.798)	0.636 (0.547 - 0.721)
Evento cardiovascular 6 meses	0.634 (0.553 - 0.709)	0.534 (0.452 - 0.614)	0.566 (0.484 - 0.645)	0.588 (0.506 - 0.666)	0.658 (0.566 - 0.666)
HDA 6 meses	0.534 (0.453 - 0.615)	0.582 (0.501 - 0.660)	0.536 (0.455 - 0.616)	0.516 (0.434 - 0.596)	0.519 (0.437 - 0.599)
Mortalidad 6 meses	0.581 (0.499 - 0.659)	0.683 (0.603 - 0.755)	0.555 (0.473 - 0.635)	0.617 (0.535 - 0.694)	0.676 (0.596 - 0.749)
Mortalidad 6 meses (HDA y enfermedad hepática)	0.600 (0.340 - 0.824)	0.733 (0.468 - 0.914)	0.850* (0.596 - 0.974)	0.542 (0.289 - 0.780)	0.650 (0.386 - 0.860)

Tabla 2

Áreas bajo la curva ROC (AUROC) de las escalas para los resultados de interés.

En nuestro estudio, MAP(ASH) y ABC demostraron ser superiores en la predicción de intervención y descompensación de enfermedad crónica en pacientes con HV. En contraste, MELD superó a CP en la predicción de la mortalidad diferida por HDA y enfermedad hepática. Ninguna de las escalas evaluadas funcionó bien en la predicción de resangrado o eventos diferidos distintos de los mencionados. Además, la descompensación de la enfermedad crónica se identificó como un factor de riesgo independiente de mortalidad en pacientes con HV, subrayando que la hemorragia en sí misma no es el único determinante de la evolución del paciente.

CP-189. RETO ENDOSCÓPICO EN PACIENTE CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA

Rebertos Costela E, Frutos Muñoz L, Martín Marcuartu P, Rubio Mateos J, Carrillo Ortega G

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

Introducción

El aparato digestivo es un sistema inmunológicamente activo con la capacidad de reclutar eosinófilos ante varios estímulos. Cuando esta eosinofilia se restringe al esófago hablamos de esofagitis eosinofílica, enfermedad crónica inmunomediada. La inflamación eosinofílica origina una disfunción esofágica que desencadena una clínica característica. En adultos predominan la disfagia y las impactaciones esofágicas. Puede presentarse como dolor torácico y reflujo ácido que no responde a inhibidores de la bomba de protones. El diagnóstico se apoya en la clínica, la exclusión de otras causas que justifiquen ésta y la presencia de ≥ 15 eosinófilos por campo de alta frecuencia en la biopsia endoscópica esofágica. Son signos endoscópicos típicos la traquealización esofágica, los surcos longitudinales, así como la presencia de exudados. El primer escalón de tratamiento se basa en el uso de inhibidores de la bomba de protones, siendo una opción de tratamiento dosis

completas dos veces al día durante 8 semanas. Si la clínica no mejora se puede valorar corticoterapia (fluticasona inhalada o budesonida deglutida) y dieta de eliminación de alérgenos. En caso de impactación alimentaria puede ser necesaria la realización de endoscopia urgente.

Caso clínico

Varón de 33 años con antecedentes de dermatitis atópica e historia de disfagia a sólidos que acude a Urgencias por nuevo episodio de impactación alimentaria con afagia y sialorrea. Se realizan dos intentos de gastroscopia convencional nulos debido a la presencia de una estenosis concéntrica en el seno de una luz esofágica cervical traquealizada (Figura 1).

Se realiza gastrostomía y se realiza nueva gastroscopia en quirófano de forma retrógrada colocando sonda nasogástrica (Figuras 2 y 3).

Se realiza nueva endoscopia con gastroscopio pediátrico franqueando estenosis (Figura 4). Se toman biopsias que confirman la sospecha de esofagitis eosinofílica. Se retira sonda nasogástrica, se inicia tolerancia oral y se da alta con fluticasona inhalada.

Acude a revisión con buena tolerancia oral permitiendo retirar gastrostomía.



Estenosis concéntrica en el seno de una luz esofágica cervical traquealizada.

Figura 1

Actualmente en seguimiento con buena tolerancia oral y en corticoterapia.

Discusión

La esofagitis eosinofílica es una patología cada vez más reconocida, considerándose la causa más frecuente de disfagia en jóvenes, especialmente en aquellos varones con antecedentes de atopia, rinitis y otras formas de alergia. Puede desencadenar verdaderas urgencias que suponen un reto endoscópico por la complejidad de la técnica de



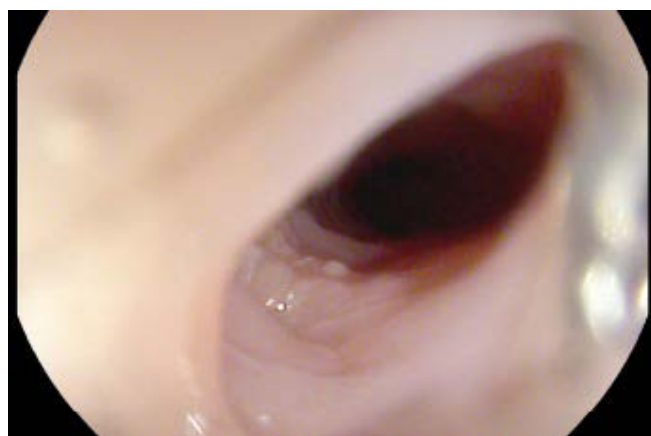
Colocación de sonda nasogástrica a través de gastrostomía.

Figura 2



Introducción de sonda nasogástrica vía retrógrada en esófago traquealizado.

Figura 3



Estenosis franqueable con gastroscopio pediátrico.

Figura 3

extracción del cuerpo extraño, así como el peligro de broncoaspiración. Es por ello que además de realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento, se debe evitar toda ingesta que potencie el riesgo de impactación.

CP-190. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE COMO DEBUT DE MUCOCELE APENDICULAR

Ortiz Chimbo DS, Valdivia Krag C, Gómez Casado M

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

Introducción

El mucocèle apendicular es una patología rara caracterizada por una dilatación quística de la luz intestinal con acúmulo de material mucinoso. Su presentación clínica suele ser muy inespecífica, variando desde formas totalmente asintomáticas a cuadros de dolor abdominal, masa palpable, hemorragia digestiva y menos frecuentemente manifestaciones funcionales.

Caso clínico

Mujer de 20 años sin antecedentes de interés con episodios de dolor abdominal en hipogastrio y fosa iliaca derecha de tipo cólico de varios meses de evolución asociado a distensión abdominal, meteorismo, aumento del número de deposiciones en torno a 5-6 diarias sin productos patológicos con marcado cortejo vegetativo, afectación del estado general y pérdida de 5kg de peso en el último año. Inicialmente se realiza estudio mediante test de intolerancia a la lactosa, celiaquía, ecografía abdominal y calprotectina fecal que resultan normales, recomendándose medidas higiénico dietéticas y pautándose tratamiento médico con antiespasmolíticos y probióticos con leve mejoría. Se realiza colonoscopia apreciando gran protrusión, que abarca casi la totalidad del ciego sin poder identificar su dependencia, con superficie eritematosa y algún afta en fase de epitelización, de las cuales se obtienen varias biopsias que resultan inespecíficas, sin lograrse identificar el orificio apendicular.

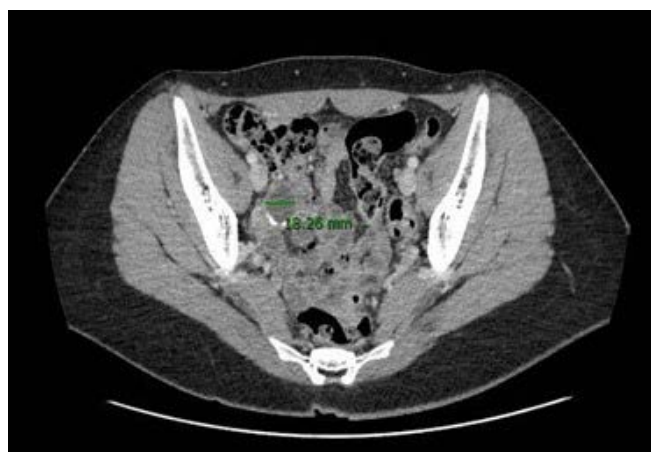
Se completa estudio mediante marcadores tumorales que resultan negativos y tomografía (TC) de tórax, abdomen y pelvis, identificándose a nivel de fosa iliaca derecha una formación tubular de contenido líquido y pared calcificada que parece depender de ciego sugestivo de mucocèle apendicular.

Se realiza TC de control en donde continúa apreciándose formación tubular de contenido hipodenso y que ha aumentado de tamaño (de 19mm a 32 mm). Valorada por cirugía, quienes realizan apendicetomía con resección de mesoapéndice y base apendicular, con buen resultado y evolución, así como cese de la sintomatología antes descrita.



Colonoscopia. Gran protrusión a nivel cecal, sin poder identificar su dependencia.

Figura 1



TC abdomino pélvico: Formación tubular de contenido líquido y pared calcificada de 19mm que parece depender de ciego.

Figura 2



TC abdomino pélvico: Aumento de tamaño de 19-32 mm.

Figura 3

Discusión

El mucocèle apendicular es una entidad poco frecuente, que predomina en el sexo femenino y en edades entre 50 y 60 años, cuyo tratamiento es quirúrgico. El diagnóstico preoperatorio es muy importante ya su ruptura accidental puede ocasionar una siembra mucinosa peritoneal.

Suele presentarse como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica, una exploración radiológica o endoscópica en un 23-50% de los casos. El diagnóstico resulta difícil por la inespecificidad de los síntomas, destacando en este caso un importante componente funcional que en muchas ocasiones no se le otorga una relevancia significativa.

CP-191. SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON: UNA CAUSA INFRECUENTE DE DISFAGIA.

Saldaña García L, Hernández Pérez AM, García Fernández G, Rosales Zabal JM, Fernández Pérez F, González Canóniga A, Pérez Aisa A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

El síndrome de Plummer- Vinson (SPV) es un trastorno extremadamente infrecuente, caracterizado por la triada clásica de disfagia, anemia ferropénica y membrana esofágica superior. Afecta con mayor frecuencia a mujeres de edad media en países caucásicos del norte. La etiología más conocida es el déficit de hierro, aunque se desconoce el mecanismo por el cual se producen las membranas esofágicas. Se presenta el caso de una paciente con disfagia y anemia ferropénica con diagnóstico de SPV.

Caso clínico

Mujer de 51 años natural de Ucrania, vive en España desde hace 18 meses, postmenopáusica, sin antecedentes de interés. Acudió a Urgencias por disfagia alta progresiva a líquidos y sólidos de 2 meses de evolución y pérdida de 2kg de peso. A la exploración física presentaba glositis y analíticamente anemia ferropénica (Hb 6.7, VCM 64.4, ferritina 4.5). Ingresa en Unidad de Digestivo y se realiza gastroscopia con hallazgo de membrana mucosa en esófago cervical, postcricoide, que ofrecía resistencia al paso del endoscopio pero que finalmente se supera comprobando pequeño desgarro esofágico mucoso. La paciente se diagnostica de SPV, se instaura tratamiento con ferroterapia endovenosa y hemotransfusión y es dada de alta tolerando dieta oral y asintomática clínicamente. Se deriva a las consultas de Digestivo para estudio de anemia, pero la paciente no acude a su cita. 10 meses después reingresa por reaparición de la disfagia persistiendo anemia ferropénica (Hb 9, VCM 77.3, ferritina 4). Se practica gastroscopia con hallazgo de membrana mucosa, en esófago cervical, postcricoide que no permite el paso

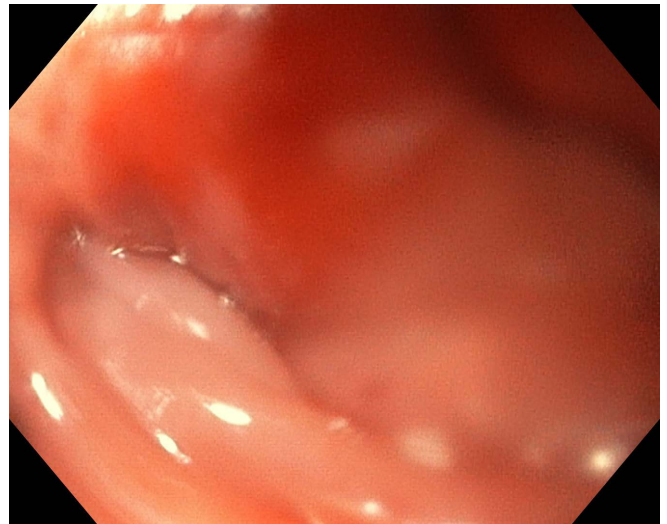


Figura 1
Hallazgo endoscópico de membrana mucosa en esófago cervical, postcricoide, que impide el paso del endoscopio.

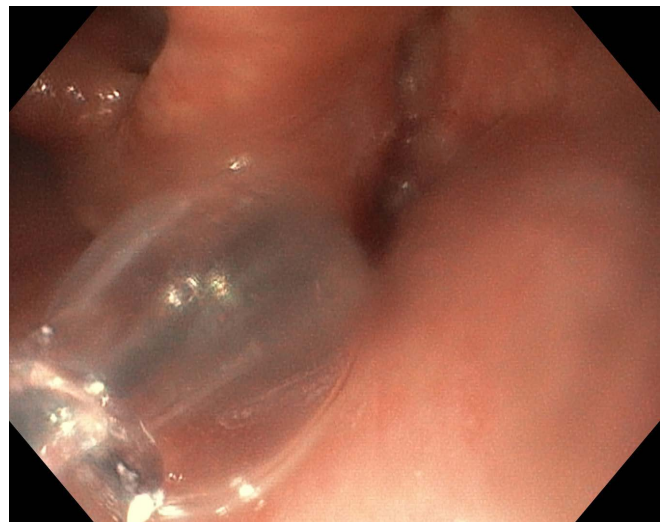


Figura 2
Dilatación con balón hidroneumático de estenosis por membrana postcricoide en esófago cervical.

del endoscopio, por lo que se procede a dilatación con balón hidroneumático hasta 9 mm con posterior paso del endoscopio sin dificultad, comprobándose pequeño desgarro mucoso. Se administra ferroterapia endovenosa y es dada de alta encontrándose asintomática, con derivación a las consultas de Digestivo.

Discusión

El SPV es una causa infrecuente de disfagia en nuestro medio. Se ha asociado con enfermedad celiaca, trastornos autoinmunes y enfermedad tiroidea. El tratamiento consiste fundamentalmente en la suplementación de hierro y se requiere de un seguimiento estrecho por la alta probabilidad de recurrencia. Una vez instaurada la

membrana es necesario implementar una gastroscopia. Se han descrito pocos casos de dilatación esofágica para este trastorno y se trata de un procedimiento con alta dificultad técnica dada la región anatómica donde se instaura la membrana. En nuestro caso se logró la dilatación exitosa, quedando la paciente asintomática y pendiente de estudio etiológico de anemia.

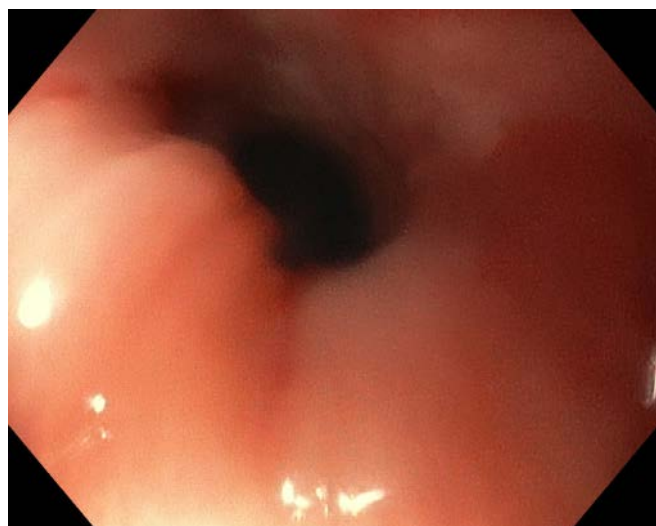


Imagen endoscópica de esófago cervical una vez dilatado.

Figura 3

CP-192. TUMOR DE KRUKENBERG

Rubio Mateos J, Frutos Muñoz L, Martín Marcuartu P, Rebertos Costela E, Rosa Sánchez C

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

Introducción

Se conoce como tumor de Krukenberg aquella neoformación de estirpe epitelial y mucosecretora que invade el estroma ovárico secundaria a un adenocarcinoma gástrico o colónico, con frecuente afectación ovárica bilateral.

Representa el 1-2% de las neoplasias ováricas. Se trata de una patología maligna con un pronóstico pobre dado que solo un 10% de los casos presentan una supervivencia superior a los 2 años.

Este es el caso de una paciente con una masa ovárica que permitió el diagnóstico de una neoplasia gástrica.

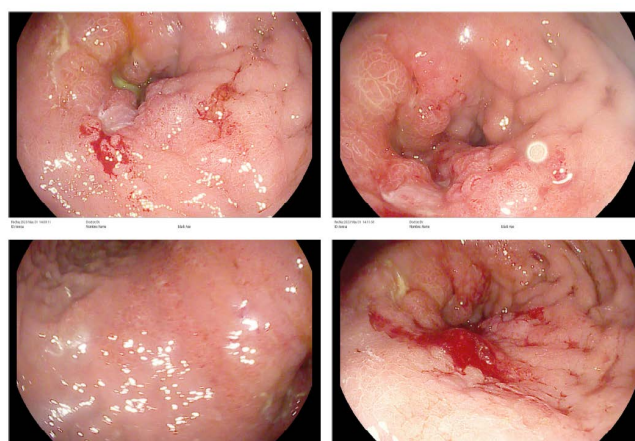
Caso clínico

Mujer de 43 años con antecedentes familiares maternos de cáncer gástrico. Durante 3 meses acude a Urgencias en múltiples ocasiones por dolor abdominal, vómitos posprandiales y cuadro constitucional. En su última consulta a Urgencias por la misma clínica le realizan una ecografía abdominal que objetiva una masa pélvica vascularizada de 14 cm sospechosa de malignidad (Figura 1). Tras ser valorada por Ginecología y dada la clínica digestiva que presentaba la paciente, se deriva a consulta de Aparato Digestivo y se realiza gastroscopia para descartar tumoración gástrica con posible extensión pélvica. La prueba endoscópica descubre la presencia de una gran ulceración antral con bordes mamelonados, irregulares y friables al paso del gastroscopio sugerente de malignidad (Figura 2), con biopsias concordantes con carcinoma pobremente cohesivo con células en anillo de sello.



Ecografía abdominal.

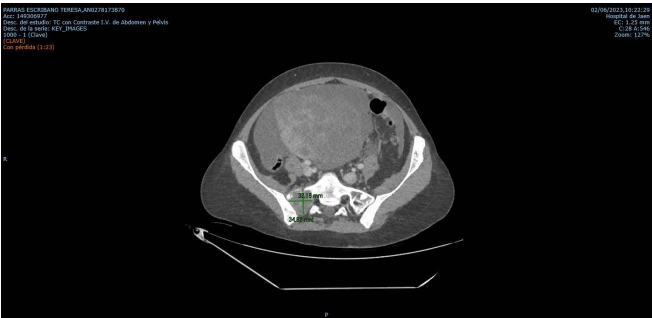
Figura 1



Endoscopia digestiva alta; tumor de Krukenberg.

Figura 2

El estudio de extensión mediante TAC toraco-abdomino-pélvico (Figura 3) evidencia la presencia de la tumoración gástrica, así como focos metastásicos en esqueleto axial y en ambos ovarios. En esta última localización se identifica una lesión heterogénea conformada por áreas sólido-quísticas con septos internos de etiología metastásica que ocasiona una ascitis significativa, confirmando así el diagnóstico de tumor de Krukenberg.



TAC. Tumor Krukenberg. Figura 3

Discusión

Como podemos apreciar en este caso, el diagnóstico de una masa ovárica, junto con la presencia de síntomas gastrointestinales, debe hacer sospechar una neoplasia gástrica o colónica, ya que puede tratarse de un tumor de Krukenberg (que en ocasiones en las pruebas de imagen de extensión puede pasar desapercibido). Es por ello que en pacientes de estas características es necesario descartar afectación neoplásica digestiva mediante la realización de gastroscopia y/o colonoscopia, en función de la focalidad clínica de la paciente.

CP-193. TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL, ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 20 CASOS

Fernández García R, Tendero Peinado C, Rodríguez Gómez VM, Redondo Cerezo E, Martínez Cara JG

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

Introducción

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son una entidad relativamente infrecuente y poco estudiada, que representan aproximadamente el 0,5-1% de todas las neoplasias del tracto gastrointestinal, con una incidencia de unos 10 a 20 casos por cada millón de habitantes al año en nuestro medio. Habitualmente, se presentan con sintomatología que va desde dolor abdominal hasta la presencia de una hemorragia digestiva potencialmente grave.

El objetivo de este estudio es analizar las características de los pacientes, del tumor y los resultados al año de seguimiento en una serie de 20 pacientes con GIST de un centro de tercer nivel en nuestro medio.

Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo que engloba a aquellos pacientes con diagnóstico confirmado de GIST en nuestro centro en el periodo comprendido entre 2014 y 2023. Se recopilaban variables relativas a las características basales de los pacientes y sus comorbilidades. Asimismo, se registraron las características del tumor (tamaño, número de mitosis, localización) y el tratamiento. También se analizaron variables relativas a las complicaciones postratamiento y a la mortalidad a los 6 meses y al año. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 26

Resultados

De un total de 20 pacientes, 11 (52,4%) eran varones, con una media de edad de 69 años (desviación estándar de 13,4). De ellos, 9 (45%) debutaron con una hemorragia digestiva alta y 10 (50%) con dolor abdominal. En cuanto a la localización, el 75% de los tumores se localizaron a nivel gástrico y el 25% en intestino delgado. El tamaño fue mayor de 5 cm en el 50% de los casos, aunque el número de mitosis indicaba bajo riesgo (<5 mitosis/CGA) en el 55% de los pacientes. Respecto al tratamiento, 16 pacientes recibieron tratamiento quirúrgico (80%) y 5 pacientes (25%) recibieron quimioterapia, todos ellos con Imatinib. La mortalidad acumulada al año fue del 15% (3 pacientes, 2 de ellos fallecieron en los primeros 6 meses).

Variable	N/Media	Porcentaje/Desviación estándar
Edad	69	13,4
Sexo	Varón=11	52,4%
	Mujer=10	47,6%
EPOC	0	
SAOS	1	4,8%
Insuf Cardíaca	5	23,8%
Cardiopatía Isquémica	1	4,8%
HTA	15	71,4%
DM2	9	42,9%
Tabaquismo	3	14,3%

En esta tabla se analizan las características basales de los pacientes. Tabla 1

Variable	N	Porcentaje
Síntoma debut		
HDA	9	45%
Dolor/dispepsia	10	50%
Ascitis	1	5%
Tamaño tumor		
<2cm	2	10%
2-5cm	8	40%
>5cm	10	50%
Índice mitótico		
0	3	15%
<5	10	50%
5-10	5	25%
>10	2	10%
Localización del tumor	15	75%
Gástrico	10	75%
Fundus	5	25%
Cuerpo	5	25%
Intestinal	1	20%
Duodeno	4	80%
Yeyuno		

En ella se exponen las características del tumor.

Tabla 2

Variable	N/media	Porcentaje/ des estandar
Cirugía (Qx)	16	80%
Tipo de cirugía		
Gastrectomía parcial	12	75%
Resección intestinal	4	25%
Complicación postQx		
Infección	1	6,25%
Hematoma	1	6,25%
Quimioterapia (QT)		
Si	5	25%
Imatinib	5	100%
Duración QT (semanas)	57,5	5 67,5
Suspensión QT por toxicidad	2	40%
Toxicidad digestiva	2	100%
HDA a los 6 meses	1	5%
Mortalidad a los 6 meses	2	10%
Mortalidad al año	1	5%

En ella se analizan las variables relativas al tratamiento y los resultados.

Tabla 3

Conclusiones

En resumen, nuestros datos indican que los GIST se presentan en décadas avanzadas de la vida, sin existir claras diferencias por sexo y que, pese a ser tumores relativamente infrecuentes, en un alto porcentaje se manifiestan con síntomas que pueden poner en peligro la vida del paciente, como la hemorragia digestiva alta. Aunque suelen estar localizados al diagnóstico, pese al tratamiento quirúrgico y quimioterápico, persiste una mortalidad relativamente alta al año de seguimiento. En comparación con lo publicado previamente, nuestros datos difieren en un mayor porcentaje de pacientes con

hemorragia digestiva alta como síntoma de debut, con un tamaño al diagnóstico ligeramente inferior a estudios previos

CP-194. UNA CAUSA RARA DE VÓMITOS DE REPETICIÓN: ESTOMAGO EN CASCADA SECUNDARIO A HERNIA PARAESOFÁGICA GIGANTE VOLVULADA.

Gálvez Criado JM, García García MD, Maldonado Perez B, Caunedo Álvarez A

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

Introducción

El estómago en cascada es una malformación corporo-antral cuya etiología más común es la idiopática. Aun así, para un diagnóstico definitivo es necesario descartar previamente causas orgánicas tales como patologías tumorales de la esfera biliopancreática, alteraciones diafragmáticas o úlceras gástricas.

Caso clínico

Mujer de 45 años sin antecedentes de interés que acudió a urgencias por epigastralgia, vómitos de repetición e intolerancia oral de seis meses de evolución, con empeoramiento clínico en las últimas 48 horas. Asociaba además hiporexia y plenitud postprandial.

En la exploración física destacaba la auscultación de ruidos hidroaéreos intratorácicos.

Se realizó analítica, radiografía y ecografía abdominales que fueron normales, descartando así patología urgente.

Dada la clínica de intolerancia oral se decidió ingreso para estudio etiológico. Se solicitó esofagogastroscoopia donde se evidenció una hernia paraesofágica de gran tamaño, discreta esofagitis de origen péptico y una cavidad gástrica con disposición anatómica compleja en la que fueron necesarias múltiples maniobras de rectificación para conseguir acceder a región antral, la cual se presentaba contigua al fundus gástrico, todo ello sugestivo de estómago en cascada (figura 1).

En el tránsito esofagogastroduodenal con bario (figuras 2 y 3) se puso de manifiesto la presencia de dos niveles separados bario-aire entre fundus y cuerpo gástrico, objetivándose marcada biloculación gástrica y hernia paraesofágica intratorácica que contenía la práctica totalidad de cuerpo y antro, superponible al diagnóstico endoscópico previo.

Durante el ingreso la paciente desarrolló intolerancia oral completa a sólidos y líquidos por lo que se solicitó valoración por parte de cirugía esofagogástrica, decidiéndose en comité multidisciplinar intervención quirúrgica. En dicho

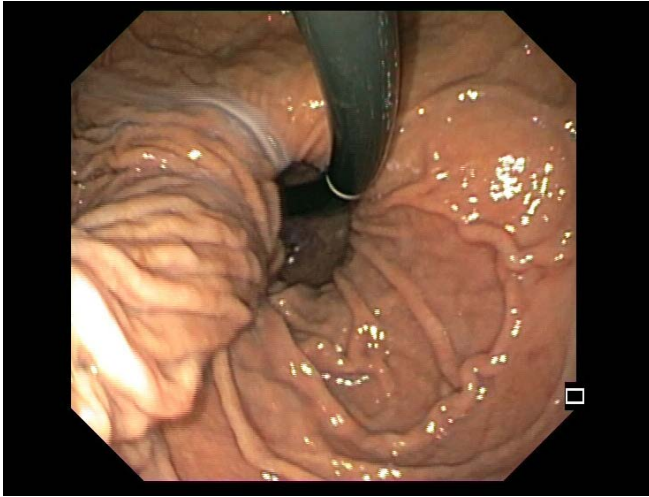


Imagen endoscópica en retroversión en donde apreciamos alteración morfológica con plegamiento gástrico marcado.

Figura 1

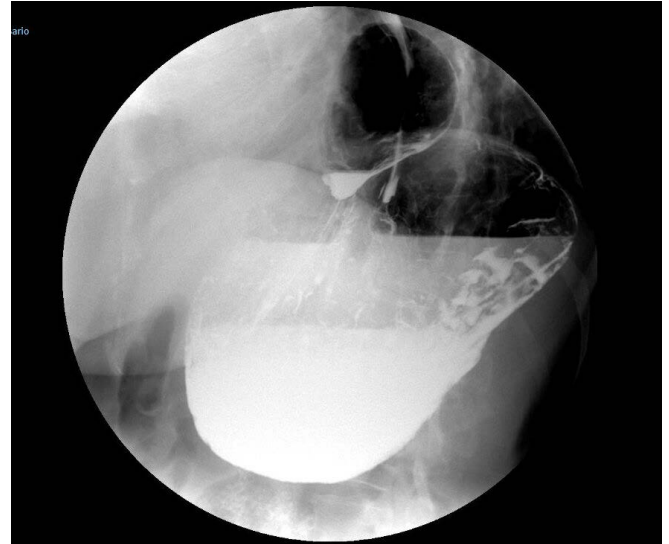


Imagen radiológica de tránsito baritado esofagogástrico en donde apreciamos la presencia de biloculación gástrica con visualización de dos niveles entre antro y cuerpo.

Figura 3

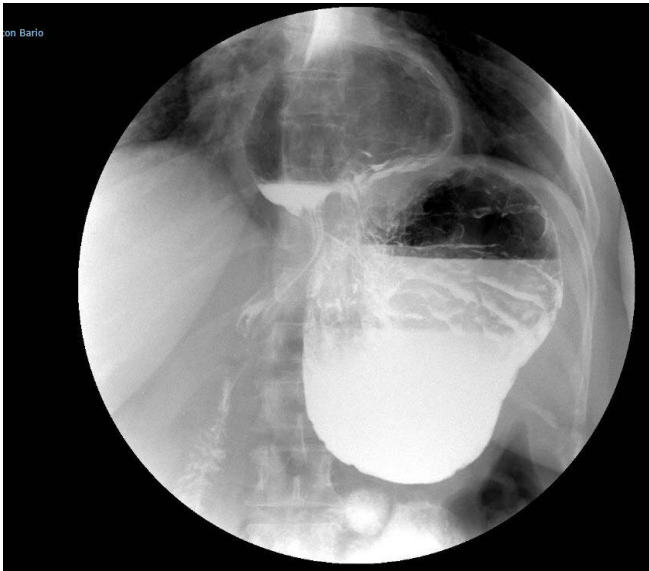


Imagen radiológica de tránsito baritado esofagogástrico en donde apreciamos la presencia de biloculación gástrica con visualización de dos niveles entre antro y cuerpo.

Figura 2

Discusión

El estómago en cascada suele cursar de forma asintomática o causar clínica dispeptica generalmente leve, aunque en un porcentaje menor de casos puede presentarse con vómitos de repetición o incluso intolerancia oral.

La importancia de este caso radica en la forma de presentación atípica y exacerbada de una patología poco diagnosticada que ocasionó la necesidad de una intervención quirúrgica de alto riesgo dada la complicación asociada.

procedimiento se objetivó un gran defecto diafragmático herniario con componente intratorácico que condicionaba volvulación gástrica como complicación asociada. Se realizó una cardioplastia con Funduplicatura de Nissen y tras la intervención la paciente pudo retomar la ingesta oral sin incidencias.

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.

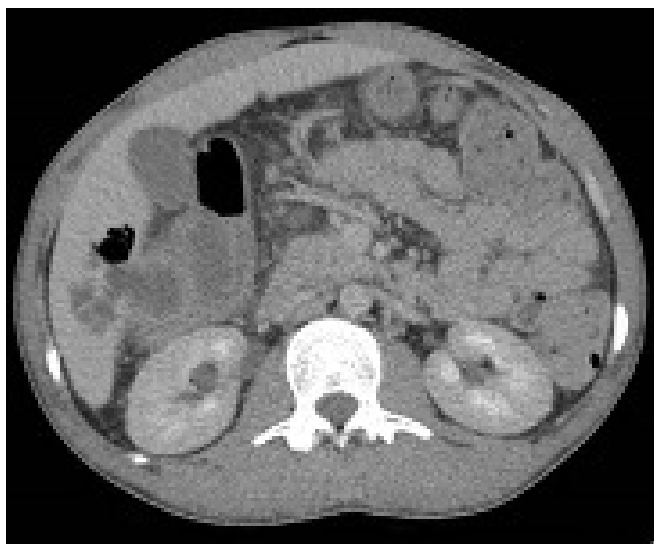


Figura 3

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, Abalde Bechiarelli A, Corro 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

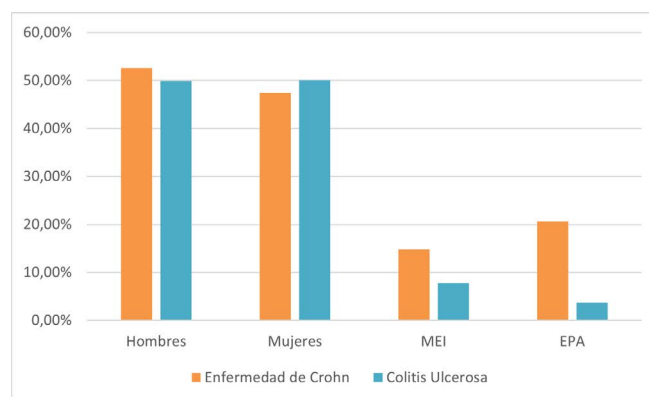
Análisis retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de EII atendidos en nuestro centro entre 01/01/2022-31/12/2022. Determinamos la edad, sexo, el tipo de EII y patrón, hábito tabáquico, antecedentes quirúrgicos, tratamientos actuales y previos.

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)

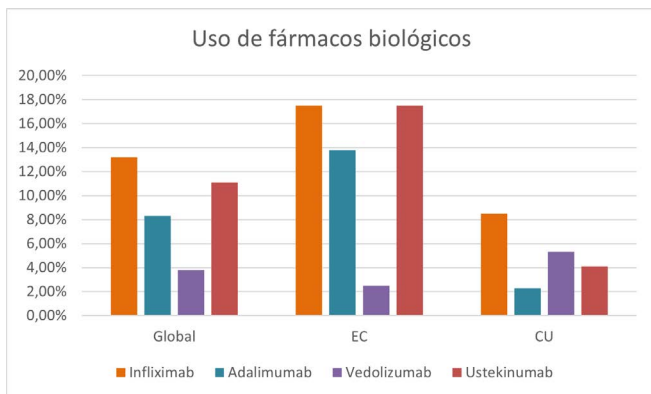
En cuanto los fármacos biológicos (Figura 2), el 32.7% se encontraba bajo tratamiento activo (45% EC y 19% CU): infliximab 13.2% (17.5% EC, 8.5% CU), adalimumab 8.3% (13.8% EC, 2.3% CU), golimumab 1%, vedolizumab 3.8% (2.5% EC, 5.3% CU), ustekinumab 11.1% (17.5% EC, 4.1% CU).

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

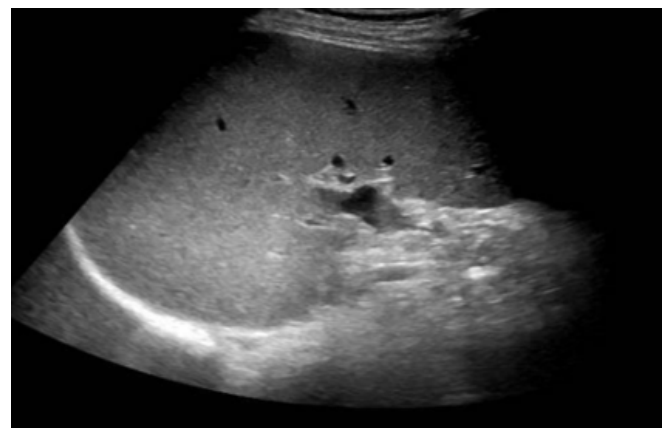
Paciente mujer de 55 años diagnosticada de Colitis Ulcerosa (CU) sin otros antecedentes de interés que inicia tratamiento con Mesalazina 3g y Azatioprina 75mg cada 12 horas. Tras buen control durante años de la EII, comienza con cuadro de astenia y pérdida de apetito. Se realiza analítica general apreciándose 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.

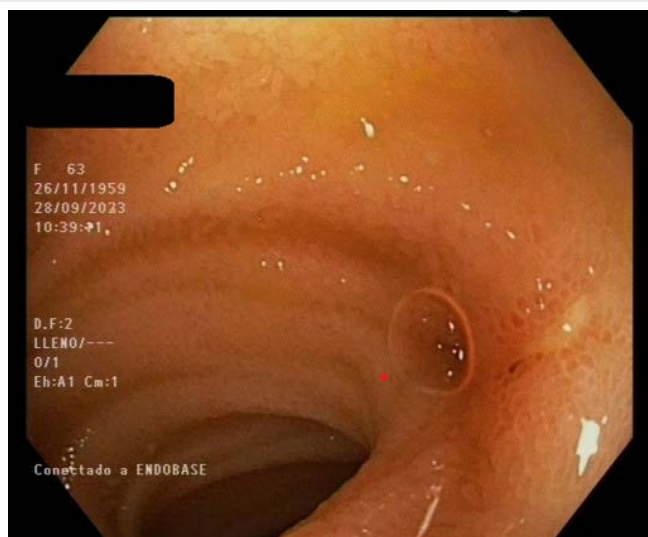


Figura 1

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 Mascuñano 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

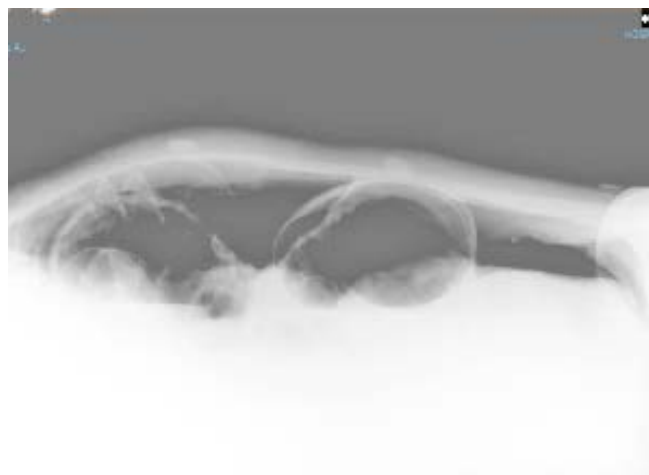
Mujer de 46 años sin antecedentes de interés que consultó por síndrome diarreico con productos patológicos de una semana de evolución. A su ingreso la analítica demostró elevación de reactantes de fase aguda y alteraciones hidroelectrolíticas que mejoraron tras sueroterapia.

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).



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

Figura 1



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

Figura 2



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

Figura 3

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.

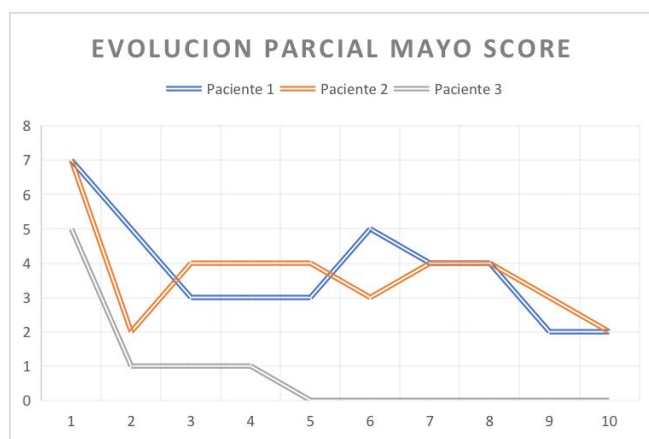
En cuanto a la actividad de la enfermedad inicial, la media de PMS fue de 7(IQR 5-7) y la mediana de CF fue de 2000 (2000-2000) µg/g.

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 C¹, López Vico M², Lecuona Muñoz M², Redondo Cerezo E², Sánchez Capilla AD²

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ²UNIDAD 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 tendencia a alcanzar 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 (%)	- Fallo primario: 21 (17,8) - Fallo secundario: 61 (51,7) - Efecto adverso a otros biológicos: 27 (22,9) - Contraindicación a anti-TNF: 12 (100) - Contraindicación a anti-TNF: 3 (2,5)	

Características basales de los pacientes.

Tabla 1

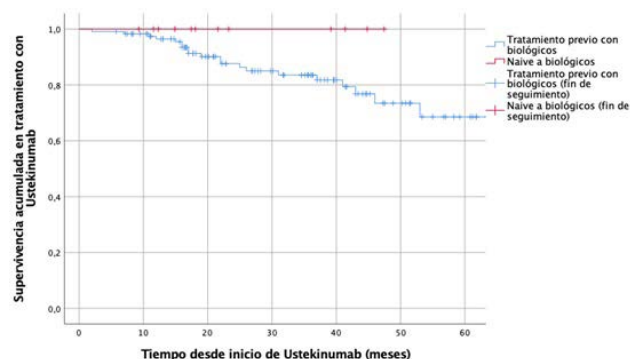


Figura del estimador de Kaplan-Meier.

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

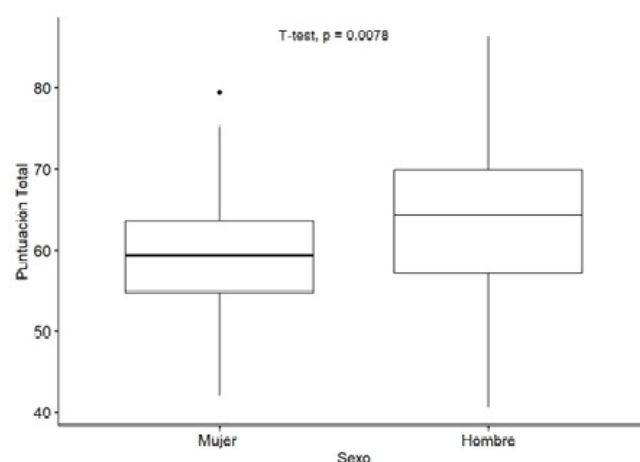
Se incluyeron 106 pacientes con una edad media de 44 años, con un predominio femenino. El 45% de los pacientes padecían CU frente al 55% con EC. El 69.8% de los pacientes estaban en remisión clínica. Las características basales se muestran en la **tabla 1**.

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.

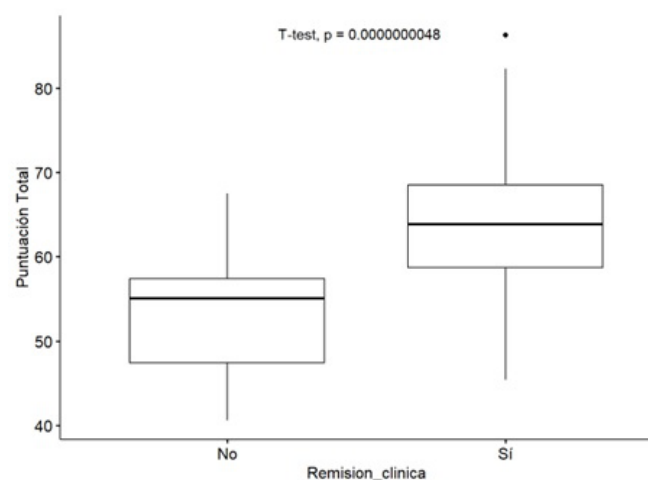
El 49% de los pacientes estaban en tratamiento con fármacos biológicos, mostrando en el cuestionario puntuaciones más bajas respecto al resto. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, con peor CV para el sexo femenino (**Figura 1**). No se apreciaron diferencias entre los 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 (27.6%), 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;65.8]	60.8 [55.4;67]

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



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



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.

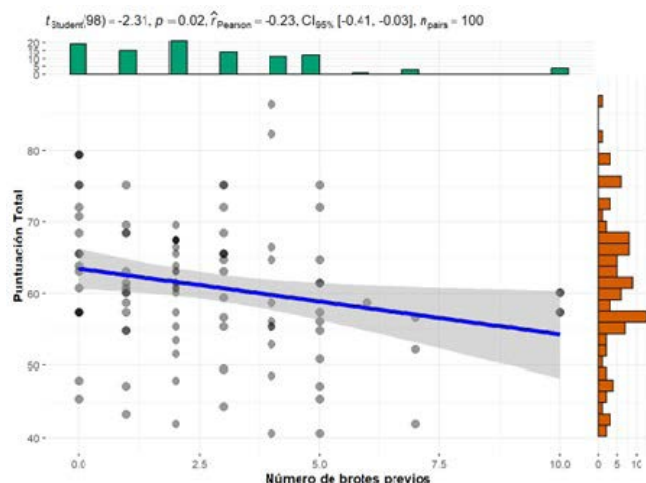


Figura 3

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 FJ¹, Osorio Marruecos M², Viejo Almanzor A³

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. ³UGC 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 Infliximab, 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).

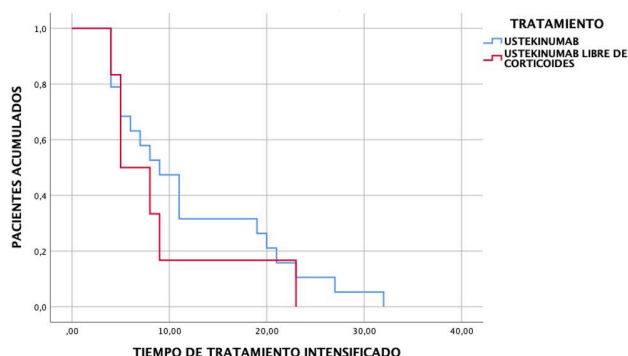


Figura 1
Tiempo (meses) con tratamiento intensificado con Ustekinumab en enfermedad de Crohn.

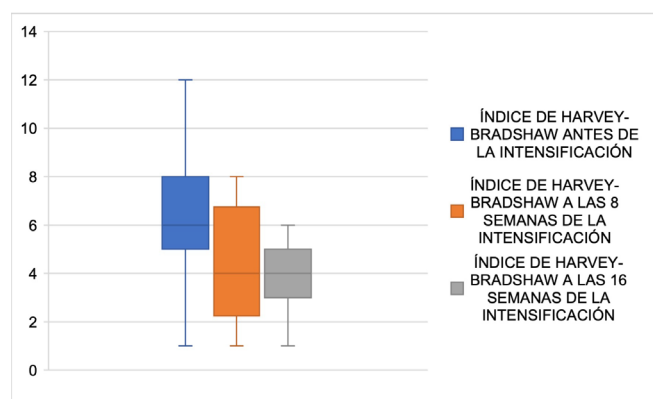


Figura 2
Índice de Harvey-Bradshaw para enfermedad de Crohn en tratamiento intensificado con Ustekinumab.

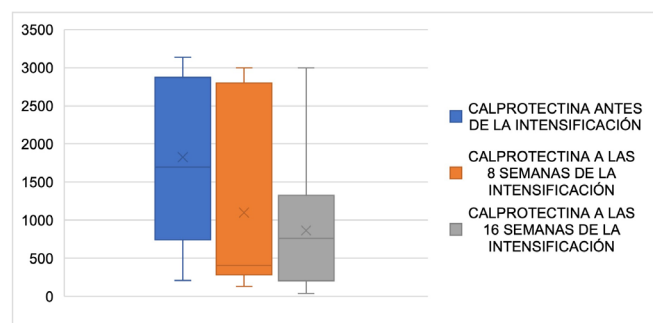


Figura 3
Niveles de calprotectina (µg/g) en enfermedad de Crohn en tratamiento intensificado con Ustekinumab.

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 Perdígón FJ¹, Osorio Marruecos M², Viejo Almanzor A³

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. ³UGC 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).

	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%)	Proctitis	0 (0%)
	Cólica	2 (12,5%)	Colitis izquierda	7 (53,8%)
	Ileocólica	12 (75%)	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.

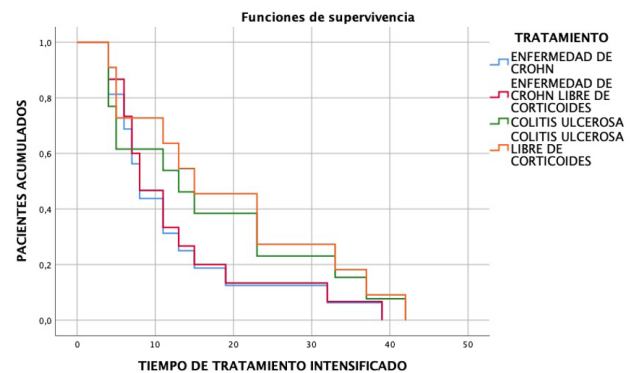


Figura 1

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

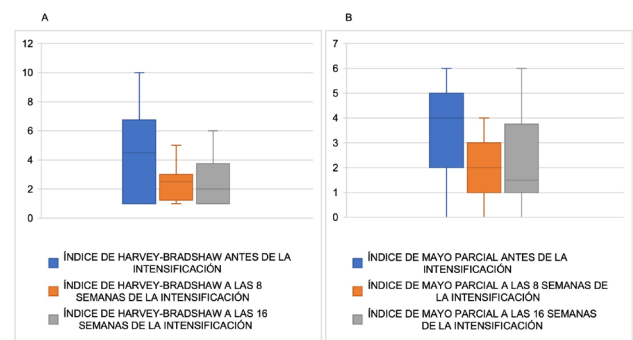


Figura 2

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

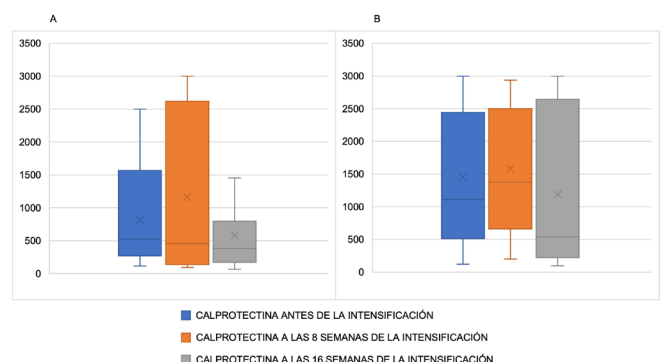


Figura 3

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

Muñoz 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 ≥ 50 años	4.21 (2.49 a 7.11)	<0.001
Sexo (hombre)	2.05 (1.26 a 3.34)	0.004
Hipertensión	1.95 (1.21 a 3.15)	0.006
Dislipemia	1.71 (1.05 a 2.79)	0.032
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)	0.010
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.

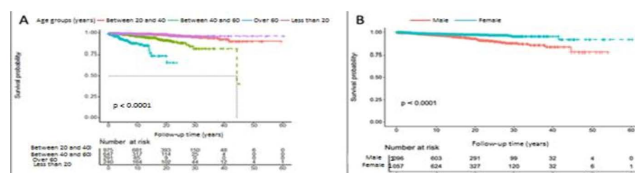


Figura 1

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

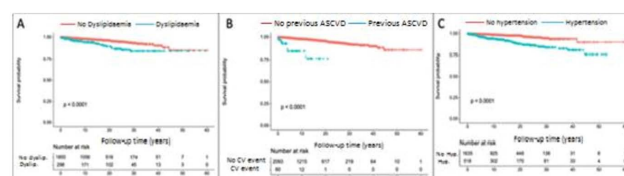


Figura 2

(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 L¹, Jiménez García VA¹, Romero García MT², Ferreiro Iglesias R³, Vera Mendoza MI⁴, Gómez Rodríguez BJ¹, Rodríguez Téllez M¹, Argüelles Arias F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFA, BORMUJOS. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, SANTIAGO DE COMPOSTELA. ⁴UGC 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, %	
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 Intraclass			
	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
Rutgeerts	0.79	0.69

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

Tabla 3

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, Benítez 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 ≤ 4 puntos (EC) o del índice de mayo parcial ≤ 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

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=6)	0,24

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).

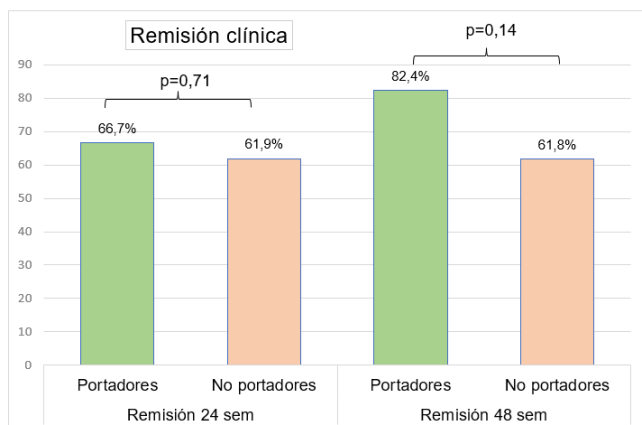


Figura 1

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.

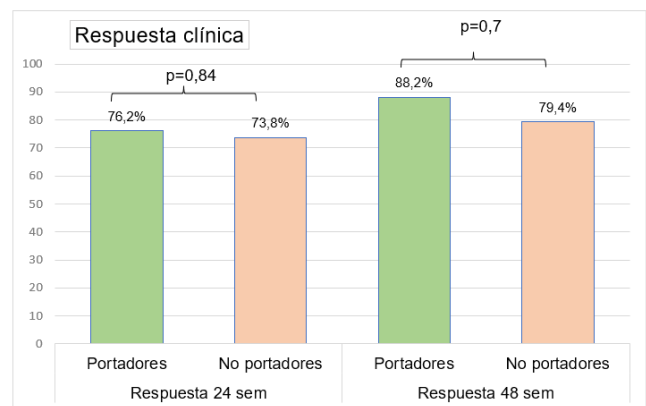


Figura 2

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

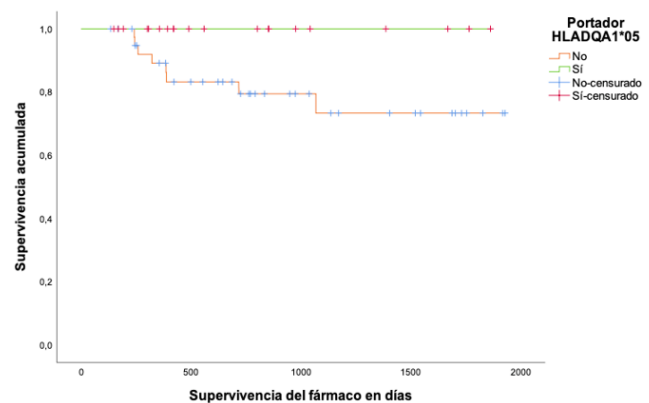


Figura 3

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

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

Gutiérrez Martínez F¹, Rodríguez González FJ¹, López Ocaña A¹, Camargo Camero R¹, Sánchez Yáñez E², Martínez Casanova N², Fernández Castañer A¹, Martos Van Dussen JV¹, Andrade Bellido RJ¹, Alcain Martínez G¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ²SERVICIO 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 ≥ 3 puntos en el HB o en pMS. Se consideró remisión clínica una puntuación ≤ 4 en HB y ≤ 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).

	Reinducción IV	Mantenimiento IV
Características iniciales	Pacientes (n = 18)	Pacientes (n = 14)
Edad (años), mediana (IQR)	47 (35-56)	58 (41-66)
Género, N° (%)		
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 previo, 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)
CPe basal (mg/kg), mediana (IQR)	178 (89-812)	481 (126-1170)
Duración de tratamiento con UST sc previo (meses), mediana (IQR)	9 (5-31) (*)	9.5 (7-25)

CPe: Calprotectina fecal; EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal; HBi: Índice de Harvey-Bradshaw; IQR: Rango Inter cuartilico; 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 Tripiñana 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 EI en pacientes tratados con este fármaco. Se presenta el caso de un paciente de 35 años con debut de EI 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 EI tipo CU activa moderada. Comienza tratamiento con mesalazina hasta que acude a revisión a las dos semanas refiriendo proctalga 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.



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

Figura 1

Discusión

Existe una asociación entre algunas enfermedades inmunomediadas, siendo algo mayor la prevalencia de EI 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 EI, 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 (EI) de nuestra área sanitaria. Comparar estos niveles con los comunicados en la población española. Describir el perfil clínico de los pacientes con EI 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 EI 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, Benítez 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.

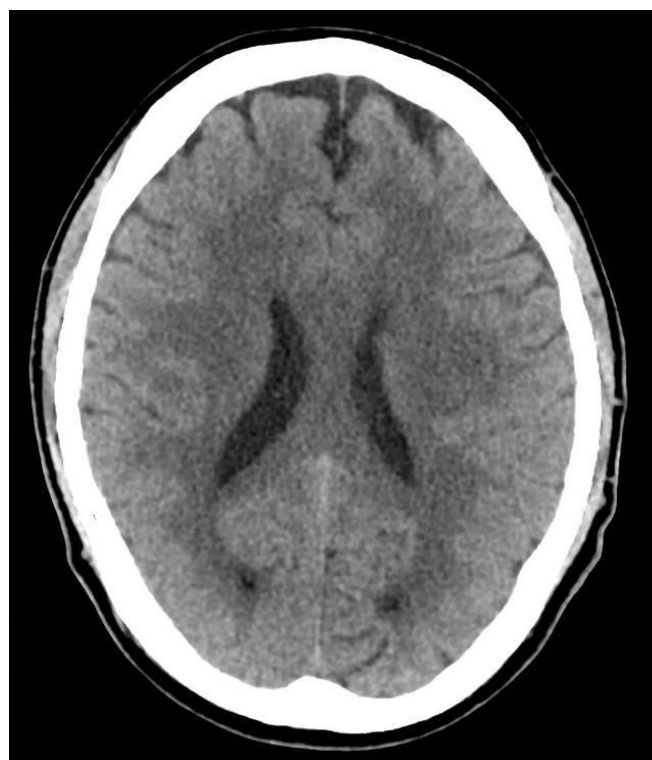


Figura 1

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 Infliximab (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 sobreelevadas, 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 Infliximab 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 A¹, Angulo McGrath I², Bracho González M³, Palomino Luque P⁴, Olmedo Martín R⁵

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

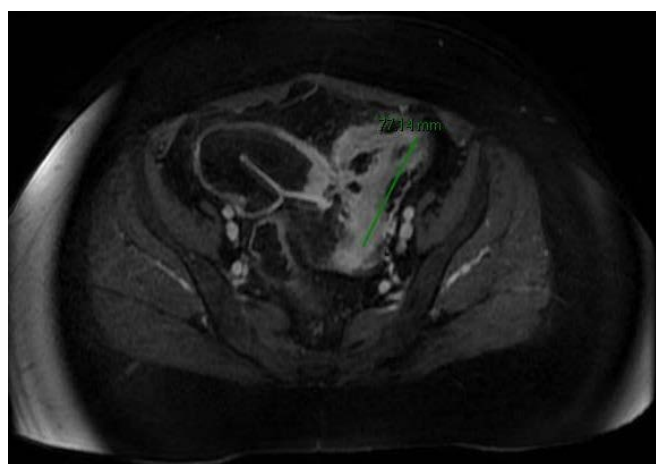


Imagen axial de TC: Fistula y absceso a nivel de anastomosis ileosigmoidea.

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 EI. 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 íleon 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 L¹, Jiménez García VA¹, Romero García MT², Ferreiro Iglesias R³, Vera Mendoza MI⁴, Gómez Rodríguez BJ¹, Rodríguez Téllez M¹, Argüelles Arias F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE, BORMUJOS. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, SANTIAGO DE COMPOSTELA. ⁴UGC 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, disgllosia, 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.

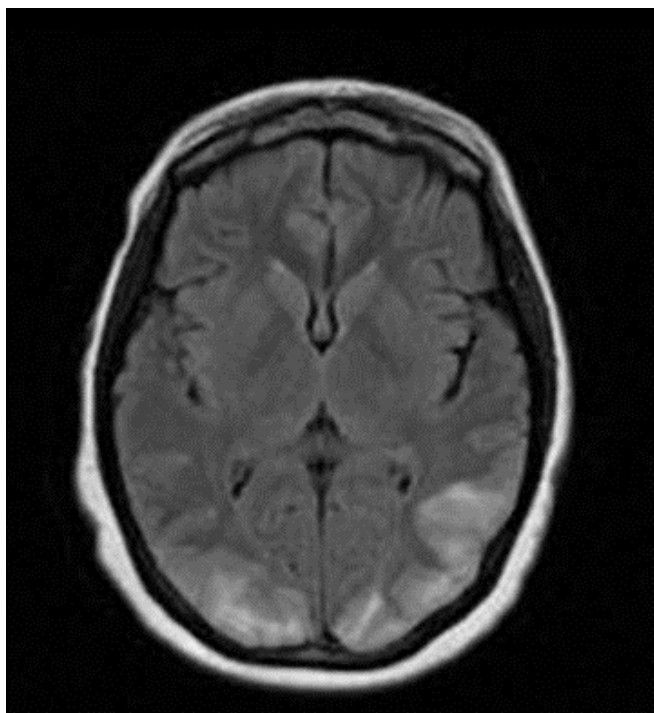


Figura 1

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.

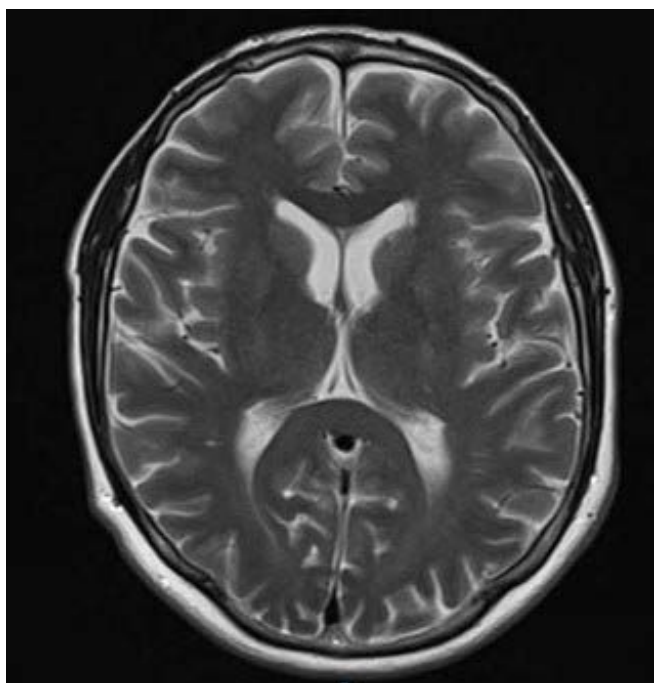


Figura 2

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%), mielodepresión 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.

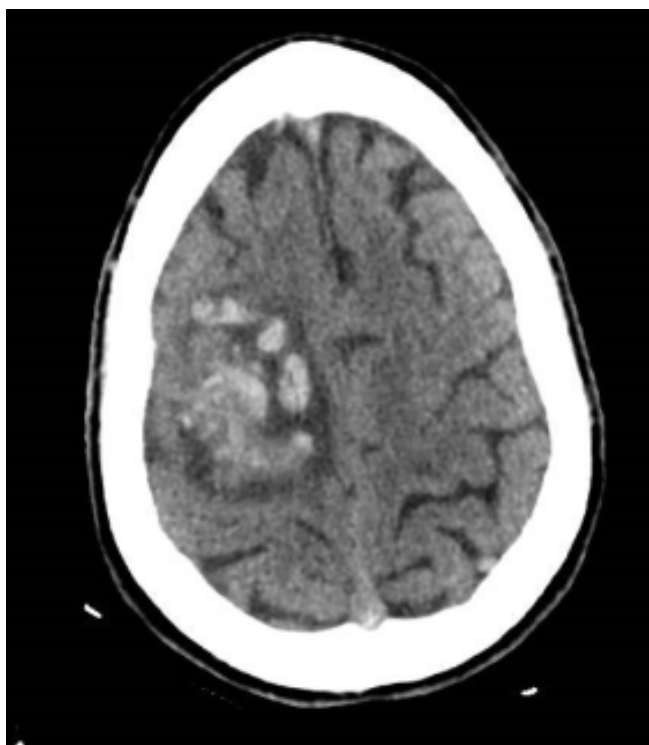


Figura 1

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 EI 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 EI, 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 M¹, Mata Perdigón FJ², Viejo Almanzor A³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ³UGC 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 BASEALES	
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.

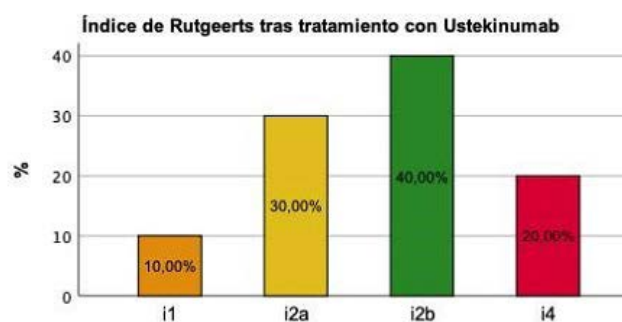
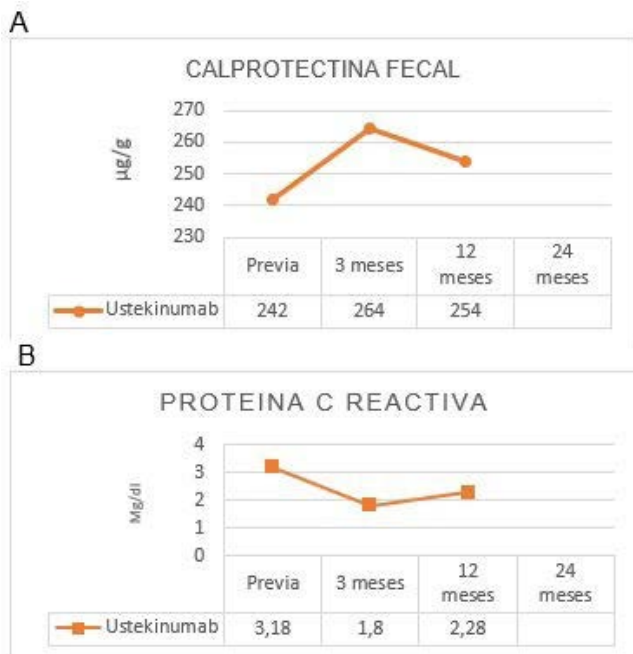


Figura 2

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 M¹, Mata Perdigón FJ², Viejo Almanzor A³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ³UGC 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 $9 \pm 7,63$ años. El tipo de anastomosis realizada fue la latero-lateral en su mayoría (87,5%) (Tabla 1).

CARACTERÍSTICAS BASEALES	
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 $\pm$ 16,08 años
Tiempo de evolución enfermedad	9 $\pm$ 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%)

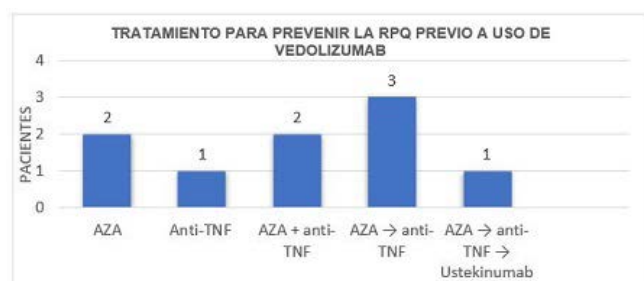
Características basales de los pacientes.

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.

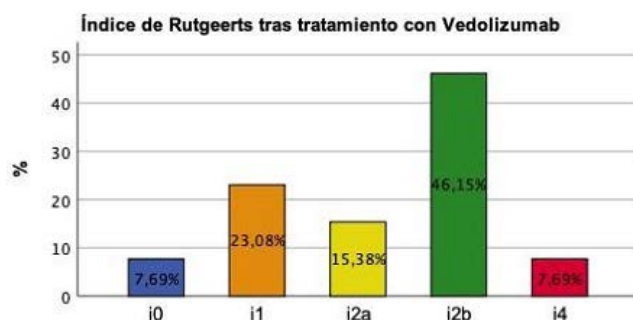
De los 13 pacientes que disponían de endoscopia tras inicio de vedolizumab, el 69,3% presentaron un Rutgeerts $\geq i2$ tras el tratamiento (Figura 2). Previo a tratamiento presentaban Rutgeerts $i4$ el 55,6%. De los pacientes que tenían realizado índice endoscópico previo al uso de VDZ y tras iniciar 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 $0,35 \text{ mg/dL}$ (IQR $0,20 - 4,40$) (Figura 3).



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

Figura 1



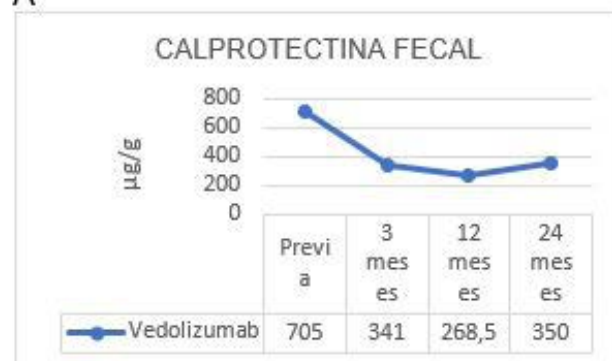
Índice de Rutgeerts en el seguimiento tras tratamiento.

Figura 2

Conclusiones

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

A



B



Niveles de Calprotectina fecal y de Proteína C reactiva.

Figura 3

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.

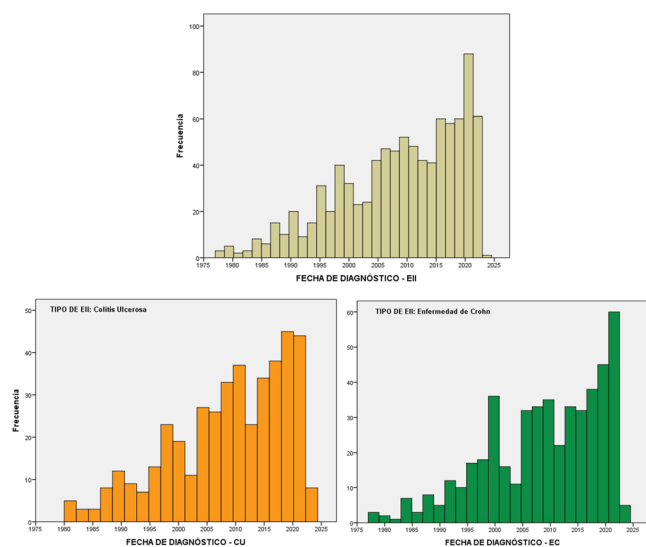


Figura 1
Evolución temporal del número de diagnósticos/año de EII (a), Colitis Ulcerosa (b) y Enfermedad de Crohn (c).

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).

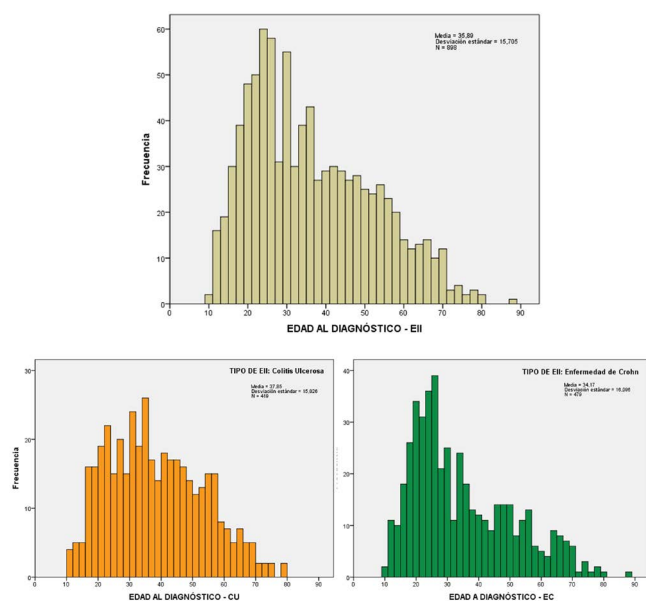


Figura 2
Distribución de la edad al diagnóstico de EII (a), Colitis Ulcerosa (b) y Enfermedad de Crohn (c).

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, $p < 0.01$).

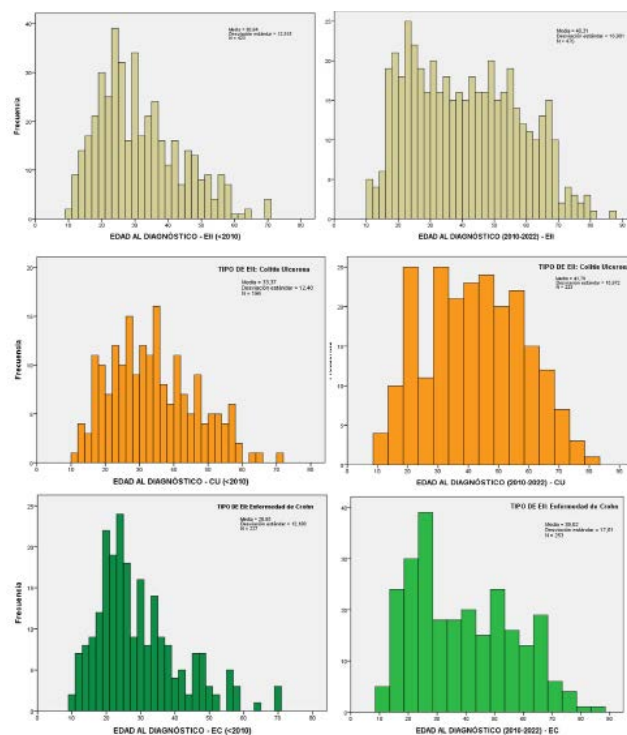


Figura 3
Comparativa de la distribución de la edad de la población con EII (a), CU (b) y EC (c) en función del periodo: antes de 2010 (izquierda), después del 2010 (derecha).

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.