

rapd ONLINE

REVISTA ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

ORIGINAL

84

Pautas de erradicación de primera línea en pacientes alérgicos a penicilina en Andalucía. Resultados del Registro Europeo Hp-EuReg en el periodo 2013-2025.

First-line eradication regimens in penicillin-allergic patients in Andalusia. Results from the European Registry HP-EuReg in the 2013–2025 period.

Torres Blanco C, Pérez Aisa A, De la Cruz Romero F, Rivas Ruiz F, Pabón Carrasco M, Rodríguez Alonso C, Gómez Rodríguez BJ, Ledro Cano D, Keko Huerga A, Perona Vicenti MC, Jiménez Contreras S, Rodríguez González FJ, Martínez Domínguez SJ, Singla A7, Farrés O, Parra P, Moreira L, Nyssen OP, Gisbert JP

REVISIÓN

92

De la vancomicina a fidaxomicina: evolución del paradigma en el manejo de *Clostridioides difficile*.

From vancomycin to fidaxomicin: shifting paradigms in Clostridioides difficile management.

Arana Reyes DY, Camacho Taboada S, Vázquez Hernández PA, Cárdenas Perea ME

CASO CLÍNICO

102

Historia evolutiva post embolización de la arteria gastroduodenal. Complicaciones y manejo.

Gastroduodenal artery embolization outcomes: complications and management.

Bikkuzina Nasykova A, Parra López B, Jiménez Pérez M, Rubio Herrero Á, Torres Saavedra M

107

Amiloidosis gastrointestinal como debut de amiloidosis sistémica

Gastrointestinal amyloidosis as the initial manifestation of systemic amyloidosis

de Vicente Ortega A, Bracho González M, Fernández del Corral MR

IMAGEN DEL MES

110

Colecistitis aguda enfisematosa. Una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo.

Acute emphysematous cholecystitis. An entity to be taken into account in the differential diagnosis of acute abdominal pain.

Aguilar Martínez JC, Campos Gonzaga L, Pavón Guerrero MI

113

La paradoja del anti-TNF: psoriasis pustulosa

The anti-TNF paradox: palmoplantar pustular psoriasis.

Sánchez Tripiana M, Plaza Fernández A, Navarro Moreno E, Hernández Martínez Á

XXVII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SADEX

115

**Comunicaciones orales
Comunicaciones pósters**



ÓRGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

DIRECTORA

Á. Pérez Aísa

FEA. H Universitario Costa del Sol. Málaga.

SUBDIRECTORA

Á. Pizarro Moreno

FEA. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

EDITORES ASOCIADOS

M. Estévez Escobar

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

J. J. Puente Gutiérrez

FEA Hospital Alto Guadalquivir, Andújar. Jaén.

J.M. Rosales Zabal

FEA. H Universitario Costa del Sol. Málaga.

A. Caballero Mateos

Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

A. Viejo Almanzor

FEA. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

EDITORES INTERNACIONALES

A. Riquelme Pérez

FEA. Pontificia Universidad Católica. Chile.

C. Olano

FEA Hospital de Clínicas. Universidad de la República, Uruguay.

D. Balderramos

FEA. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Argentina.

R.U. Macías Rodríguez

FEA. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Mexico.

F. Juliao

FEA. Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín. Colombia.

>> Comité de redacción

F. Argüelles Arias

FEA. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

J.M. Benítez Cantero

FEA. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

F.J. Casado Caballero

FEA. Hospital San Cecilio. Granada.

A. Espino

FEA. Red Salud UC-Christus. Chile.

F. J. García Fernández

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

M.C. García Gavilán

FEA. H Universitario Costa del Sol. Málaga.

J.M. García Ortiz

FEA. Hospital Infanta Elena. Huelva.

M. Garzón Benavides

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

E. Gómez Delgado

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Á. Hernández Martínez

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

J. Jurado García

FEA. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

C. Lara Romero

FEA. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

J. López González

FEA. Hospital Torrecárdenas. Almería.

M. Libroero Jiménez

FEA. Hospital Santa Ana de Motril Granada.

J. M. Martín Guerrero

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

A.M. Moreno García

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera Cádiz.

S. Navarro Serrato

Hospital Quirón Salud Córdoba

M. Ojeda Hinojosa

Complejo Hospitalario de Jaen. Jaen.

R.V. Olmedo Martín

Hospital Regional Carlos Haya. Málaga.

G. Ontanilla Clavijo

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

S. Reina Serrano

FEA. Hospital Poniente. Almería.

M. Rivas Rivas

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

R. Rivera Irigoin

FEA. Hospital Universitario Costa del Sol. Málaga.

C. Rodríguez Ramos

FEA. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

G. Romero Herrera

FEA. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Y. Sánchez Torrijos

FEA. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

A. Sánchez Yagüe

FEA. Hospital Universitario Costa del Sol. Málaga.

A. Selfa Muñoz

FEA. Hospital San Cecilio Clinical. Granada.

B. Serrano Falcón

FEA. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

J. F. Suárez Crespo

FEA. Hospital Torrecárdena. Almería.

M. Tejada Cabrera

FEA. HLA Hospital La Salud. Cádiz.

Jl Vargas Domínguez

FEA. Pontificia Universidad Católica de Chile.

C. Verdejo Gil

FEA. Hospital Universitario Costa del Sol. Málaga.

Edición

Sulime Diseño de Soluciones, S.L.U.

Edificio Centris. Glorieta Fernando Quiñones s/n

Planta BSS- Módulo 7A - 41940 Tomares (Sevilla)

Tlf. 954 15 75 56

Email: bbrriones@sulime.net - Web: www.sulime.net

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

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

PRESIDENTE J. Ampuero Herrojo	DIRECTORA REVISTA RAPD ONLINE A. Pérez Aisa
VICEPRESIDENTA A. Bejarano García	DIRECTOR DE LA PÁGINA WEB F.J. García Fernández
SECRETARIO JM. Pérez Pozo	PRESIDENTA COMITÉ CIENTÍFICO M. Casado Martín
TESORERA M. García Cortes	DIRECTOR GENERAL M. Ortega Ortega

>> **Coordinadores de grupos de trabajo**

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

R.V. Olmedo Martín

HEPATOLOGÍA

M. Estévez Escobar

CÁNCER COLORRECTAL

JJ. Puente Gutiérrez

TRASTORNOS FUNCIONALES

I. Grilo Bensuan

ENDOSCOPIA

M. Rodríguez Ramos

PÁNCREAS

C. Ortiz Moyano

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
- Casos Clínicos
- Casos clínicos con vídeo o Videoforum
- Imágenes del mes
- Novedades y Puesta al día en Gastroenterología y Hepatología
- Cartas al Director

B) Normas comunes y otros documentos de apoyo

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

C) Descarga de documentación

- Normas para autores de la RAPD Online
- 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.
- 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 vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, 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 vídeos. 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 vídeos. 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 vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, 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 Vídeos 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 vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, por razones técnicas, será previamente acordada con el editor. No se admitirán más de 5 autores, excepto en casos concretos y razonados.

Los vídeos 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 vídeos 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 Vídeos.

Enlace vídeos 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 vídeos, no representarán cargo económico para los autores, pero la inserción de vídeos, 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 correspondencia, 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, Malfetheriner 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.

Stamatatos M, Sargedi 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: Giuli 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 vídeos: 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 vídeos, 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 codecs 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 obtenerse autorización previa del comité editorial.

Derechos de Autor

El Autor declara que es el titular de los derechos de autor del Artículo y que este es original y no ha sido publicado previamente en ningún otro lugar. Al aceptar este acuerdo, El Autor otorga a La Revista una licencia no exclusiva para la publicación y distribución del Artículo en cualquier formato, ya sea impreso o digital, así como para su difusión en bases de datos y repositorios digitales.

Usos Permitidos

El Autor conserva el derecho a utilizar su propio Artículo para fines personales, académicos y de investigación, incluyendo su archivo en repositorios institucionales o en sitios web personales, siempre que se mencione la primera publicación en La Revista y se respete la licencia Creative Commons CC BY 4.0.

Licencia de publicación

Cambio de política de licencia editorial

La Revista RAPDOnline, en el marco de su compromiso con el acceso abierto y la difusión del conocimiento científico, informa que a partir del 15 de enero de 2026 adopta la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0) para todas las obras publicadas en adelante.

Esta licencia permite a los usuarios copiar, redistribuir, remezclar, transformar y crear obras derivadas del material, incluso con fines comerciales, siempre que se otorgue la debida atribución al autor y a la fuente original.

Las obras publicadas entre el 1 de enero de 2024 y el 14 de enero de 2026 permanecen sujetas a la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0), o a la que se hubiera indicado en su momento de publicación.

Los autores podrán, si lo desean, solicitar la relicencia individual de artículos previamente publicados, con el consentimiento del comité editorial.

Licencia Vigente

La revista Andaluza de Patología Digestiva es una revista de acceso abierto, lo que significa que todo su contenido está disponible gratuitamente y sin coste alguno para el usuario o su institución. Los trabajos recogidos en esta revista están sujetos a una Licencia Creative Commons BY 4.0.

Términos

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.
This work is licensed under

CC BY 4.0

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto el usuario respete los términos de la licencia.

Bajo los siguientes términos, los usuarios que quieran reutilizar estos artículos deben tener en cuenta:

1. La atribución — se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que el usuario o su uso tienen el apoyo del licenciante.

No hay restricciones adicionales: No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una excepción o limitación aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como publicidad, privacidad, o derechos morales pueden limitar la forma en que se utilice el material.

Licencia anterior

Atribución: Los usuarios deben dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Pueden hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que los usuarios o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

NoComercial: Los usuarios no pueden hacer uso del material con propósitos comerciales.

Sin Obras Derivadas: Si los usuarios remezclan, transforman o crean a partir del material, no podrán distribuir el material modificado

No hay restricciones adicionales: No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.
This work is licensed under

CC BY-NC-ND 4.0

Fotografías de pacientes o relacionadas con la salud

Si el Artículo incluye fotografías que contienen información relacionada con la salud de personas (como imágenes de pacientes, muestras clínicas u otros datos sensibles), El Autor declara y garantiza que:

- Ha obtenido el consentimiento expreso, libre e informado de las personas involucradas o, en su caso, de sus representantes legales, para la captura y uso de dichas imágenes en el Artículo.

- Tiene los derechos necesarios para incluir dichas fotografías en el Artículo, respetando la licencia Creative Commons BY-NC-ND 4.0.

- Se han tomado todas las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y protección de la privacidad de las personas involucradas.

Conflicto de intereses

Conforme a lo estipulado en el apartado de conflicto de interés de las normas de publicación de La Revista y de acuerdo con las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, es necesario comunicar por escrito la existencia de alguna relación entre los autores del artículo y cualquier entidad pública o privada de la cual se pudiera derivar algún posible conflicto de interés.

El Autor declara que ha informado a La Revista de cualquier conflicto de interés que pudiera influir en la interpretación o presentación del Artículo. De existir, los conflictos de interés se indicarán claramente en el propio Artículo.

Revisión y Rectificación

La Revista se reserva el derecho de revisar, rectificar o retirar el Artículo si se detectan errores sustanciales, infracciones éticas o violaciones de los términos de este acuerdo. El Autor será notificado y tendrá la oportunidad de responder antes de que se tomen medidas correctivas.

Normas Éticas

El Autor asegura que el Artículo cumple con las normas éticas y de integridad científica aplicables. En particular, El Autor garantiza que:

- El trabajo se ha realizado con la aprobación del Comité ético correspondiente y con el respeto a las normas dictadas por los comités de Derechos Humanos de investigación con seres humanos y con animales de laboratorio.
- Se han obtenido los permisos necesarios, especialmente el consentimiento de los pacientes en salvaguarda de su intimidad, y se han cumplimentado los formularios de consentimiento necesarios.
- Se han obtenido los permisos necesarios para la reproducción de materiales sujetos a derechos de autor de terceros, si corresponde.
- El contenido del Artículo es original, sin plagio, y no ha sido falsificado ni manipulado.
- Las imágenes y datos relacionados con la salud de personas han sido obtenidos y utilizados conforme a lo establecido en la cláusula 5 de este acuerdo.

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 (Declaración de Helsinki 1975) 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 (<https://www.nap.edu/read/5140/chapter/1>).
- **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.

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 (https://www.sapd.es/pdf/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.

Cargos de autor

La revista no tiene cargos de ningún tipo.

PAUTAS DE ERRADICACIÓN DE PRIMERA LÍNEA EN PACIENTES ALÉRGICOS A PENICILINA EN ANDALUCÍA. RESULTADOS DEL REGISTRO EUROPEO HP-EUREG EN EL PERIODO 2013-2025.

First-line eradication regimens in penicillin-allergic patients in Andalusia. Results from the European Registry HP-EuReg in the 2013–2025 period.

Torres Blanco C¹, Pérez Aisa A¹, De la Cruz Romero F¹, Rivas Ruíz F¹, Pabón Carrasco M², Rodríguez Alonso C², Gómez Rodríguez BJ³, Ledro Cano D³, Keko Huerga A³, Perona Vicenti MC⁴, Jiménez Contreras S⁵, Rodríguez González FJ⁶, Martínez Domínguez SJ^{6,7,8}, Singla A⁹, Farrés O⁹, Parra P¹⁰, Moreira L¹¹, Nyssen OP¹⁰, Gisbert JP¹⁰

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA.

² HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. SEVILLA.

³HOSPITAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA.

⁴HOSPITAL QUIRÓN MARBELLA. MÁLAGA.

⁵HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.

⁶HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA. ZARAGOZA.

⁷INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE ARAGÓN (IIS ARAGÓN).

⁸CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD), ZARAGOZA.

⁹GASTROINTESTINAL ONCOLOGY, ENDOSCOPY AND SURGERY (GOES) RESEARCH GROUP, ALTHAIA XARXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÀRIA DE MANRESA. INSTITUT DE RECERCA I INNOVACIÓ EN CIÈNCIES DE LA VIDA I DE LA SALUT DE LA CATALUNYA CENTRAL (IRIS-CC). MANRESA .

¹⁰HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA PRINCESA (IIS-PRINCESA), UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID (UAM), CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED DE ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD). MADRID.

¹¹DEPARTAMENTO DE GASTROENTEROLOGÍA, HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA. CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN RED EN ENFERMEDADES HEPÁTICAS Y DIGESTIVAS (CIBEREHD) INSTITUT D'INVESTIGACIONS BIOMÈDIQUES AUGUST PI I SUNYER (IDIBAPS). UNIVERSITY OF BARCELONA. BARCELONA.

Resumen

Introducción y objetivos: El tratamiento erradicador de la infección por *Helicobacter pylori* (HP) es un reto en pacientes alérgicos a penicilina, especialmente en zonas de alta tasa de resistencia a claritromicina como es Andalucía (cerca al 20%). Por ello nuestro objetivo fue analizar la evolución de las pautas de primera línea en pacientes naïve alérgicos a penicilina, evaluando efectividad, seguridad y adherencia.

Material y método: Estudio observacional descriptivo basado en el registro Hp-EuReg. Se incluyeron pacientes alérgicos a penicilina tratados en primera línea entre 2013 y 2025 en once centros andaluces. Se analizaron variables demográficas, clínicas y relacionadas con el tratamiento. La efectividad se evaluó mediante análisis por intención de tratar modificada.

Claudia Torres Blanco
Hospital Universitario Costa del Sol. Málaga
claudiatblanco4@gmail.com

Torres Blanco C, Pérez Aisa A, De la Cruz Romero F, Rivas Ruíz F, Pabón Carrasco M, Rodríguez Alonso C et al. Pautas de erradicación de primera línea en pacientes alérgicos a penicilina en Andalucía. Resultados del Registro Europeo Hp-EuReg en el periodo 2013-2025. RAPD 2026;49(3):84-91. DOI: 10.37352/2026493.1

Resultados: De 5942 pacientes registrados, 247 (4,2%) fueron naïve y alérgicos a penicilina. La pauta más empleada fue la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®) (61,8%), seguida de terapias triples (29,7%). Pylera® alcanzó una tasa de erradicación del 93,9%, significativamente superior a las terapias triples ($p < 0.001$). La dosis estándar de inhibidores de la bomba de protones (IBP) fue la más empleada, y la duración de tratamiento más frecuente 10 días, sin alcanzar ambas variables significación estadística en cuanto a eficacia. La adherencia global fue óptima (97,1%) y la incidencia de efectos adversos fue baja ($\approx 9\%$), predominantemente leves.

Conclusión: Pylera® se consolida como la estrategia de primera línea más efectiva y segura en pacientes naïve alérgicos a penicilina, reflejando una adecuada adaptación de la práctica clínica andaluza a la evidencia científica disponible.

Abreviaturas: *Helicobacter pylori* (HP), inhibidor de la bomba de protones (IBP), linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT), análisis por intención de tratar (ITT), análisis por intención de tratar modificada (mITT).

Palabras clave: hepatitis autoinmune, respuesta bioquímica completa, enfermedad refractaria, terapias de segunda y tercera línea, micofenolato mofetil, casos complejos.

Abstract

Introduction and aims: Eradication treatment of *Helicobacter pylori* (HP) infection remains a challenge in patients allergic to penicillin, particularly in areas with high clarithromycin resistance rates such as Andalusia (close to 20%). Therefore, our objective was to analyze the evolution of first-line regimens in penicillin-allergic naïve patients, assessing effectiveness, safety, and adherence.

Materials and methods: A descriptive observational study based on the Hp-EuReg registry was conducted. Penicillin-allergic patients receiving first-line treatment between 2013 and 2025 in eleven centers in Andalusia were included. Demographic, clinical, and treatment-related variables were analyzed. Effectiveness was assessed using a modified intention-to-treat analysis.

Results: Of 5,942 registered patients, 247 (4.2%) were naïve and allergic to penicillin. The most frequently used regimen was single-capsule bismuth quadruple therapy (Pylera®) (61.8%), followed by triple therapies (29.7%). Pylera achieved an eradication rate of 93.9%, significantly higher than that of triple therapies ($p < 0.001$). The standard dose of proton

pump inhibitors (PPI) was the most commonly prescribed, and the most frequent treatment duration was 10 days; however, neither variable reached statistical significance in terms of effectiveness. Overall adherence was optimal (97.1%), and the incidence of adverse events was low ($\approx 9\%$), predominantly mild.

Conclusion: Pylera® has become established as the most effective and safe first-line strategy in penicillin-allergic naïve patients, reflecting appropriate adaptation of clinical practice in Andalusia to the available scientific evidence.

Abbreviations: *Helicobacter pylori* (HP), proton pump inhibitor (PPI), mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma (MALT), intention-to-treat analysis (ITT), modified intention-to-treat analysis (mITT).

Keywords: autoimmune hepatitis, complete biochemical response, refractory disease, second- and third-line therapy, mycophenolate mofetil, complex cases.

Introducción

La infección por *Helicobacter pylori* (HP) afecta a aproximadamente el 50% de la población mundial y desempeña un papel fundamental en el desarrollo de gastritis crónica, úlcera péptica, linfoma del tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT) y cáncer gástrico.

En España se han celebrado hasta la fecha cinco reuniones de consenso sobre la infección por HP, la última en mayo de 2021, centrada en el tratamiento de esta infección¹. El consenso actual establece un umbral de exigencia terapéutica más elevado, requiriendo que los regímenes empíricos alcancen, o preferiblemente superen, una tasa de erradicación del 90 % según el análisis por intención de tratar (ITT).

De este modo, de manera general se recomienda tanto en primera como en segunda línea una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (claritromicina, amoxicilina, metronidazol e inhibidor de la bomba de protones –IBP–) durante 14 días, o bien una combinación cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) durante 10 días como mínimo.

En el caso concreto de pacientes alérgicos a penicilina esta misma guía recomienda administrar de primera línea la pauta cuádruple con bismuto. Hasta la fecha, la experiencia disponible con los tratamientos erradicadores en pacientes con alergia a la penicilina es limitada, pese a que esta situación se presenta con relativa frecuencia en la práctica clínica². Sin embargo, debe considerarse que sólo una pequeña proporción

de los pacientes que refieren antecedentes teóricos de alergia a la penicilina presenta realmente una hipersensibilidad inmunomediada demostrada, por lo que resulta esencial confirmar dicho diagnóstico de manera objetiva.

Por otro lado, deben ser tomados en cuenta aquellos factores que influyen sobre la eficacia del tratamiento erradicador, como son la adherencia terapéutica, el historial previo de consumo de antibióticos y, sobre todo, la prevalencia de resistencias antibióticas. Son múltiples los estudios a nivel mundial que han demostrado un incremento de la resistencia de HP a lo largo de los años. En el estudio multicéntrico internacional de Schultz *et al.*³ se demuestra que la resistencia a claritromicina y levofloxacino supera el 15% en más de la mitad de los 31 países incluidos. Mientras que amoxicilina mostraba tasas por debajo del 2% en la mayoría de los países.

En otro trabajo reciente dirigido por la Hp-EuReg (*European Registry on the Management of Helicobacter Pylori Infection*)⁴ se constata que, en Europa y de manera similar en España, desde la década de 1990, la resistencia primaria a claritromicina ha experimentado fluctuaciones, manteniéndose de forma constante por encima del 15%. Por otra parte, la resistencia a metronidazol se ha mantenido elevada y estable, con prevalencias superiores al 25%; mientras que la resistencia a levofloxacino ha mostrado un aumento progresivo, situándose en los años más recientes por encima del 19%.

Más concretamente en Andalucía, un estudio multicéntrico muestra que la resistencia primaria de HP alcanza el 18% para claritromicina y el 14% para levofloxacino. Dado que la resistencia a claritromicina supera el umbral crítico del 15%, las guías desaconsejan en esta región utilizar terapias triples basadas en claritromicina⁵.

Teniendo en cuenta, por un lado, la elevada tasa de resistencia a claritromicina y, por otro, la imposibilidad de utilizar amoxicilina en pacientes alérgicos a penicilina — fármaco considerado uno de los más eficaces frente a HP y con bajas tasas de resistencia—, plantear el abordaje terapéutico de la infección por HP en este perfil de pacientes constituye un verdadero desafío clínico.

Objetivo

El objetivo del presente trabajo fue analizar la evolución de las pautas de tratamiento de la infección por HP en pacientes sin tratamiento previo y con alergia a penicilina, evaluando la efectividad, seguridad y cumplimiento de los distintos esquemas empleados.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio observacional descriptivo utilizando como fuente de datos el Hp-EuReg, un registro sistemático prospectivo internacional, centrado en el manejo de la infección por HP. La información se recopiló mediante cuadernos de recogida de datos electrónicos (e-CRD), integrados en la plataforma AEG-REDCap. Se trata de un software colaborativo entre la Asociación Española de Gastroenterología y Research Electronic Database Capture, que permite el diseño, desarrollo y gestión de cuadernos electrónicos de recogida de datos en estudios de investigación, incluidos los de carácter multicéntrico.

Se analizaron los tratamientos de primera línea más frecuentemente empleados entre 2013 y junio de 2025, incluyendo exclusivamente pacientes con alergia a penicilina. La presencia de alergia a penicilina se estableció a partir de la información registrada en la historia clínica, incluyendo tanto pacientes con alergia referida como aquellos con diagnóstico previamente confirmado mediante valoración por un Servicio de Alergología. Los once centros participantes estaban ubicados en las provincias de Málaga, Sevilla, Granada, Almería y Cádiz.

Se evaluaron variables demográficas y clínicas, así como aquellas relacionadas con la prescripción, efectividad y seguridad de los tratamientos administrados. Las dosis de IBP se estandarizaron utilizando equivalentes de omeprazol, categorizándose en dosis baja (4,5 - 27 mg equivalentes de omeprazol / 12h), dosis estándar (32 - 40 mg equivalentes de omeprazol / 12h) y dosis alta (54 - 128 mg equivalentes de omeprazol / 12h). La adherencia al tratamiento se definió como la toma de más del 90% de la medicación prescrita. Con el objetivo de aproximar los resultados a la práctica clínica habitual, la efectividad de los tratamientos se evaluó mediante un análisis por intención de tratar modificada (mITT), que incluye a todos los pacientes que completan el seguimiento y en los que se realiza una prueba confirmatoria del éxito erradicador, independientemente del cumplimiento terapéutico.

Se realizó un análisis estadístico de tipo descriptivo y bivalente, comparando proporciones mediante los tests chi-cuadrado (χ^2) y exacto de Fisher. El análisis bivalente se empleó para evaluar la asociación entre los distintos esquemas terapéuticos y la tasa de erradicación, así como entre la efectividad y la dosis del inhibidor de la bomba de protones (IBP) y la duración del tratamiento. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Todos los

análisis estadísticos se realizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics, versión 28,0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.)

Resultados

Durante el periodo de estudio se han incluido en el registro andaluz un total de 5942 pacientes, de los que 247 (4,2%) fueron naïve y alérgicos a penicilina. En el periodo comprendido entre los años 2014 y 2017 se registró el 51,4 % del total de la muestra, siendo los años 2016 y 2017 aquellos en los que se incluyeron un mayor número de pacientes. La edad media fue 54 (+/-14,3; rango: 18-84) años, y el 70% fueron mujeres. La indicación más frecuente de tratamiento fue la dispepsia (75,3%), seguida de úlcera péptica (11,7%), y se emplearon técnicas diagnósticas invasivas hasta en el 63,2% de los pacientes (Tabla 1).

En términos globales, el tratamiento más frecuentemente empleado fue Pylera® (61,8%), una pauta cuádruple con bismuto en cápsula única que combina metronidazol, tetraciclina y subcitrate de bismuto. En segundo lugar, se emplearon pautas triples (29,7%), siendo los esquemas más utilizados los que combinaban metronidazol con claritromicina (18,3%) o claritromicina con levofloxacino (8,9%). Finalmente, entre las terapias cuádruples (8,5%), predominó el esquema basado en la asociación de metronidazol, doxiciclina y bismuto. En relación con la potencia del IBP, aproximadamente la mitad de los pacientes recibió la pauta estándar, mientras que las dosis altas fueron las menos empleadas. Por otra parte, las pautas de 10 días fueron las más utilizadas (92,7%) (Tabla 2).

Al analizar la evolución de las pautas de tratamiento a lo largo del tiempo, se observa que, al inicio del periodo, la triple terapia fue el esquema más prescrito. Su utilización disminuyó de manera notable a partir de 2016, coincidiendo con la comercialización de Pylera®, que desde entonces se convirtió en la opción predominante para el manejo de la infección en estos pacientes. Por su parte, las modalidades de terapia cuádruple han tenido un uso más limitado, fluctuando entre un 28 % en 2015 y un 17 % en 2025 (Figura 1).

Al valorar la potencia de los IBP utilizados a lo largo del periodo de estudio, no se identifica un patrón evolutivo claramente definido. A pesar de la variabilidad observada, la pauta estándar de IBP fue la más frecuentemente empleada, mientras que el uso de dosis altas se mantuvo como la opción menos habitual (Figura 2).

La adherencia al tratamiento fue óptima, estimándose en un 97,1%, y la efectividad global (mITT) de nuestra muestra alcanzó el 84% (Tabla 3).

Variables	Frecuencia (n:247)	%	
Año	2013	16	6,5%
	2014	26	10,5%
	2015	28	11,3%
	2016	40	16,2%
	2017	33	13,4%
	2018	18	7,3%
	2019	17	6,9%
	2020	24	9,7%
	2021	19	7,7%
	2022	11	4,5%
	2023	6	2,4%
	2024	3	1,2%
2025	6	2,4%	
Sexo	Mujer	172	69,6%
	Hombre	75	30,4%
Indicación	Dispepsia con endoscopia normal	110	44,5%
	Dispepsia no investigada	76	30,8%
	Úlcera duodenal	19	7,7%
	Úlcera gástrica	10	4%
	Otros	32	13%
Diagnóstico de la infección	Invasivo	156	63,3%
	No invasivo	91	36,8%

Tabla 1. Variables socio-demográficas y clínicas de la muestra.

Variables	Frecuencia (n:247)	%	
Esquema de tratamiento	Pylera®	152	61,8
	Triple	73	29,7
	Cuádruple	21	8,5
Potencia inhibición ácida de los IBP	Bajo	88	35,6
	Estándar	113	45,7
	Alto	46	18,6
Duración tratamiento	7 días	1	0,4
	10 días	229	92,7
	14 días	17	6,9

Tabla 2. Variables de los tratamientos prescritos: esquemas de tratamiento empleados, potencia de inhibición ácida de los IBP y duración de los tratamientos.

Al evaluar la efectividad en función de los esquemas de tratamiento más utilizados (Tabla 4), se observó que las terapias triples con claritromicina combinadas con metronidazol o con levofloxacino presentaron resultados subóptimos en pacientes alérgicos a la penicilina, con tasas de erradicación del 65,1% y del 76,1%, respectivamente. La incorporación



Figura 1. Esquema de tratamientos empleados por año.

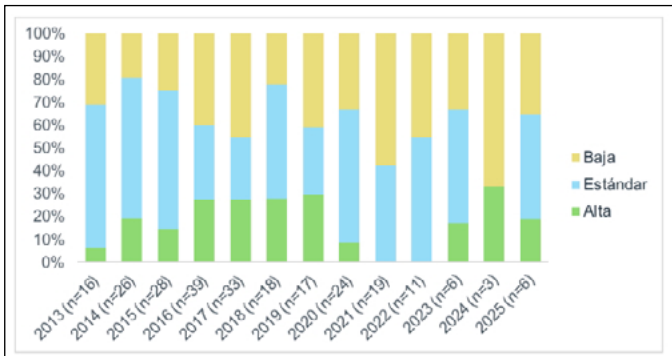


Figura 2. Esquema de potencia de inhibición de IBP por año.

Variables	Frecuencia (n:247)	%	
Cumplimiento terapéutico	Sí	237	97,1%
	No	7	2,9%
mITT	Éxito	200	84%
	Fracaso	38	16%

Tabla 3. Resultados globales de adherencia terapéutica y efectividad.

Variables	Fracaso		Éxito		P
	n	%	n	%	
Esquema de tratamiento					
Triple C+M	15	34,9	28	65,1	
Triple C+L	5	23,8	16	76,2	<0,001
Pylera®	9	6,1	138	93,9	

Tabla 4. Efectividad según los esquemas de tratamiento más empleados.

de Pylera® en este contexto mejoró de manera sustancial los resultados, alcanzando tasas de erradicación del 93,9 %, diferencia estadísticamente significativa en comparación con las alternativas (p<0,001).

Al comparar la efectividad en función de la dosis de IBP, las tasas de erradicación fueron similares entre los tres grupos analizados. En el análisis según la duración del tratamiento, los esquemas de 10 días mostraron una mayor

tasa de erradicación; no obstante, esta diferencia no alcanzó significación estadística (p = 0,20) (Tabla 5).

Variables	Fracaso		Éxito		p
	n	%	n	%	
Potencia inhibición ácida					
IBP					
Bajo	13	15,1	73	84,9	
Estándar	18	16,4	92	83,6	0,799
Alto	7	16,7	35	83,3	
Duración tratamiento					
10 días	32	14,5	188	85,5	0,20
14 días	5	29,4	12	70,6	

Tabla 5. Efectividad según potencia de IBP y duración de tratamiento.

Finalmente, se recogieron efectos adversos en aproximadamente el 9 % de los pacientes, predominando en su mayoría reacciones leves de carácter gastrointestinal. Los eventos más frecuentes fueron náuseas, disgeusia y dispepsia. No se observaron complicaciones graves que requiriesen la interrupción del tratamiento.

Discusión

Este trabajo pone de manifiesto que en nuestro entorno el tratamiento de la infección por HP en pacientes alérgicos a penicilina con Pylera® constituye el esquema terapéutico de elección. Previamente, la opción más empleada era la terapia triple tradicional con IBP, claritromicina y metronidazol, que en metaanálisis antiguos mostraba tasas de erradicación superiores al 80%⁶, pero que en estudios españoles más actuales ha mostrado una disminución significativa en su efectividad, con tasas inferiores al 60%⁷⁸. Este hecho está relacionado con el aumento de la resistencia antibiótica de HP⁹⁻¹¹. De hecho, el significativo aumento de resistencia a claritromicina ha sido a nivel global, lo que motivó a la OMS en 2017 a incluir a HP-resistente a claritromicina en la lista de patógenos prioritarios para la investigación de nuevos antibióticos. No obstante, aunque la resistencia sigue en aumento en la mayoría de los países, en 2024 ha sido retirado de dicha lista de prioridad, una decisión que ha sido controvertida. De manera similar, la resistencia de HP a levofloxacino también ha mostrado un incremento en varias regiones, lo que complica aún más la selección de otros regímenes de erradicación efectivos¹²⁻²¹.

En cuanto a las alternativas terapéuticas, estudios recientes han evaluado combinaciones como la de IBP, tetraciclina y metronidazol en pacientes alérgicos a penicilina. Estos estudios han mostrado tasas de erradicación por ITT del

80-85%^{22,23}. Los resultados sugirieron que esta combinación triple, o incluso su versión cuádruple con adición de bismuto, podría constituir una alternativa más efectiva para el tratamiento de primera línea en estos pacientes, especialmente en regiones con alta resistencia a metronidazol o claritromicina. Probablemente, la eficacia de la pauta cuádruple se explica por la capacidad del bismuto de contrarrestar el efecto negativo de la resistencia a metronidazol²⁴, que además se emplea de manera prolongada, a intervalos cortos y con dosis altas; y porque la eficacia del régimen no se ve afectada por la resistencia a claritromicina²⁵. Además, la resistencia del HP frente a tetraciclina y bismuto es excepcional²⁶.

En línea con esto, un estudio prospectivo multicéntrico español comparó la eficacia de la terapia triple (IBP, claritromicina y metronidazol durante 7 días) con la terapia cuádruple (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol durante 10 días) en 267 pacientes alérgicos a penicilina²⁷. Los resultados mostraron una tasa de erradicación por ITT del 57% con la terapia triple, mientras que el régimen cuádruple alcanzó un 74%, confirmando la superioridad de este último enfoque en esta población. En concordancia con esto, un estudio reciente del Hp-EuReg, realizado sobre más de 1.000 pacientes alérgicos a penicilina, ha mostrado que en primera línea la efectividad de la terapia triple alcanzó solo un 69 %, mientras que la terapia cuádruple con bismuto, ya fuera en su formato clásico o mediante la cápsula única de Pylera®, logró una tasa de erradicación del 91 %²⁸.

Todo lo previo sustenta el resultado de nuestro trabajo, que constata el empleo de Pylera® como terapia, no sólo más prescrita, sino también siendo la única que mostró tasas de erradicación óptimas. La ventaja de emplear Pylera® como terapia cuádruple con bismuto en cápsula única frente a la terapia cuádruple con bismuto convencional reside en una posología más cómoda y además supera la baja disponibilidad de bismuto y tetraciclina clorhidrato en muchas regiones. Todo ello además es acorde con la recomendación del V Consenso Español de tratamiento de HP¹.

En nuestra muestra se emplearon en segundo lugar terapias triples, obteniendo resultados subóptimos, hallazgos consistentes con la evidencia previamente publicada. Las modalidades de terapia cuádruple han tenido un uso más limitado, y en algunos años no se registró su empleo, si bien estas ausencias coincidieron con periodos de un menor número de casos registrados. En España, el empleo del tratamiento cuádruple con bismuto ha sido limitado principalmente por la falta de disponibilidad de tetraciclina y porque doxiciclina, aunque comercializada, se ha relacionado con tasas de eficacia inferiores²⁹.

Por tanto, encontramos una asociación claramente significativa entre el régimen terapéutico y la efectividad, a favor de Pylera®. Sin embargo, al analizar la efectividad en función de dosis de IBP y duración de tratamiento, nuestros resultados no fueron concluyentes. Este hecho podría explicarse, al menos en parte, porque estas variables se evaluaron de forma global, sin diferenciar entre los múltiples esquemas terapéuticos descritos. Aunque sin alcanzar significación estadística, la duración de 10 días de tratamiento obtuvo mejores resultados, quizás en gran medida porque coincide con la de la formulación comercial de Pylera®, el tratamiento más prescrito.

La principal fortaleza de nuestro trabajo es que se apoya en un registro extenso y con un periodo de seguimiento prolongado, lo que permite analizar de manera detallada la evolución y las tendencias en la utilización de los tratamientos a lo largo del tiempo, incluyendo un importante número de pacientes y variables. Además, se recoge información de una región geográfica concreta con usos comunes en la prescripción y en el manejo de este escenario clínico. Como posibles limitaciones del estudio pueden citarse la derivada de la propia naturaleza observacional del diseño y la existencia de periodos con un menor registro de datos. Además, aunque el estudio cuenta con una amplia muestra de once centros en cinco provincias andaluzas (Málaga, Sevilla, Granada, Almería y Cádiz), la ausencia de datos de las provincias de Huelva, Córdoba y Jaén podría limitar ligeramente la validez externa de los resultados para la totalidad del territorio andaluz. No obstante, pensamos que los hallazgos obtenidos pueden ser bastante representativos de la práctica clínica en Andalucía.

Conclusiones

El presente estudio evidencia un cambio significativo en las pautas de tratamiento para pacientes naïve alérgicos a penicilina en Andalucía entre 2013 y 2025, marcado por la sustitución de la triple terapia por la terapia cuádruple con bismuto en cápsula única (Pylera®) como régimen predominante tras su comercialización. Esta evolución se ha traducido en resultados excelentes, demostrando tasas de erradicación superior al 90%, con una adherencia óptima y un perfil de seguridad favorable, con una baja incidencia de eventos adversos, mayoritariamente leves.

Los hallazgos apoyan el empleo de Pylera® durante 10 días como estrategia de primera línea en esta población con opciones terapéuticas limitadas, y evidencian una adaptación favorable de la práctica clínica andaluza a la evidencia científica, con la consiguiente optimización de los resultados clínicos en este grupo de pacientes.

Bibliografía

1. Gisbert JP, Alcedo J, Amador J, Bujanda L, Calvet X, et al. Guía de práctica clínica. V Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*. *Gastroenterol Hepatol*. 2016;39(10):697-721.
2. Castells M, Khan DA, Phillips EJ. Penicilin Allergy. *N Eng J Med*. 2019;381:2338-51.
3. Schulz C, Liou J-M, Alborae M, Bornschein J, Campos Nunez C, et al. *Helicobacter pylori* antibiotic resistance: a global challenge in search of solutions. *Gut*. 2025;74(10):1561-1570. doi:10.1136/gutjnl-2025-335523.
4. Nafria B, Nyssen OP, Parra P, Bujanda L, Gisbert JP. P-103 - Resistencia primaria a claritromicina, metronidazol y levofloxacino en pacientes naïve infectados por *Helicobacter pylori* en Europa en las últimas cuatro décadas. *Gastroenterol Hepatol*. 2025;48(Supl 1):S2135
5. Navarro-Jarabo JM, Fernández-Sánchez F, Fernández-Moreno N, Hervas-Molina AJ, Casado-Caballero F, et al. Prevalence of primary resistance of *Helicobacter pylori* to clarithromycin and levofloxacin in Southern Spain. *Digestion*. 2015;92:78-82. doi:10.1159/000435949.
6. Gisbert JP, Gonzalez L, Calvet X, Garcia N, Lopez T, Roque M, et al. Proton pump inhibitor, clarithromycin and either amoxicillin or nitroimidazole: a meta-analysis of eradication of *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2000;14:1319-28.
7. Gisbert JP, Gisbert JL, Marcos S, Olivares D, Pajares JM. *Helicobacter pylori* first-line treatment and rescue options in patients allergic to penicillin. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;22:1041-6.
8. Gisbert JP, Perez-Aisa A, Castro-Fernandez M, Barrio J, Rodrigo L, Cosme A, et al. *Helicobacter pylori* first-line treatment and rescue option containing levofloxacin in patients allergic to penicillin. *Dig Liver Dis*. 2010;42:287-90.
9. Gisbert JP, Maria Pajares J. *Helicobacter pylori* resistance to metronidazole and to clarithromycin in Spain. A systematic review. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:111-6.
10. Megraud F, Coenen S, Versporten A, Kist M, Lopez-Brea M, Hirschl AM, et al. *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics in Europe and its relationship to antibiotic consumption. *Gut*. 2013;62:34-42.
11. Molina-Infante J, Gisbert JP. Update on the efficacy of triple therapy for *Helicobacter pylori* infection and clarithromycin resistance rates in Spain (2007-2012). *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36:375-81.
12. Mégraud F, Graham DY, Howden CW, et al. Rates of Antimicrobial Resistance in *Helicobacter pylori* Isolates From Clinical Trial Patients Across the US and Europe. *Am J Gastroenterol* 2023;118:269-75.
13. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut* 2022;71:1724-64.
14. Moss SF, Dang LP, Chua D, et al. Comparable Results of *Helicobacter pylori* Antibiotic Resistance Testing of Stools vs Gastric Biopsies Using Next-Generation Sequencing. *Gastroenterology* 2022;162:2095-7.
15. Moss SF, Shah SC, Tan MC, et al. Evolving Concepts in *Helicobacter pylori* Management. *Gastroenterology* 2024;166:267-83.
16. Katelaris P, Hunt R, Bazzoli F, et al. *Helicobacter pylori* World Gastroenterology Organization Global Guideline. *J Clin Gastroenterol* 2023;57:111-26.
17. Fallone CA, Moss SF, Malfertheiner P. Reconciliation of Recent *Helicobacter pylori* Treatment Guidelines in a Time of Increasing Resistance to Antibiotics. *Gastroenterology* 2019;157:44-53.
18. Tacconelli E, Carrara E, Savoldi A, et al. Discovery, research, and development of new antibiotics: the WHO priority list of antibiotic-resistant bacteria and tuberculosis. *Lancet Infect Dis* 2018;18:318-27.
19. Savoldi A, Carrara E, Graham DY, et al. Prevalence of Antibiotic Resistance in *Helicobacter pylori*: A Systematic Review and Meta-analysis in World Health Organization Regions. *Gastroenterology* 2018;155:1372-82.
20. Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier JC, et al. *Helicobacter pylori* eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus clarithromycin-based triple therapy: a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet* 2011;377:905-13.
21. WHO. Antimicrobial stewardship programmes in health-care facilities in low and middle income countries. 2019. Available: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329404/9789241515481-eng.pdf>
22. Rodriguez-Torres M, Salgado-Mercado R, Rios-Bedoya CF, Aponte-Rivera E, Marxuach-Cuetara AM, Rodriguez-Orengo JF, et al. High eradication rates of *Helicobacter pylori* infection with first- and second-line combination of esomeprazole, tetracycline, and metronidazole in patients allergic to penicillin. *Dig Dis Sci*. 2005;50:634-9.

23. Matsushima M, Suzuki T, Kurumada T, Watanabe S, Watanabe K, Kobayashi K, et al. Tetracycline, metronidazole and amoxicillin-metronidazole combinations in proton pump inhibitor-based triple therapies are equally effective as alternative therapies against *Helicobacter pylori* infection. *J Gastroenterol Hepatol*. 2006;21:232-6.

24. Fischbach L, Evans EL. Meta-analysis: the effect of antibiotic resistance status on the efficacy of triple and quadruple firstline therapies for *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;26:343-57.

25. Malfertheiner P, Bazzoli F, Delchier JC, Celinski K, Giguere M, Riviere M, et al. *Helicobacter pylori* eradication with a capsule containing bismuth subcitrate potassium, metronidazole, and tetracycline given with omeprazole versus enlabel, non-inferiority, phase 3 trial. *Lancet*. 2011;377:905-13.

26. Megraud F. The challenge of *Helicobacter pylori* resistance to antibiotics: the comeback of bismuth-based quadruple therapy. *Therap Adv Gastroenterol*. 2012;5:103-9.

27. Gisbert JP, Barrio J, Modolell I, Molina-Infante J, Aisa AP, Castro-Fernandez M, et al. *Helicobacter pylori* first-line and rescue treatments in the presence of penicillin allergy. *Dig Dis Sci*. 2015;60:458-64.

28. Nyssen OP, Perez-Aisa A, Tepes B, Rodrigo-Saez L, Romero PM, Lucendo A, et al. *Helicobacter pylori* first-line and rescue treatments in patients allergic to penicillin: Experience from the European Registry on *H pylori* management (Hp-EuReg). *Helicobacter*. 2020;25:e12686

29. Nyssen OP, Perez-Aisa A, Rodrigo L, Castro M, Mata Romero P, Ortuno J, et al. Bismuth quadruple regimen with tetracycline or doxycycline versus three-in-one single capsule as third-line rescue therapy for *Helicobacter pylori* infection: Spanish data of the European *Helicobacter pylori* Registry (Hp-EuReg). *Helicobacter*. 2020;25:e12722.

DE LA VANCOMICINA A FIDAXOMICINA: EVOLUCIÓN DEL PARADIGMA EN EL MANEJO DE CLOSTRIDIROIDES DIFFICILE.

*From vancomycin to fidaxomicin: shifting paradigms in
Clostridioides difficile management.*

Arana Reyes DY, Camacho Taboada S, Vázquez Hernández PA, Cárdenas Perea ME

SERVICIO DE PARASITOLOGÍA CLÍNICA. DEPARTAMENTO DE AGENTES BIOLÓGICOS, FACULTAD DE MEDICINA, BENEMÉRITA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE PUEBLA, PUEBLA. MÉXICO.

Resumen

Introducción: La infección por *Clostridioides difficile* es una de las principales causas de diarrea asociada a antibióticos y representa un problema relevante de salud pública a nivel mundial. Su impacto clínico ha aumentado por el incremento en la incidencia, la gravedad de los cuadros, las tasas de recurrencia y la emergencia de cepas hipervirulentas.

Objetivo: Revisar de forma narrativa y actualizada la epidemiología, la patogénesis, los métodos diagnósticos y las estrategias terapéuticas de la infección por *Clostridioides difficile*, destacando los principales retos clínicos actuales.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura mediante una búsqueda sistematizada en PubMed/MEDLINE, Scopus y SciELO, utilizando descriptores DeCS/MeSH relacionados

con *Clostridioides difficile*, epidemiología, diagnóstico, tratamiento y prevención. Se incluyeron artículos en español e inglés publicados entre 2020 y 2025, priorizando revisiones sistemáticas, meta-análisis, estudios originales y guías clínicas. La búsqueda se actualizó en enero de 2026.

Resultados: La patogénesis está mediada principalmente por las toxinas A y B, responsables del daño epitelial y la inflamación colónica. Las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos y los algoritmos diagnósticos escalonados han mejorado la detección, aunque pueden favorecer el sobrediagnóstico si se usan sin criterio clínico. La vancomicina oral sigue siendo un pilar terapéutico; la fidaxomicina, los anticuerpos monoclonales y el trasplante de microbiota fecal reducen la recurrencia en pacientes seleccionados.

María Elena Cárdenas Perea
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
elena.cardenas@correo.buap.mx

Arana Reyes DY, Camacho Taboada S, Vázquez Hernández PA, Cárdenas Perea ME.
De la vancomicina a fidaxomicina: evolución del paradigma en el manejo de
clostridioides difficile. RAPD 2026;49(3):92-101. DOI: 10.37352/2026493.2

Conclusiones: El manejo eficaz requiere diagnóstico adecuado, tratamiento oportuno y estrategias preventivas sostenidas.

Palabras clave: *Clostridioides difficile*; infecciones asociadas a la atención de la salud, terapia antimicrobiana; métodos diagnósticos, prevención de infecciones.

Abstract

Introduction: *Clostridioides difficile* infection (CDI) is one of the leading causes of antibiotic-associated diarrhea and represents a major global public health concern. Its clinical relevance has increased due to rising incidence, greater disease gravity, high recurrence rates, and the emergence of hypervirulent strains, making CDI a persistent challenge in daily clinical practice.

Objective: To provide an updated narrative review of the epidemiology, pathogenesis, diagnostic approaches, and current therapeutic strategies for *Clostridioides difficile* infection, with emphasis on key clinical challenges and practical considerations.

Methods: A structured literature review was conducted using PubMed/MEDLINE, Scopus, and SciELO databases. DeCS/MeSH terms related to *Clostridioides difficile*, epidemiology, diagnosis, treatment, and prevention were combined using Boolean operators. Articles published in English and Spanish between 2020 and 2025 were included, prioritizing systematic reviews, meta-analyses, original studies, and clinical practice guidelines. The search was last updated in January 2026.

Results: CDI pathogenesis is primarily mediated by toxins A and B, which induce epithelial damage and colonic inflammation. Advances in diagnostic tools, particularly nucleic acid amplification tests and multistep diagnostic algorithms, have improved detection rates; however, inappropriate use may lead to overdiagnosis. Oral vancomycin remains a cornerstone of therapy, while fidaxomicin, monoclonal antibodies, and fecal microbiota transplantation have shown efficacy in reducing recurrence in selected patients.

Conclusions: Effective management of CDI requires an integrated approach combining accurate diagnosis, appropriate antimicrobial therapy, and sustained preventive strategies.

Keywords: *Clostridioides difficile*, healthcare-associated infection, antimicrobial therapy, diagnostic strategies, infection prevention.

Introducción

La infección por *Clostridioides difficile* (ICD) representa actualmente una de las principales causas de diarrea asociada a la atención en salud y continúa siendo un desafío clínico relevante en hospitales de todo el mundo. En las últimas décadas se ha documentado un incremento sostenido tanto en su incidencia como en la gravedad de sus manifestaciones clínicas, particularmente en poblaciones vulnerables como adultos mayores, pacientes hospitalizados de larga estancia y personas expuestas a antimicrobianos de amplio espectro¹.

Clostridioides difficile es una bacteria anaerobia Gram positiva, formadora de esporas, cuya transmisión ocurre predominantemente por vía fecal-oral mediante el contacto directo con individuos colonizados o a través de superficies contaminadas². Su capacidad de formar esporas altamente resistentes le permite persistir en el ambiente hospitalario por periodos prolongados y sobrevivir a condiciones adversas, incluida la acidez gástrica, facilitando la colonización intestinal tras la alteración de la microbiota normal inducida por antibióticos³. Estos mecanismos explican, en parte, su estrecha asociación con el uso previo de antimicrobianos y su comportamiento como patógeno nosocomial.

Clostridioides difficile; anteriormente *Clostridium difficile*, el cambio de nomenclatura propuesto en 2016 responde a criterios filogenéticos que diferencian este microorganismo de otras especies del género *Clostridium*, manteniéndose, no obstante, la abreviatura “*C. difficile*” en la práctica clínica habitual⁴. Además del aspecto nomenclatural, la relevancia de la ICD radica en su capacidad de producir un espectro clínico amplio, es reconocida como uno de los principales agentes causales de diarrea asociada a antibióticos, diarrea autolimitada hasta colitis pseudomembranosa, colitis fulminante y megacolon tóxico, entidades asociadas con una elevada morbimortalidad.

Se estima que la ICD es responsable de hasta el 30% de los casos de diarrea asociada a antibióticos y afecta aproximadamente al 1% de los pacientes hospitalizados, con tasas de recurrencia cercanas al 20%, lo que complica su manejo y condiciona una carga significativa para los

sistemas de salud⁵. La emergencia de cepas hipervirulentas, el envejecimiento poblacional, la inmunosenescencia y el uso extendido de antibióticos y agentes supresores de ácido gástrico han contribuido a consolidar a la ICD como un problema persistente y dinámico, aún lejos de estar completamente controlado.

En este contexto, los avances recientes en la comprensión de la patogenia, particularmente el papel de las toxinas A y B, así como el desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas y estrategias terapéuticas, han modificado de manera sustancial el abordaje clínico de esta infección. Sin embargo, persisten controversias relevantes, limitaciones diagnósticas y desafíos terapéuticos, especialmente en relación con la recurrencia y la prevención efectiva de nuevos episodios.

Objetivo

Analizar críticamente la evidencia científica disponible sobre la patogenia, el diagnóstico, el tratamiento y las estrategias de prevención de la infección por *C. difficile*, destacando los avances recientes, las controversias actuales y sus implicaciones clínicas en el contexto hospitalario.

Método

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica de los años 2020 a 2025 sobre infección por *C. difficile*. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar, utilizando términos relacionados con epidemiología, patogenia, diagnóstico, tratamiento, recurrencia y prevención de la ICD. Se emplearon los descriptores en ciencias de la salud (DeCS/MeSH): *C. difficile*; Healthcare-associated infection; epidemiology, Antimicrobial therapy; Diagnostic strategies; Infection prevention. combinados mediante operadores booleanos. Se incluyeron artículos publicados en inglés y español, con un periodo de cobertura comprendido entre 2020 y 2025. La búsqueda se actualizó por última vez en enero de 2026, priorizando estudios originales, metaanálisis, revisiones sistemáticas y guías clínicas relevantes.

Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios observacionales y guías clínicas relevantes publicados en inglés y español, sin restricción geográfica, priorizando aquellos con mayor impacto clínico y metodológico. Se excluyeron reportes de caso aislados,

estudios duplicados y publicaciones con información redundante o sin relevancia clínica directa.

La información obtenida fue analizada de manera crítica y organizada en ejes temáticos, con énfasis en los hallazgos consistentes, las áreas de controversia y las implicaciones prácticas para el manejo clínico y la prevención de la infección por *C. difficile*.

Resultados

Evidencia actual sobre patogenia y factores de virulencia

La patogenia de la infección por *C. difficile* está estrechamente vinculada a la producción de sus principales factores de virulencia: las toxinas A (TcdA) y B (TcdB). Ambas toxinas son glucosiltransferasas que inactivan las Rho-GTPasas del citoesqueleto de actina en las células epiteliales intestinales, provocando alteración de las uniones intercelulares, aumento de la permeabilidad epitelial, inflamación local y muerte celular⁶.

Aunque históricamente se consideró que la toxina A era el principal determinante de la enfermedad, la evidencia experimental y clínica más reciente ha demostrado que la toxina B desempeña un papel central en la virulencia de la bacteria⁷. Estudios basados en mutantes isogénicos han demostrado que cepas productoras exclusivamente de toxina B conservan la capacidad de inducir daño tisular significativo, mientras que aquellas que expresan ambas toxinas muestran una mayor virulencia, lo que sugiere un efecto sinérgico en el desarrollo de la enfermedad⁷.

Estos hallazgos han tenido implicaciones directas en el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas, particularmente aquellas dirigidas a la neutralización de la toxina B, y han contribuido a redefinir la comprensión clásica de la patogenia de la ICD.

Adicionalmente, la aparición de cepas hipervirulentas, como la NAP1/BI/027, se ha asociado con una mayor producción de toxinas, mayor capacidad de esporulación y tasas más elevadas de recurrencia y mortalidad⁸. No obstante, la distribución y el impacto real de estas cepas en Hispanoamérica continúan siendo poco caracterizados, lo que limita la extrapolación directa de datos provenientes de Norteamérica y Europa.

Manifestaciones clínicas y gravedad de la enfermedad

La infección por *C. difficile* se manifiesta a través de un amplio espectro clínico que varía desde diarrea acuosa leve hasta cuadros graves como colitis pseudomembranosa, colitis fulminante y megacolon tóxico⁹. La diarrea continúa siendo el síntoma cardinal; sin embargo, la gravedad de la presentación clínica depende de múltiples factores, incluyendo la carga bacteriana, la producción de toxinas, el estado inmunológico del hospedero y la presencia de comorbilidades¹⁰.

En los casos leves a moderados, los pacientes presentan diarrea, dolor abdominal y síntomas sistémicos inespecíficos¹¹. En contraste, las formas graves se caracterizan por leucocitosis marcada, compromiso del estado general, alteraciones hidroelectrolíticas y riesgo elevado de complicaciones potencialmente mortales¹¹. En escenarios fulminantes, la inflamación transmural del colon puede provocar íleo paralítico y desaparición de la diarrea, lo que retrasa el diagnóstico y agrava el pronóstico¹².

La evidencia disponible confirma que la edad avanzada, la exposición reciente a antibióticos y la hospitalización prolongada se asocian de manera consistente con una mayor gravedad de la enfermedad y con una mayor probabilidad de recurrencia, consolidando a la ICD como una entidad de especial relevancia en poblaciones hospitalarias de alto riesgo¹². Las manifestaciones clínicas de la ICD pueden agruparse en distintos fenotipos clínicos con implicaciones pronósticas diferenciadas (Tabla 1).

Avances diagnósticos y limitaciones de las pruebas disponibles

El diagnóstico de la ICD se basa en la integración de criterios clínicos con pruebas de laboratorio orientadas a la detección de cepas toxigénicas o de sus toxinas en muestras fecales¹³. La evidencia disponible demuestra que ninguna prueba diagnóstica aislada ofrece un rendimiento óptimo en todos los escenarios clínicos, lo que ha impulsado el uso de algoritmos diagnósticos combinados¹⁴.

Las pruebas moleculares, como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y las técnicas de amplificación isotérmica (LAMP), han mostrado una alta sensibilidad y rapidez diagnóstica; sin embargo, su principal limitación radica en la incapacidad para distinguir entre colonización e infección activa, lo que puede conducir a sobre diagnóstico en pacientes asintomáticos¹⁵. Las principales pruebas utilizadas para el diagnóstico de la ICD presentan ventajas y limitaciones que condicionan su utilidad clínica (Tabla 2).

Por otro lado, los ensayos de detección de toxinas mediante enzoinmunoanálisis (EIA) ofrecen una mayor especificidad clínica, aunque con sensibilidad limitada, lo que incrementa el riesgo de falsos negativos. El ensayo de citotoxicidad continúa considerándose un estándar de referencia, pero su complejidad técnica y el tiempo requerido para obtener resultados han restringido su uso en la práctica clínica cotidiana¹⁶.

Cuadro clínico	Síntomas
1. Colitis sin pseudo-membrana	Diarrea severa, dolor, distensión abdominal. Síntomas sistémicos como fiebre, náuseas y deshidratación. Las heces pueden contener leucocitos y sangrado microscópico, pero el sangrado macroscópico es poco común. Una colonoscopia mostrará inflamación difusa o parcheada de la mucosa.
2. Colitis pseudo-membranosa	Similar al cuadro anterior, pero los síntomas se agravan, la leucocitosis es común. En la colonoscopia se observan las típicas pseudo-membranas*, que son placas sobreelevadas de coloración crema-amarillenta en la mucosa del colon.
3. Colitis fulminante	En casos raros, la colitis por <i>C. difficile</i> puede presentarse de manera fulminante, con una gran afección al estado general. Esto incluye dolor abdominal intenso, distensión abdominal y síntomas sistémicos graves. La inflamación transmural en el intestino puede provocar una paresia intestinal y la dilatación del colon e íleo paralítico, con la desaparición de la diarrea.
4. Megacolon tóxico	Complicación infrecuente pero grave, desencadenada por un proceso inflamatorio progresivo que compromete la pared del colon, lo que resulta en la dilatación secundaria de la luz intestinal. Los síntomas varían, pero generalmente incluyen dolor abdominal intenso, distensión abdominal, fiebre alta, taquicardia, deshidratación y confusión, la inflamación y edema resultantes puede llevar a perforación del colon, sepsis y shock séptico.
Notas: La infección por <i>C. difficile</i> presenta un espectro clínico amplio, que va desde cuadros leves de colitis hasta formas graves y potencialmente mortales. Las manifestaciones clínicas descritas pueden superponerse y su gravedad depende de factores del huésped, carga bacteriana y respuesta inflamatoria. *Las lesiones endoscópicas descritas, incluidas las pseudomembranas, no son patognomónicas de la infección por <i>C. difficile</i> y deben interpretarse en el contexto clínico y microbiológico del paciente. Fuente: Elaborada por los autores.	

Tabla 1. Fenotipos clínicos y manifestaciones asociadas de la infección por *Clostridioides difficile* (CD).

Prueba	Sensibilidad	Especificidad	Observaciones
Enzimo-inmunoensayos para Glutamato Deshidrogenasa (GDH)	Muy alta	Baja	Detectan la presencia de la enzima GDH, que es producida por todas las cepas de <i>C. difficile</i> . Un resultado positivo en la prueba de GDH indica la presencia de la bacteria, pero no confirma la producción de toxinas. Útiles como método de detección inicial debido a su alta sensibilidad.
Enzimo-inmunoensayos (EIA)	Moderada	Alta	Detectan la presencia de toxinas A y B producidas por <i>C. difficile</i> en las heces del paciente. Utilizan anticuerpos específicos para cada toxina y proporcionan resultados rápidos y fáciles de interpretar. Tienen limitaciones en cuanto a sensibilidad, lo que puede resultar en falsos negativos.
Pruebas de Amplificación de Ácidos Nucleicos (NAAT)	Muy alta	Moderada	Detecta material genético específico de <i>C. difficile</i> en las muestras de heces del paciente. Son altamente sensibles y específicas, y pueden proporcionar resultados rápidos. Detectan cepas toxigénicas, lo que no detectan es si la toxina se está produciendo en ese momento (actividad biológica). Es rápida, sensible y adecuada para su uso en entornos con recursos limitados
Notas: Las pruebas diagnósticas para la infección por <i>C. difficile</i> presentan variabilidad en sensibilidad y especificidad, por lo que su interpretación debe realizarse de manera integrada con los datos clínicos. En la práctica, se recomienda el uso de algoritmos diagnósticos escalonados que combinen pruebas de alta sensibilidad y especificidad, con el objetivo de reducir el sobrediagnóstico y optimizar la identificación de casos clínicamente relevantes. Fuente: Elaborada por los autores.			

Tabla 2. Principales pruebas diagnósticas para la infección por *Clostridioides difficile* (*C. difficile*): ventajas y limitaciones.

La glutamato deshidrogenasa (GDH) es una enzima constitutiva producida por todas las cepas de *C. difficile*, tanto toxigénicas como no toxigénicas, por lo que su detección se utiliza como prueba de tamizaje inicial debido a su alta sensibilidad, aunque con limitada especificidad clínica¹⁷.

Evidencia terapéutica y estrategias emergentes.

Históricamente, el metronidazol fue considerado tratamiento de primera línea en casos leves a moderados de infección por *C. difficile*. Sin embargo, evidencia acumulada ha demostrado una menor eficacia en escenarios clínicos reales, particularmente en comparación con la vancomicina oral, con tasas inferiores de resolución clínica y mayor riesgo de recurrencia. Este hallazgo ha sido consistente en estudios observacionales y ensayos clínicos, especialmente en pacientes con enfermedad moderada a grave¹⁸.

Adicionalmente, se ha documentado un incremento en la concentración inhibitoria mínima (CIM) de metronidazol en algunas cepas, lo que sugiere una disminución progresiva de la susceptibilidad bacteriana, aunque los mecanismos de resistencia no están completamente definidos. Este fenómeno, aunado a su menor eficacia clínica, ha contribuido al desplazamiento del metronidazol como opción terapéutica preferente¹⁹. En este contexto, las guías actualizadas de la *Infectious Diseases Society of America* y la *Society for Healthcare Epidemiology of America* (2021) recomiendan vancomicina oral o fidaxomicina como tratamiento de primera línea, relegando el metronidazol a situaciones específicas en las que no se disponga de otras alternativas¹⁹.

Las guías de la *Infectious Diseases Society of America* y la *Society for Healthcare Epidemiology of America* (2021) recomiendan esquemas de vancomicina en pauta descendente (taper) y/o en pulsos (pulse), los cuales han demostrado reducir la probabilidad de recurrencia al permitir una erradicación más efectiva de las esporas remanentes. Estos esquemas consisten en la administración progresivamente espaciada del antibiótico tras un curso estándar, favoreciendo la recuperación de la microbiota intestinal. Un esquema común incluye 125 mg cada 6 horas por 10–14 días, seguido de reducción progresiva de la dosis y administración en días alternos o cada 2–3 días durante varias semanas²⁰.

La fidaxomicina ha emergido como una alternativa terapéutica relevante, especialmente en pacientes con alto riesgo de recurrencia²¹. Diversos estudios han documentado tasas significativamente menores de recurrencia en comparación con la vancomicina, lo que se atribuye a su menor impacto sobre la microbiota intestinal. En los casos de recurrencia múltiple, el trasplante de microbiota fecal (TMF) se ha consolidado como una de las estrategias terapéuticas más eficaces. Su fundamento radica en la restauración de la diversidad microbiana intestinal, alterada tras la exposición a antibióticos. Desde el punto de vista metodológico, el TMF implica la selección rigurosa de donantes, el tamizaje clínico y microbiológico, así como el procesamiento estandarizado de las heces, que pueden ser administradas mediante colonoscopia, enema, sonda nasointestinal o cápsulas orales²¹.

La evidencia acumulada, incluyendo ensayos clínicos y estudios en vida real, ha reportado tasas de

resolución superiores al 80–90% en infecciones recurrentes, consolidándolo como una opción de referencia en este escenario. No obstante, persisten desafíos relacionados con la estandarización de protocolos, la seguridad a largo plazo y la regulación sanitaria²².

En este contexto, han emergido terapias basadas en microbiota con aprobación regulatoria, como Rebyota (suspensión rectal de microbiota fecal) y Vowst (preparación oral de esporas purificadas), ambas aprobadas por la *Food and Drug Administration* para la prevención de recurrencias de infección por *C. difficile*. Estas terapias representan una evolución hacia productos estandarizados, con perfiles de seguridad controlados y procesos de manufactura regulados, superando algunas de las limitaciones del TMF convencional²³. Datos recientes en Europa respaldan el uso de estas estrategias, destacando una reducción significativa en la recurrencia y una adecuada tolerabilidad, lo que refuerza su papel emergente dentro del arsenal terapéutico actual²³.

Otras estrategias innovadoras incluyen el uso de anticuerpos monoclonales, como el bezlotoxumab, dirigidos contra la toxina B, los cuales han demostrado reducir de manera significativa las tasas de recurrencia cuando se utilizan como tratamiento coadyuvante. Asimismo, terapias orientadas a preservar la microbiota intestinal durante el uso de antibióticos representan una línea de investigación prometedora en la prevención primaria de la ICD²⁴.

Colonización, factores de riesgo y estrategias de prevención.

La colonización asintomática por *C. difficile* constituye un fenómeno frecuente, particularmente en entornos hospitalarios y en poblaciones de riesgo. Se estima que entre el 3–8% de los adultos sanos pueden ser portadores, cifra que puede incrementarse hasta el 20–50% en pacientes hospitalizados o residentes de instituciones de cuidados prolongados. Aunque estos individuos no presentan manifestaciones clínicas, actúan como reservorios potenciales para la transmisión del microorganismo²⁵.

La progresión de colonización a infección clínica depende de múltiples factores del hospedero y del entorno. Entre los principales factores de riesgo destacan la exposición previa a antibióticos de amplio espectro, la edad avanzada, la hospitalización prolongada, la presencia de comorbilidades, la inmunosupresión y el uso de inhibidores de la bomba de protones. Estos elementos favorecen la alteración de la microbiota intestinal y disminuyen la resistencia a la colonización²⁶.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la disbiosis intestinal secundaria al uso de antimicrobianos permite la germinación de esporas de *C. difficile* y la proliferación de formas vegetativas productoras de toxinas A y B. Estas toxinas inducen daño epitelial, alteración de las uniones intercelulares y una respuesta inflamatoria local que condiciona la aparición del cuadro clínico²⁶.

Las estrategias de prevención se fundamentan en la interrupción de la transmisión y la preservación de la microbiota intestinal. Entre las medidas más relevantes se incluyen el uso racional de antimicrobianos mediante programas de optimización (PROA), la higiene de manos con agua y jabón, el aislamiento de pacientes sintomáticos y la desinfección ambiental con agentes esporicidas. De manera complementaria, la implementación de protocolos diagnósticos adecuados contribuye a evitar el sobrediagnóstico y el tratamiento innecesario.

Implicaciones epidemiológicas y carga para los sistemas de salud

La evidencia epidemiológica disponible confirma un incremento sostenido en la incidencia y prevalencia de la ICD a nivel global, particularmente en entornos hospitalarios y de cuidados prolongados²⁷. Este aumento se asocia no solo con mayor morbimortalidad, sino también con un impacto económico considerable, derivado de estancias hospitalarias prolongadas, readmisiones frecuentes y costos asociados al manejo de las recurrencias y complicaciones graves²⁷.

En Europa, la infección por *C. difficile* continúa representando una causa relevante de infección asociada a la atención sanitaria. En España, estudios multicéntricos han documentado una incidencia variable entre hospitales, atribuida a diferencias en los algoritmos diagnósticos, vigilancia microbiológica y políticas de uso de antimicrobianos²⁷. Datos recientes señalan que la infección afecta predominantemente a pacientes de edad avanzada, hospitalizados y con exposición previa a antibióticos o inhibidores de bomba de protones. Asimismo, se ha descrito un incremento en la identificación de casos comunitarios y una persistencia significativa de recurrencias, lo que mantiene a esta infección como un problema clínico y epidemiológico vigente en el ámbito español²⁸.

En el contexto español, la implementación progresiva de programas de optimización de antimicrobianos (PROA) y medidas de control de infecciones ha contribuido al fortalecimiento del abordaje preventivo, aunque persisten retos diagnósticos y heterogeneidad interhospitalaria.

De forma complementaria, la European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases ha publicado recomendaciones actualizadas que coinciden en priorizar fidaxomicina y vancomicina sobre metronidazol como tratamiento inicial. Sin embargo, las guías ESCMID presentan un enfoque más conservador respecto al uso del trasplante de microbiota fecal, reservándolo principalmente para recurrencias múltiples cuidadosamente seleccionadas, además de enfatizar la necesidad de una evaluación individualizada según gravedad clínica, disponibilidad terapéutica y contexto epidemiológico local²⁹.

En contraste, las recomendaciones de Infectious Diseases Society of America y Society for Healthcare Epidemiology of America muestran una mayor incorporación temprana de terapias dirigidas a la prevención de recurrencias, incluyendo anticuerpos monoclonales y productos basados en microbiota.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias integrales de prevención, uso racional de antimicrobianos y control de infecciones, con el objetivo de reducir tanto la carga clínica como el impacto económico de la ICD en los sistemas de salud³⁰. Diversos factores se han

asociado tanto con el desarrollo del primer episodio como con la recurrencia de la ICD, destacando diferencias relevantes entre ambos escenarios (Tabla 3).

Discusión

La infección por *C. difficile* continúa representando un desafío clínico y epidemiológico relevante, no solo por su elevada incidencia en entornos hospitalarios, sino por la complejidad inherente a su diagnóstico, tratamiento y prevención. La evidencia analizada en esta revisión confirma que la ICD ha dejado de ser una complicación secundaria del uso de antibióticos para consolidarse como una entidad con dinámicas propias, influenciada por factores microbiológicos, clínicos y organizacionales.

Uno de los principales aportes conceptuales de los estudios recientes ha sido la redefinición del papel de las toxinas en la patogenia de la enfermedad. La noción clásica de la toxina A como principal determinante de virulencia ha sido superada por evidencia experimental sólida que posiciona a la toxina B como un factor esencial del daño tisular, e incluso dominante en determinados contextos²⁰. Esta evolución en el

Riesgo para el episodio inicial	Riesgo para el episodio recurrente(s)
Edad avanzada (≥65 años)	Edad avanzada (≥65 años)
Terapia antibacteriana	Terapia antibacteriana
Quimioterapia del cáncer	Agentes supresores del ácido gástrico (Inhibidores de la bomba de protones)
Alimentación enteral y cirugía gastrointestinal	Exposición a la atención médica
Agentes supresores del ácido gástrico (Inhibidores de la bomba de protones)	Respuesta inmune comprometida
Exposición a la atención médica	Episodio(s) previo(s) de ICD
Respuesta inmune comprometida	Comorbilidades crónicas subyacentes
Tabaquismo e historial de tabaquismo	
Comorbilidades crónicas subyacentes	
<p>Notas: Los factores de riesgo para la infección por <i>C. difficile</i> incluyen condiciones relacionadas con el hospedero, la exposición a antimicrobianos y el contacto con entornos sanitarios. La recurrencia de la enfermedad se asocia a factores adicionales, como la persistencia de alteraciones en la microbiota intestinal y la respuesta inmune comprometida, lo que incrementa la complejidad del manejo clínico y el riesgo de nuevos episodios. Fuente: Elaborada por los autores.</p>	

Tabla 3. Factores de riesgo asociados al episodio inicial y a la recurrencia de la infección por *Clostridioides difficile*.

entendimiento de la patogenia no es meramente académica, sino que ha tenido repercusiones directas en el desarrollo de terapias dirigidas, como los anticuerpos monoclonales contra la toxina B, que han demostrado reducir de manera significativa la recurrencia de la infección.

En el ámbito diagnóstico, la discusión actual se centra menos en la disponibilidad de pruebas y más en su correcta interpretación clínica. Las técnicas moleculares, si bien han mejorado de forma notable la sensibilidad diagnóstica y reducido los tiempos de respuesta, han introducido el riesgo de sobre diagnóstico al no distinguir de manera adecuada entre colonización e infección activa. Este fenómeno adquiere particular relevancia en poblaciones hospitalarias con alta prevalencia de portadores asintomáticos, donde el uso indiscriminado de pruebas altamente sensibles puede conducir a tratamientos innecesarios y a una mayor presión selectiva sobre la microbiota intestinal. En este contexto, los algoritmos diagnósticos combinados emergen como la estrategia más razonable para equilibrar sensibilidad y especificidad, reforzando la necesidad de integrar los hallazgos de laboratorio con el juicio clínico.

Desde el punto de vista terapéutico, la evidencia disponible respalda de manera consistente el desplazamiento del metronidazol como opción de primera línea en favor de la vancomicina oral, particularmente en cuadros moderados a graves. Este cambio refleja una transición hacia esquemas terapéuticos basados en resultados clínicos más robustos y no únicamente en consideraciones históricas o económicas. La fidaxomicina, por su parte, representa un avance relevante en la reducción de recurrencias, aunque su uso generalizado continúa limitado por factores de costo y disponibilidad, especialmente en sistemas de salud con recursos restringidos.

El manejo de la recurrencia sigue siendo uno de los mayores retos en la ICD. En este escenario, el trasplante de microbiota fecal ha demostrado una eficacia superior a los esquemas antibióticos convencionales, posicionándose como una intervención terapéutica clave en casos seleccionados. Sin embargo, su implementación a gran escala enfrenta barreras logísticas, regulatorias y de estandarización, lo que subraya la necesidad de protocolos más uniformes y de estudios que evalúen su seguridad a largo plazo.

La discusión sobre la prevención de la ICD trasciende el ámbito individual del paciente y se inserta en una dimensión institucional. La evidencia sugiere que las estrategias de control ambiental, el uso de desinfectantes esporicidas y la adopción de tecnologías de desinfección sin contacto son

efectivas para reducir la transmisión nosocomial. No obstante, su impacto real depende de una adecuada adherencia a los protocolos y de una cultura organizacional que priorice la seguridad del paciente. En este sentido, la prevención de la ICD no puede entenderse únicamente como una intervención técnica, sino como un indicador de la calidad de los sistemas de atención en salud.

Finalmente, persisten vacíos importantes en el conocimiento, particularmente en lo relativo a la epidemiología regional de cepas hipervirulentas y al impacto de nuevas estrategias terapéuticas en contextos distintos a los países de altos ingresos. La extrapolación indiscriminada de datos provenientes de Norteamérica y Europa puede no reflejar con precisión la realidad epidemiológica de regiones como Hispanoamérica, lo que resalta la necesidad de estudios locales que informen políticas de prevención y tratamiento adaptadas a cada contexto.

Conclusiones

La infección por *C. difficile* constituye una problemática persistente y compleja en los entornos hospitalarios modernos, con un impacto significativo en la morbimortalidad de los pacientes y en la carga económica de los sistemas de salud. La evidencia analizada confirma que su abordaje efectivo requiere una comprensión integral de los mecanismos de patogenicidad, particularmente del papel central de las toxinas A y B, así como de los factores clínicos y epidemiológicos que condicionan la gravedad y la recurrencia de la enfermedad.

Los avances en el diagnóstico han permitido una detección más rápida y sensible de la infección; sin embargo, estos beneficios deben equilibrarse con una interpretación clínica cuidadosa para evitar el sobre diagnóstico y el tratamiento innecesario. En el ámbito terapéutico, la vancomicina oral se consolida como el tratamiento de primera línea, mientras que la fidaxomicina, los anticuerpos monoclonales y el trasplante de microbiota fecal representan estrategias eficaces para reducir la recurrencia en pacientes seleccionados.

La prevención de la ICD exige intervenciones que trasciendan el tratamiento individual e integren políticas institucionales de control de infecciones, uso racional de antimicrobianos y fortalecimiento de la cultura de seguridad del paciente. Asimismo, se hace evidente la necesidad de generar evidencia regional que permita adaptar las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas a contextos con recursos limitados y realidades epidemiológicas distintas.

En conjunto, el manejo de la infección por *C. difficile* demanda un enfoque interdisciplinario y dinámico, sustentado en la integración de evidencia científica, criterio clínico y estrategias preventivas sostenidas, como única vía para mitigar el impacto de esta infección en los sistemas de salud contemporáneos.

Bibliografía

1. Abreu ATA, Velarde-Ruiz Velasco JA, Zavala-Solares MR, Remes-Troche JM, Camacho-Ortiz A, García-González E, et al. Consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por *Clostridioides difficile*. *Rev Gastroenterol Mex*. 2019;84(2):204–219. doi:10.1016/j.rgmx.2018.12.001. Available from: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/doi/10.1016/j.rgmx.2018.12.001>.
2. Boixareu CB, Tutor-Ureta P, Martínez AR. Actualización sobre infección por *Clostridioides difficile* en el paciente mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55(4):225–235. doi:10.1016/j.regg.2019.12.003.
3. Fukui S, Hojo A, Sawada U, Kura Y. Toxic megacolon in *Clostridioides difficile* colitis. *IDCases*. 2023;33:e01858. doi:10.1016/j.idcr.2023.e01858.
4. Negrut N, Nistor-Cseppento CD, Khan SA, Pantiş C, Maghiar T, Rus M, et al. *Clostridium difficile* infection epidemiology over a period of 8 years: a single-centre study. *Sustainability*. 2020;12(11):4439. doi:10.3390/su12114439.
5. Martínez-Rodríguez AA, Estrada-Hernández LO, Tomé-Sandoval P, Salazar-Salinas J. Diarrea por *Clostridium difficile* en pacientes hospitalizados. *Med Int Méx*. 2018 ene;34(1):9-18. DOI: <https://doi.org/10.24245/mim.v34i1.1921>.
6. Yanamandra U, Khadwal A, Gupta S, Thomas T, Lad D, Taneja N, et al. Diarrheal woes in transplantation from real world settings with special focus on *Clostridioides difficile* infection. *Med J Armed Forces India*. 2023;79(6):679–683. doi:10.1016/j.mjafi.2023.09.001.
7. Díaz GEJ, Corona DA, Katsuda MYA, Reyes MCL. *Clostridioides difficile*. *Acta Med GA*. 2023;21(4):368–371. doi:10.35366/112648.
8. Martínez-Lozano H, Saralegui-Gonzalez P, Reigadas E. Risk factors for *Clostridioides difficile* infection in patients with inflammatory bowel disease and rheumatologic diseases in the biologic era. *BMC Gastroenterol*. 2025;25:70. doi:10.1186/s12876-025-03650-3. Available from: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-025-03650-3>.
9. Rodríguez-Fernández M, Herrero R, González-De-La-Aleja P. Clinical impact of implementing a specific clinical pathway for management of *Clostridioides difficile* infection. *Infect Dis Ther*. 2026;15:85–100. doi:10.1007/s40121-025-01261-9.
10. Zhang Y, Yang J, Wei H. Analysis of epidemic status and associated risk factors of different genotypes of mixed *Clostridioides difficile* infection. *BMC Microbiol*. 2025;25:453. doi:10.1186/s12866-025-04182-2. Available from: <https://bmcmicrobiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12866-025-04182-2>
11. Boven A, Simin J, Andersson FL. *Clostridioides difficile* infection, recurrence and associated healthcare utilization in Sweden between 2006 and 2019: a population-based cohort study. *BMC Infect Dis*. 2024;24:468. doi:10.1186/s12879-024-09364-3. Available from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-024-09364-3>.
12. Pettit NN, Lew AK, Nguyen CT, Bell E, Lehmann CJ, Pisano J. Fidaxomicin versus oral vancomycin for *Clostridioides difficile* infection in patients at high risk for recurrence: real-world experience. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2024;45:1286–1292. doi:10.1017/ice.2024.145. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/abs/10.1017/ice.2024.145>.
13. Vinterberg JE, Oddsdottir J, Nye M. Management of recurrent *Clostridioides difficile* infection: a systematic literature review evaluating feasibility of indirect treatment comparison. *Infect Dis Ther*. 2025;14:327–355. doi:10.1007/s40121-024-01105-y. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40121-024-01105-y>.
14. De-la-Rosa-Martínez D, Villaseñor-Echavarrí R, Vilar-Compte D. Heterogeneity in prevalence of asymptomatic *Clostridioides difficile* colonization: a systematic review and meta-analysis. *Gut Pathog*. 2025;17:6. doi:10.1186/s13099-024-00674-0. Available from: <https://gutpathogens.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13099-024-00674-0>.
15. Eeuwijk J, Ferreira G, Yarzabal JP. Systematic literature review of risk factors and timing of *Clostridioides difficile* infection in the United States. *Infect Dis Ther*. 2024;13:273–298. doi:10.1007/s40121-024-00919-0. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40121-024-00919-0>.
16. Du T, Silva A, Choi KB, Lybeck C, Golding GR, Hizon R. Characterization of healthcare-associated and community-associated *Clostridioides difficile* infections in adults and children, Canada, 2015–2022. *Emerg Infect Dis*. 2025;31(6):1109–1120. doi:10.3201/eid3106.250182. Available from: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/31/6/25-0182_article.

17. Gilboa M, Barda N, Yahav D. Antibiotic use and risk of hospital-associated *Clostridioides difficile* infection. *JAMA Netw Open*. 2025;8:e25252. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.25252.
18. Cymbal M, Chatterjee A, Baggott B, Auron M. Management of *Clostridioides difficile* infection: diagnosis, treatment and future perspectives. *Am J Med*. 2024;137(7):571–576. doi:10.1016/j.amjmed.2024.03.024.
19. Tricotel A, Antunes A, Wilk A. Epidemiological and clinical burden of *Clostridioides difficile* infections and recurrences between 2015 and 2019: the RECUR Germany study. *BMC Infect Dis*. 2024;24:357. doi:10.1186/s12879-024-09218-y. Available from: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-024-09218-y>.
20. Darkow A, Boreyko J, Patel M. *Clostridioides difficile* infection: a review of emerging practices in infection treatment and recurrence prevention. *J Transl Gastroenterol*. 2024;2(4):200–213. doi:10.14218/JTG.2024.00022.
21. Johnson S, Lavergne V, Skinner AM, Gonzales-Luna AJ, Garey KW, Kelly CP. Clinical practice guideline by the Infectious Diseases Society of America (IDSA) and Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA): 2021 focused update guidelines on management of *Clostridioides difficile* infection in adults. *Clin Infect Dis*. 2021;73(5):e1029–44. doi:10.1093/cid/ciab549. Available from: <https://academic.oup.com/cid/article/73/5/e1029/6298219>.
22. Van Prehn J, Reigadas E, Vogelzang EH, Bouza E, Hristea A, Guery B. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: 2021 update on the treatment guidance document for *Clostridioides difficile* infection in adults. *Clin Microbiol Infect*. 2021;27 Suppl 2:S1–21. doi:10.1016/j.cmi.2021.09.038. Available from: [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(21\)00568-1/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(21)00568-1/fulltext).
23. Yakout A, Bi Y, Harris DM. *Clostridioides difficile*: a concise review of best practices and updates. *Clin Med Insights Gastroenterol*. 2024;17:11795522241249645. doi:10.1177/11795522241249645. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/11795522241249645>.
24. Vitiello A, Sabbatucci M, Zovi A, Salzano A, Ponzo A, Boccellino M. Advances in therapeutic strategies for the management of *Clostridioides difficile* infection. *J Clin Med*. 2024;13(5):1331. doi:10.3390/jcm13051331. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/5/1331>.
25. Mullish BH, Bak A, Merrick B, Quraishi MN, Goldenberg SD, Williams HRT. The use of faecal microbiota transplant as treatment for recurrent or refractory *Clostridioides difficile* infection and other potential indications: second edition of joint British Society of Gastroenterology and Healthcare Infection Society guidelines. *J Hosp Infect*. 2024;148:189–219. doi:10.1016/j.jhin.2024.03.001. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019567012400080X>.
26. Kelly CR, Fischer M, Allegretti JR, LaPlante K, Stewart DB, Limketkai BN. AGA clinical practice guideline on fecal microbiota-based therapies for select gastrointestinal diseases. *Gastroenterology*. 2024;166(3):409–34. doi:10.1053/j.gastro.2024.01.008. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016508524000416>.
27. Baran MP, Drobnik J, Belovičová M, Moricová Š, Pobratyn P. Recommendations for the management of *Clostridioides difficile* infection in adults and comparison with updated ACG, ESCMID and IDSA/SHEA guidelines. *Fam Med Prim Care Rev*. 2024;26(3):321–8. doi:10.5114/fmpcr.2024.142011. Available from: <https://www.termedia.pl/Recommendations-for-the-management-of-Clostridioides-difficile-infection-in-adults-and-comparison-with-updated-ACG-ESCMID-and-IDSA-SHEA-guidelines,95,54294,1,1.html>.
28. Coia JE, Kuijper EJ, Fitzpatrick F. The ESCMID Study Group for *Clostridioides difficile*: history, role, and perspectives. *Adv Exp Med Biol*. 2024;1435:351–62. doi:10.1007/5584_2024_921. Available from: https://link.springer.com/chapter/10.1007/5584_2024_921.
29. Khanafer N, Fitzpatrick F, Barbut F, Krutova M, Davies K, Guery B, et al. Heterogeneity in practices to reduce the risk of transmission of *Clostridioides difficile* in healthcare settings: a survey of ESCMID Study Group for *Clostridioides difficile* members. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2024;43(4):785–94. doi:10.1007/s10096-023-04773-2. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10096-023-04773-2>.
30. Freeman J, Viprey V, Ewin D, Spittal W, Clark E, Vernon J. Antimicrobial susceptibility in *Clostridioides difficile* varies according to European region and isolate source. *JAC Antimicrob Resist*. 2024;6(4):dlae112. doi:10.1093/jacamr/dlae112. Available from: <https://academic.oup.com/jacamr/article/6/4/dlae112/7723208>.

HISTORIA EVOLUTIVA POST EMBOLIZACIÓN DE LA ARTERIA GASTRODUODENAL. COMPLICACIONES Y MANEJO.

Gastroduodenal artery embolization outcomes: complications and management.

Bikkuzina-Nasykova A, Parra-López B, Jiménez-Pérez M, Rubio-Herrero Á, Torres-Saavedra M

HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Resumen

La hemorragia digestiva se define como la pérdida aguda de sangre a través del tracto gastrointestinal. La clasificación más utilizada se basa en el origen del sangrado, dividiéndose en hemorragia digestiva alta (HDA) y hemorragia digestiva baja (HDB), según ocurra proximal o distal al ángulo de Treitz, respectivamente.

Entre las causas más frecuentes de HDA destacan las úlceras pépticas, especialmente la úlcera duodenal, que cobra especial importancia cuando se trata de úlceras complicadas, es decir, aquellas asociadas con sangrado masivo, perforación, estenosis o fracaso del tratamiento endoscópico. El sangrado puede manifestarse como hematemesis o melenas, y en los casos más graves puede causar hipotensión, taquicardia o shock.

El manejo inicial se centra en la estabilización hemodinámica y la administración de inhibidores de la bomba

de protones. El estudio endoscópico suele ser la medida inicial a realizar. Cuando el sangrado es refractario o no tratable endoscópicamente, se recurre a cirugía de urgencia o embolización arterial selectiva, siendo esta última una técnica que puede conllevar complicaciones.

Se presenta el caso de un varón de 78 años con antecedentes de HDA por úlcera duodenal y múltiples resangrados, que ingresa por nuevo episodio de melenas. La endoscopia evidencia una gran úlcera duodenal con estenosis inflamatoria, no susceptible de tratamiento endoscópico, por lo que se realiza una embolización de la arteria gastroduodenal.

Un mes después reingresa por sepsis e inestabilidad hemodinámica, objetivándose en TC una úlcera duodenal penetrante con afectación pancreática y colecciones retroperitoneales. Finalmente, se opta por un manejo conservador, con resultado satisfactorio.

Arina Bikkuzina Nasykova
Hospital Regional Universitario de Málaga
arnnova5@gmail.com

Bikkuzina-Nasykova A, Parra-López B, Jiménez-Pérez M, Rubio-Herrero Á, Torres-Saavedra M.
Historia evolutiva post embolización de la arteria gastroduodenal. Complicaciones y manejo.
RAPD 2026;49(3):102-106. DOI: 10.37352/2026493.3

Palabras claves: hemorragia digestiva alta, embolización arterial, manejo conservador, complicaciones post-embolización.

Abstract

Gastrointestinal bleeding is defined as the acute loss of blood through the gastrointestinal tract. The most common classification is based on the source of the bleeding, dividing it into upper gastrointestinal bleeding (UGIB) and lower gastrointestinal bleeding (LGIB), depending on whether it occurs proximal or distal to the ligament of Treitz, respectively.

Among the most frequent causes of UGIB are peptic ulcers, especially duodenal ulcers, which are particularly important when they are complicated, that is, those associated with massive bleeding, perforation, stenosis, or failure of endoscopic treatment. Bleeding can manifest as hematemesis or melena, and in the most severe cases, it can cause hypotension, tachycardia, or shock.

Initial management focuses on hemodynamic stabilization and the administration of proton pump inhibitors. Endoscopic examination is usually the first step. When bleeding is refractory or not treatable endoscopically, emergency surgery or selective arterial embolization is performed, the latter being a technique that can lead to complications.

We present the case of a 78-year-old man with a history of upper gastrointestinal bleeding due to a duodenal ulcer and multiple rebleeding episodes, who was admitted for a new episode of melena. Endoscopy revealed a large duodenal ulcer with inflammatory stenosis, not amenable to endoscopic treatment, so gastroduodenal artery embolization was performed. One month later, he was readmitted with sepsis and hemodynamic instability. A CT scan showed a penetrating duodenal ulcer with pancreatic involvement and retroperitoneal fluid collections. Ultimately, conservative management was chosen, with a satisfactory outcome.

Keywords: upper gastrointestinal bleeding, arterial embolization, conservative management, post-embolization complications.

Introducción

La HDA representa un motivo frecuente de visita a urgencias en nuestro medio, con una incidencia estimada entre 48 y 160 casos por cada 100.000 habitantes. Representa aproximadamente el 80 % de los casos de

sangrado gastrointestinal, siendo la forma más asociada con complicaciones graves y con una mayor demanda de recursos hospitalarios. Los factores de riesgo más relevantes son la edad avanzada, el uso de fármacos gastrolesivos (a destacar los antiinflamatorios no esteroideos) o el tratamiento con anticoagulantes, entre otros. Las úlceras pépticas constituyen una de las principales causas de HDA, siendo la úlcera duodenal la más frecuente. Su relevancia clínica aumenta en los casos complicados, como aquellos que cursan con sangrado significativo, perforación, estenosis o cuando no se logra el control mediante tratamiento endoscópico. Entre otras causas destacan complicaciones derivadas de la hipertensión portal (gastropatía de la HTP, varices esofagogástricas), neoplasias o anomalías vasculares¹.

La HDA es un desafío clínico que a menudo requiere de una intervención urgente. Los objetivos principales en su tratamiento consisten en detener el episodio hemorrágico agudo y prevenir el resangrado. El tratamiento generalmente requiere un enfoque multidisciplinar con opciones terapéuticas que van desde procedimientos conservadores, endoscópicos o quirúrgicos, pasando en ocasiones por técnicas endovasculares⁴.

El procedimiento a realizar va a depender del estado hemodinámico del paciente y de la localización del sangrado. Los pacientes hemodinámicamente inestables deben recibir atención médica intensiva. Tras la estabilización, deben ser examinados dentro de las primeras 12 horas mediante endoscopia. En pacientes hemodinámicamente estables, la endoscopia puede realizarse dentro de las primeras 72 horas tras la monitorización continua de los parámetros vitales.

Si la terapéutica endoscópica es ineficaz por el estatus del paciente o sangrado digestivo masivo, puede ser necesaria una cateterización selectiva de la rama vascular sangrante mediante radiología intervencionista, una técnica no exenta de complicaciones agudas y crónicas, las cuales, en un porcentaje elevado de los casos, requieren de un manejo médico, endoscópico o incluso quirúrgico².

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 78 años con antecedentes de HDA por úlcera duodenal hace más de 20 años, así como dos ingresos posteriores por resangrados de la misma en forma de melenas con anemia en 2024 y 2025.

Ingresa a cargo de Aparato Digestivo por nuevo episodio de HDA exteriorizada en forma de melenas. El paciente

no comenta ingesta de fármacos gastrolesivos ni toma de otra nueva medicación. Al realizar el estudio de Endoscopia Digestiva Alta (EDA) durante el ingreso se visualiza una gran ulceración en rodilla duodenal con coágulo adherido (Forrest IIb) sin sangrado activo y necesidad de nasofibroscopio para progresar al presentar una marcada estenosis duodenal de gran componente inflamatorio por la mala evolución de la úlcera. Debido a la anemia y a la inestabilidad hemodinámica del paciente, así como a la imposibilidad de realizar tratamiento endoscópico, se decide llevar a cabo una embolización profiláctica de la arteria gastroduodenal.

Al no evidenciarse complicaciones tras el procedimiento es dado de alta con seguimiento estrecho. Pasado un mes tras el alta acude a urgencias por síndrome febril de unas 48 horas de evolución, así como inestabilidad hemodinámica que requiere el inicio de drogas vasoactivas. No presenta dolor abdominal, ictericia ni otra clínica asociada a ningún otro nivel. Analíticamente, presenta elevación de reactantes de fase aguda (PCR, leucocitosis con neutrofilia), anemia con urea negativa y perfil pancreático alterado. No se evidencian signos de exteriorización digestiva.

Ante la sospecha de complicación a nivel abdominal, se realiza TC Abdomen que describe cambios inflamatorios a nivel duodenal, probablemente una úlcera duodenal complicada con penetración a páncreas, así como lesión redondeada e hipodensa en el espesor de la pared del píloro, con engrosamiento parietal del mismo, que puede corresponder con lesión quística o absceso. No se evidencian signos de neumoperitoneo ni otras colecciones (Figura 1).



Figura 1. Corte axial de TC de abdomen en la que se evidencia pequeña ulceración en el duodeno (Flecha roja), así como una lesión quística en píloro compatible con pequeño absceso a dicho nivel.

Debido a los hallazgos del TC, se procede a la realización de EDA durante el ingreso, donde se observa una estenosis de aspecto inflamatorio ya conocida previamente a la embolización, que no permite, de nuevo, el paso del endoscopio estándar hacia la segunda porción duodenal.

Tras valoración del caso en sesión médico-quirúrgica se desestima actitud quirúrgica, procediendo, por tanto, a la realización de un manejo conservador, con una evolución favorable clínica, analítica y radiológica con respecto al estudio previo (Figura 2).

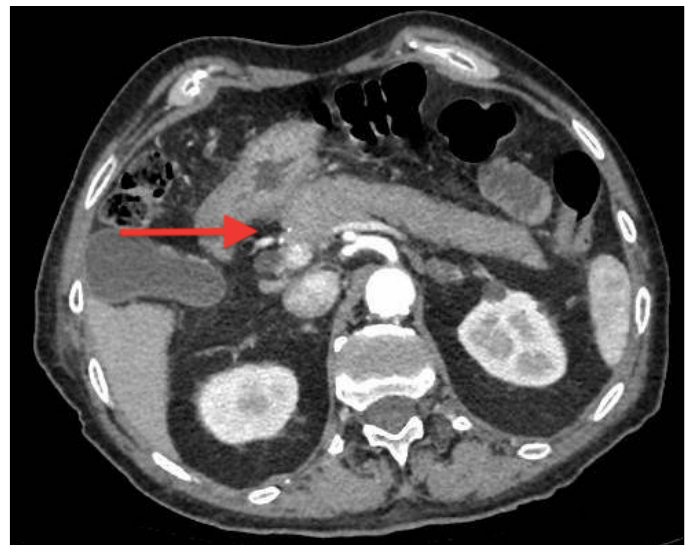


Figura 2. Corte axial de TC de abdomen. Buena evolución radiológica con respecto al estudio previo, observándose resolución del absceso pilórico. Estenosis conocida en la segunda porción duodenal.

Al alta se solicita nueva EDA de revisión para valorar dilatación endoscópica de la estenosis duodenal. En dicha exploración se observa, en cara postero-inferior, un orificio profundo con mucosa circundante parcialmente fibrinada, en probable relación con la úlcera penetrante previamente descrita en pruebas de imagen, sin sangrado activo en la actualidad ni otras complicaciones aparentes. Se intenta realizar cierre del defecto con Hemoclip no siendo posible por dificultad técnica. Ante los hallazgos, se decide nuevo ingreso para actualizar pruebas de imagen, realizándose TC de abdomen de control donde se detecta una úlcera duodenal penetrante en la segunda porción duodenal que asocia colecciones retroperitoneales, gas y paso filiforme de contraste oral desde la segunda porción duodenal (Figura 3).

Tras valoración de todos los escenarios terapéuticos posibles, se procede finalmente al drenaje percutáneo de la colección retroperitoneal guiado por ecografía, nutrición parenteral y antibioterapia.

CASO CLÍNICO

El paciente presenta buena evolución clínica y radiológica (Figura 4), estando a su alta con colecciones resueltas, sin evidencia de fuga de contraste oral en el control tomográfico, y con buena tolerancia a dieta líquida, siendo dado de alta por mejoría global y seguimiento estrecho en consultas externas de digestivo.



Figura 3. Corte axial de TC de abdomen. Se objetiva úlcera duodenal perforante en pared posteroinferior de segunda porción duodenal, colecciones retroperitoneales derechas con encapsulación y presencia de gas y paso filiforme de contraste oral desde segunda porción duodenal.

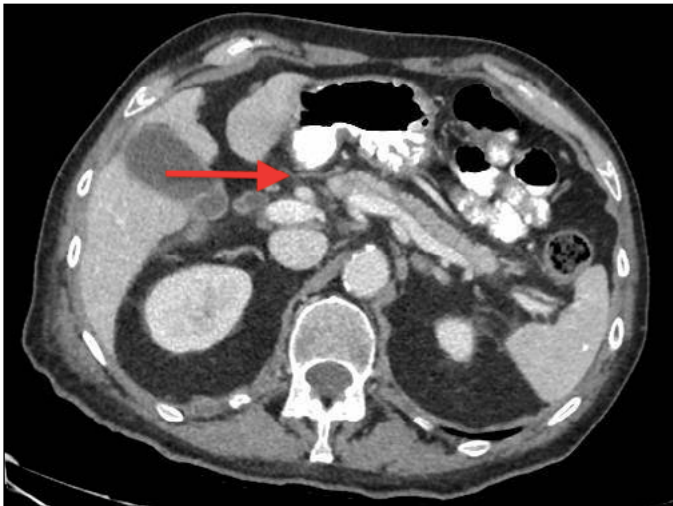


Figura 4. Corte axial de TC de abdomen. Buena evolución radiológica con respecto al estudio previo, evidenciando resolución de las colecciones retroperitoneales conocidas (Tras drenaje percutáneo) y sin que se evidencie fuga del contraste oral administrado.

Discusión

La HDA es una urgencia médica que implica un riesgo de complicaciones y alta demanda de recursos hospitalarios¹.

En ciertas ocasiones, como pueden ser el sangrado digestivo recurrente, origen no claro del sangrado o imposibilidad de terapéutica endoscópica, puede ser necesaria la cateterización selectiva de la rama vascular sangrante mediante radiología intervencionista. En comparación con los procedimientos quirúrgicos, las estrategias radiológicas intervencionistas en el tratamiento del sangrado gastrointestinal superior muestran una eficacia similar en términos de éxito técnico y tasa de sangrado recurrente, pero con una mortalidad menor².

La embolización arterial en el tracto gastrointestinal por encima del ligamento de Treitz generalmente se considera muy segura debido a la abundante circulación colateral al estómago y al duodeno. Entre las posibles complicaciones agudas post procedimiento destacan los hematomas en la zona de acceso, disecciones vasculares, complicaciones asociadas al contraste (alergia, nefropatía) o riesgo de isquemia intestinal³. Entre las complicaciones crónicas destaca la estenosis duodenal asociada a la embolización de los vasos terminales de un foco de sangrado como consecuencia de la hipoxia severa, con la consiguiente necrosis avascular⁵. El riesgo de isquemia o estenosis significativas podría aumentar ante un daño sobreañadido de la circulación colateral debido a cirugía abdominal previa, radioterapia o aterosclerosis grave. Ante estas situaciones puede ser posible la dilatación con balón, pero se debe considerar la resección quirúrgica en los casos refractarios³.

Como se ha visto en este caso, se trata de un paciente con antecedentes de HDA por úlcera duodenal y resangrados frecuentes que ingresa por melenas. Se realiza embolización de la arteria gastroduodenal ante fracaso del tratamiento endoscópico, debido a la gran estenosis inflamatoria, presente previamente a la embolización. Un mes después desarrolla sepsis por úlcera duodenal penetrante con afectación pancreática, resolviéndose con manejo conservador.

Por ello, ante la presencia de complicaciones agudas o crónicas post embolización es necesario discutir las posibles soluciones terapéuticas en sesión médico-quirúrgica, siendo el tratamiento médico una opción válida y efectiva, como se ha demostrado en este caso.

Bibliografía

1. Baines, A., Poncela, M., Conthe, A., & Cañizares, R. B. (2023). Hemorragia digestiva en urgencias. *Medicine*, 13(89), 5241- 5247.

2. Augustin, A. M., Fluck, F., Bley, T., & Kickuth, R. (2019). Endovascular therapy of gastrointestinal bleeding. *RoFo: Fortschritte Auf Dem Gebiete Der Rontgenstrahlen Und Der Nuklearmedizin*, 191(12), 1073–1082.

3. Lee, A. Y., & Cho, J. Y. (2024). Advancements in hemostatic strategies for managing upper gastrointestinal bleeding: A comprehensive review. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 30(15), 2087–2090. <https://doi.org/10.3748/wjg.v30.i15.2087>.

4. Shin, J. H. (2012). Recent update of embolization of upper gastrointestinal tract bleeding. *Korean Journal of Radiology: Official Journal of the Korean Radiological Society*, 13 Suppl 1(Suppl 1), S31-9. <https://doi.org/10.3348/kjr.2012.13.S1.S31>

5. Loffroy, R., Favelier, S., Pottecher, P., Estivalet, L., Genson, P. Y., Gehin, S., Cercueil, J. P., & Krausé, D. (2015). Transcatheter arterial embolization for acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: Indications, techniques and outcomes. *Diagnostic and Interventional Imaging*, 96(7–8), 731–744. <https://doi.org/10.1016/j.diii.2015.05.002>.

AMILOIDOSIS GASTROINTESTINAL COMO DEBUT DE AMILOIDOSIS SISTÉMICA

*Gastrointestinal amyloidosis as the initial
manifestation of systemic amyloidosis*

de Vicente-Ortega A¹, Bracho-González M¹, Fernández-del Corral MR²

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. MÁLAGA.

²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL COMARCAL DE ANTEQUERA. MÁLAGA.

Resumen

La amiloidosis es una enfermedad por depósito extracelular, siendo la amiloidosis primaria poco frecuente. Además, la afectación gastrointestinal es inusual siendo rara vez la forma de inicio de la enfermedad.

Describimos un caso de amiloidosis sistémica en el que el diagnóstico se realiza a raíz de la afectación gastrointestinal con debut de clínica digestiva.

Como conclusión, describir esta enfermedad teniéndola en cuenta como diagnóstico diferencial de cierta sintomatología digestiva, aunque sea esta inespecífica.

Palabras clave: amiloidosis, gastrointestinal, amiloidosis sistémica.

Abstract

Amyloidosis is an extracellular deposition disease, with primary amyloidosis being rare. In addition, gastrointestinal presentation is unusual, rarely the form of onset of the disease.

We describe a case of systemic amyloidosis in which the diagnosis is reached due to the gastrointestinal involvement with digestive clinical debut.

As conclusion, we describe this disease to take it into account as differential diagnosis of certain digestive symptomatology, even if it is non-specific.

Keywords: amyloidosis, gastrointestinal, systemic amyloidosis.

CASO CLÍNICO

Introducción

La amiloidosis es una enfermedad por depósito extracelular de material proteico fibrilar, que condiciona cambios en la morfología y función del tejido donde se deposita. La amiloidosis primaria es una enfermedad poco frecuente, con afectación multiorgánica y de mal pronóstico⁵.

La afectación gastrointestinal (GI) es poco frecuente y suele ser paucisintomática, rara vez es la forma de inicio de la enfermedad y se observa con mayor frecuencia en el contexto de la amiloidosis sistémica primaria^{1,4}. En la forma GI, los hallazgos endoscópicos son inespecíficos⁴. El diagnóstico se basa en la demostración del depósito de sustancia amiloide en los tejidos y el tratamiento debe ser individualizado, en función de la edad, el grado y tipo de afectación orgánica⁵.

Caso clínico

Varón de 74 que ingresa por dolor abdominal, vómitos, estreñimiento y pérdida ponderal. Dentro del estudio, se realiza gastroscopia en la que presenta mucosa gástrica de aspecto edematoso, nodular y varias erosiones inespecíficas (Figuras 1 y 2). Con la sospecha de gastritis se toman biopsias en las que, ante la evidencia de hialinización en lámina propia, desde anatomía patológica amplían estudio. Realizan la técnica histoquímica Rojo Congo detectándose la presencia de material amorfo e hialino que muestra birrefringencia, compatible con material amiloide (Figuras 3-5). Con ello, se realiza el diagnóstico de amiloidosis gastrointestinal.



Figura 1. Cámara gástrica en retroversión con mucosa de aspecto levemente edematoso y eritematoso.

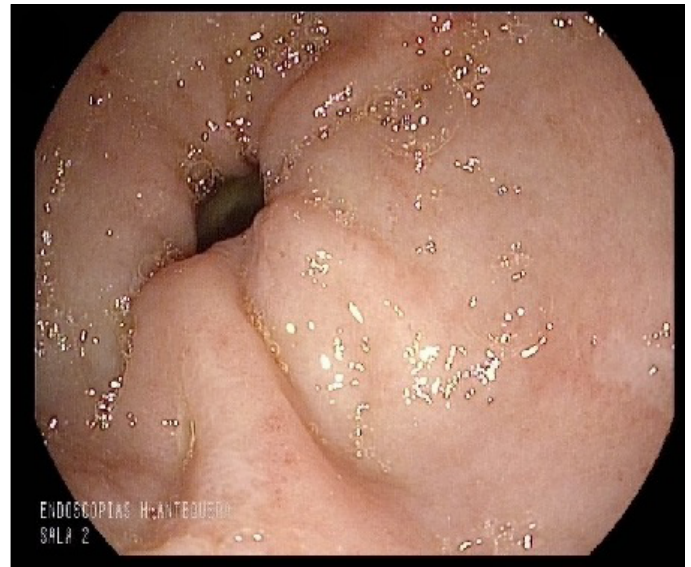


Figura 2. Mucosa antral edematosa y áreas parcheadas ligeramente discrómicas.

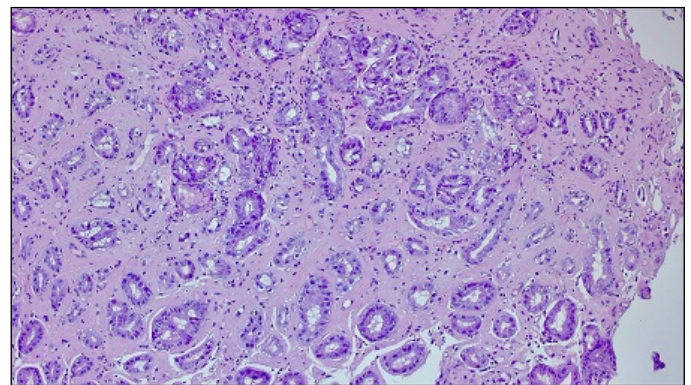


Figura 3. Hialinización en mucosa visto con tinción de hematoxilina y eosina.

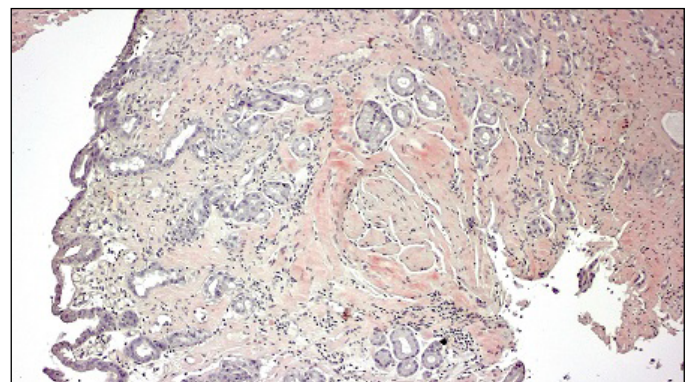


Figura 4. Depósitos amiloides visualizados con técnica de rojo congo.

En el seguimiento al alta, refiere nueva clínica como disnea en relación a descompensación de insuficiencia cardíaca, problemas neurológicos y aparición de lesión cutánea que se biopsia con diagnóstico de amiloidosis sistémica

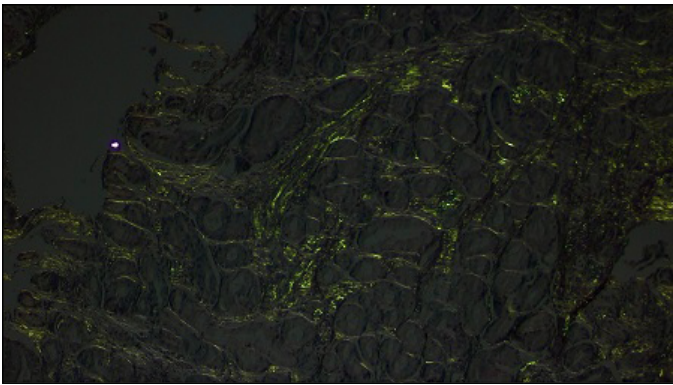


Figura 5. Visualización de contenido amiloide con tinción rojo congo con luz polarizada.

primaria (AL) kappa, con seguimiento y tratamiento desde el servicio de Hematología.

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^{1,3}.

Los síntomas digestivos como forma de inicio son altamente infrecuentes, sin embargo, en nuestro caso el debut consiste en la presentación gastrointestinal. Suele ser asintomática o inespecífica, pero puede presentar síntomas como: hemorragia digestiva, gastroenteropatía pierde-proteínas, malabsorción y dismotilidad, incluyendo esta última: náuseas, vómitos, reflujo gastroesofágico, anorexia, estreñimiento, seudobstrucción intestinal crónica o gastroparesia^{1,2}. En nuestro caso estaban presentes síntomas de dismotilidad.

Del mismo modo en que se identificó en nuestro caso, los hallazgos endoscópicos son inespecíficos, siendo los principales hallazgos endoscópicos las erosiones, ulceraciones y mucosa de aspecto nodular, así como protrusiones pseudopolipoideas⁴ y para su diagnóstico es necesario una biopsia en la que se confirme el depósito con tinción Rojo Congo⁵.

Bibliografía

1. Petre S, Shah IA, Gilani N. Review article: gastrointestinal amyloidosis - clinical features, diagnosis and therapy. *Aliment Pharmacol Ther*, 2008; 27(11), 1006-1016.
2. Ebert EC, Nagar M. Gastrointestinal Manifestations of Amyloidosis. *American Journal of Gastroenterology* 2008; 103(3):776-787.
3. Lachmann HJ, Goodman HJB, Gilbertson JA, Gallimore JR, Sabin CA, Gillmore JD, et al. Natural History and Outcome in Systemic AA Amyloidosis. *N Engl J Med*. 2007; 356(23):2361-71.
4. Hokama A, Kishimoto K, Nakamoto M, Kobashigawa C, Hirata T, Kinjo N, Kinjo F, Kato S, Fujita J. Endoscopic and histopathological features of gastrointestinal amyloidosis. *World J Gastrointest Endosc* 2011; 3(8): 157-161.
5. Cibeira MT, Bladé J. Amiloidosis primaria: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. *Haematologica*. 2011;96(4):13-8.

COLECISTITIS AGUDA ENFISEMATOSA. UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO.

Acute emphysematous cholecystitis. An entity to be taken into account in the differential diagnosis of acute abdominal pain.

Aguilar Martínez JC, Campos Gonzaga L, Pavón Guerrero MI

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ. CÁDIZ.

Resumen

La colecistitis aguda enfisematosa es una entidad infrecuente que se caracteriza por la presencia de gas en la pared y/o la luz vesicular. Su morbimortalidad es muy elevada por su curso rápidamente progresivo hacia la sepsis, el shock e incluso el exitus si no se lleva a cabo una colecistectomía emergente. Dado que el cuadro clínico inicial no es específico, pudiendo ser similar al de la colecistitis aguda, es crucial tener un alto índice de sospecha.

Presentamos el caso de un paciente que ingresó por dolor abdominal agudo y que requirió la realización de tres pruebas de imagen urgentes en un breve periodo de tiempo hasta poder alcanzar el diagnóstico de colecistitis aguda enfisematosa.

Palabras clave: colecistitis enfisematosa, colecistitis aguda, dolor abdominal agudo.

Abstract

Acute emphysematous cholecystitis is a rare entity characterised by the presence of gas in the gallbladder wall and/or lumen. Its morbidity and mortality is very significant due to its rapidly progressive course towards sepsis, shock and even exitus if an emergency cholecystectomy is not performed. As the initial clinical presentation is not specific and may be similar to that of acute cholecystitis, it is crucial to have a high index of suspicion.

We present the case of a patient who was admitted for acute abdominal pain and required three urgent imaging tests in a brief period of time to achieve a diagnosis of acute emphysematous cholecystitis.

Keywords: emphysematous cholecystitis, acute cholecystitis, acute abdominal pain.

Introducción

La colecistitis aguda enfisematosa es una rara variante de colecistitis aguda que presenta un curso potencialmente letal, suponiendo una emergencia quirúrgica. Es fundamental tener un alto grado de sospecha ya que, sobre todo en sus fases iniciales, puede suponer un reto diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 63 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, con diabetes mellitus tipo 2 bien controlada con antidiabéticos orales como único antecedente médico de interés. Acude a Urgencias manifestando dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, junto con náuseas y vómitos biliosos de 24 horas de evolución. No asocia fiebre u otros síntomas. Niega transgresión dietética previa al inicio de la clínica.

A la exploración física, el paciente muestra buen estado general aunque afectado por el dolor. Destaca únicamente dolor a la palpación superficial en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de peritonismo.

En los análisis sanguíneos cabe reseñar una leve hipertransaminasemia (AST 85 UI/L, ALT 90 UI/L) y una ligera hiperamilasemia (350 U/L). Los reactantes de fase aguda no se encuentran elevados.

Ante estos hallazgos, desde Urgencias se decide ingreso en planta de hospitalización de Digestivo con sospecha de pancreatitis aguda biliar.

Durante su primer día de ingreso en planta, el paciente presenta intensificación del dolor abdominal, que resulta refractario incluso a la analgesia de segundo escalón. Se solicitan análisis urgentes, sin que se constaten elevación de reactantes de fase aguda ni otras nuevas alteraciones analíticas. Por la clínica, se solicita también TC abdominal urgente con contraste intravenoso, informada como sin hallazgos patológicos (Figura 1).

Apenas 12 horas después, y dada la persistencia de los síntomas a pesar de analgesia con opiáceos mayores, se realiza ecografía abdominal urgente. En esta se aprecia gas subhepático, por lo que se lleva a cabo una nueva TC abdominal con contraste intravenoso en la que se describen signos tomográficos compatibles con colecistitis aguda enfisematosa (Figura 2), con gas en la pared de la vesícula biliar y edema subseroso. No se evidencian material litiásico biliar ni signos de patología pancreática en las exploraciones radiológicas efectuadas.

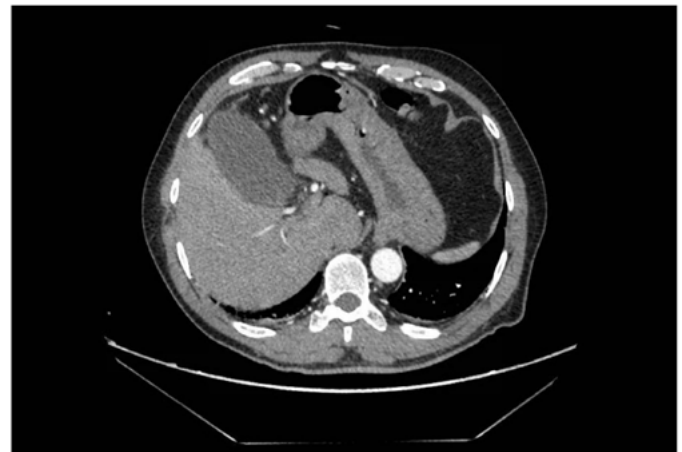


Figura 1. Corte transversal de TC abdominal con contraste intravenoso que no muestra hallazgos patológicos significativos en las estructuras comprendidas, incluyendo la vesícula biliar.

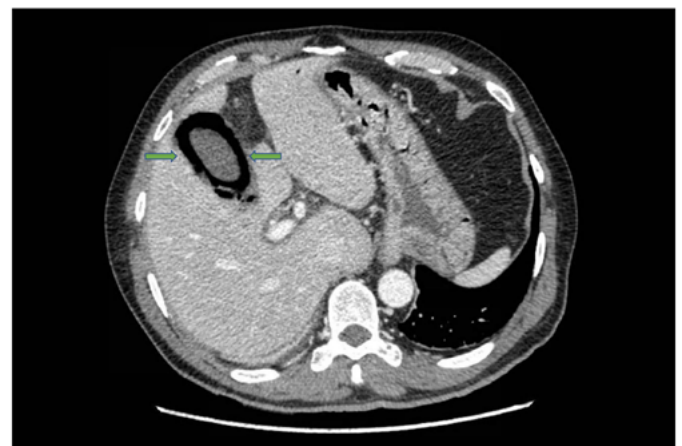


Figura 2. Corte transversal de TC abdominal con contraste intravenoso, llevado a cabo 12 horas más tarde, que muestra gas en la pared de la vesícula biliar (flechas verdes), con edema subseroso, compatible con colecistitis aguda enfisematosa.

Ante la ausencia de comorbilidad significativa, se comenta el caso con Cirugía. Tras valoración por su parte, se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro y se lleva a cabo una colecistectomía laparoscópica urgente, con evolución posterior favorable. En el estudio de la pieza quirúrgica se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda enfisematosa, con aislamiento de *Clostridium perfringens* pansensible.

Discusión

La colecistitis enfisematosa es una forma infrecuente de colecistitis aguda, suponiendo el 1% del total de las mismas. Su principal característica diferencial es la presencia de gas en la pared y/o la luz vesicular¹. Los microorganismos habitualmente implicados son *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* y, como en nuestro caso, *Clostridium spp.*². Se trata de una entidad más común en varones, pacientes con diabetes mellitus e inmunodeprimidos.

Aunque la ecografía abdominal suele ser la primera exploración realizada como aproximación inicial al estudio del dolor abdominal, la TC es la técnica diagnóstica más sensible y específica, siendo de elección. Inicialmente, el cuadro clínico es similar al de la colecistitis aguda, pero con un curso insidioso y rápidamente progresivo hacia la sepsis y el shock, comprendiendo con ello unas tasas de morbimortalidad elevadas³.

Por tanto, es crucial tener siempre presente esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo, aun cuando las pruebas diagnósticas iniciales resultan anodinas.

La colecistectomía es el tratamiento definitivo de elección y debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible. En pacientes de edad avanzada o con comorbilidad relevante, puede considerarse como alternativa terapéutica la colecistostomía guiada por ecoendoscopia o la colecistostomía percutánea⁴.

Bibliografía

1. Safwan M, Penny SM. Emphysematous cholecystitis: a deadly twist to a common disease. *J Diagn Med Sonogr* 2016; 32:131-137.
2. Santoyo-Villalba J, Cañas-García I, Mogollón-González M. Acute emphysematous cholecystitis due to *Clostridium perfringens*: a rare entity requiring aggressive and early treatment. *Rev Esp Enferm Dig* 2022; 114:357-358.
3. Escobar F, Vega NV, Valbuena EI. Colecistitis enfisematosa, revisión bibliográfica y presentación de tres casos. *Rev Colomb Cir* 2015; 30:106-111.
4. Irani SS, Sharzehi K, Siddiqui UD. AGA Clinical Practice Update on Role of EUS-Guided Gallbladder Drainage in Acute Cholecystitis: Commentary. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2023; 21:1141-1147.

LA PARADOJA DEL ANTI-TNF: PSORIASIS PUSTULOSA

The anti-TNF paradox: palmoplantar pustular psoriasis.

Sánchez Tripiana M, Plaza Fernández A, Navarro Moreno E, Hernández Martínez Á

HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS. ALMERÍA.

Resumen

La psoriasis paradójica inducida por anti-TNF es una reacción infrecuente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, caracterizada por la aparición de lesiones cutáneas durante el tratamiento biológico, a pesar de que estos fármacos también se emplean en el manejo de la psoriasis. Puede manifestarse en formas vulgar, pustulosa o palmoplantar y suele presentarse durante el primer año de terapia. Su reconocimiento temprano es fundamental para orientar el manejo clínico y considerar estrategias terapéuticas basadas en vías inmunológicas alternativas, como en el caso descrito.

Palabras clave: enfermedad de Crohn, psoriasis, adalimumab.

Abstract

Paradoxical psoriasis induced by anti-TNF therapy is an infrequent reaction in patients with inflammatory bowel disease, characterized by the appearance of cutaneous lesions during biologic treatment, despite these agents also being used to manage psoriasis. It can present in vulgar, pustular, or palmoplantar forms and typically occurs within the first year of therapy. Early recognition is crucial to guide clinical management and consider therapeutic strategies targeting alternative immunological pathways, as illustrated in the case described.

Keywords: Crohn's disease, psoriasis, adalimumab.

Marta Sánchez Tripiana
Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.
martasancheztripiana@gmail.com

Sánchez Tripiana M, Plaza Fernández A, Navarro Moreno E, Hernández Martínez Á.
La paradoja del anti-TNF: psoriasis pustulosa
RAPD 2026;49(3):113-114. DOI: 10.37352/2026493.6

Caso clínico

Varón de 50 años, sin antecedentes médicos relevantes ni medicación concomitante, diagnosticado en 2005 de enfermedad de Crohn ileal estenosante. Inicia tratamiento con adalimumab subcutáneo en enero de 2025, obteniendo una adecuada respuesta clínica intestinal y mejoría de la sintomatología digestiva.

Tras aproximadamente ocho meses de tratamiento, comienza con lesiones cutáneas en palmas y plantas, caracterizadas por eritema, descamación y pústulas dolorosas. Fue valorado por el servicio de Dermatología donde las lesiones se catalogaron como psoriasis pustulosa palmoplantar, entidad poco frecuente y reconocida como una posible reacción paradójica inducida por adalimumab.

Ante esta sospecha, se decidió suspender adalimumab y realizar un cambio terapéutico a ustekinumab. Tras la inducción y las primeras dosis de mantenimiento, el paciente presentó resolución completa de las lesiones cutáneas y mantuvo un adecuado control de la enfermedad inflamatoria intestinal, sin aparición de nuevos brotes ni complicaciones asociadas.



Figura 1. Lesiones pustulosas eritematosas en plantas de ambos pies, de distribución bilateral y simétrica, con algunas confluentes y áreas descamativas, compatibles con psoriasis pustulosa palmoplantar paradójica.

Discusión

La psoriasis paradójica inducida por anti-TNF refleja la complejidad inmunológica de estas terapias. El bloqueo sostenido de TNF puede favorecer la activación de vías alternativas, como IL-23/IL-17, y la sobreexpresión de interferón tipo I, lo que contribuye al desarrollo de lesiones cutáneas. El abordaje terapéutico debe evaluar de manera simultánea la actividad intestinal y la afectación dermatológica. En casos moderados a graves, el cambio a un biológico con mecanismo de acción distinto, como ustekinumab, permite un doble beneficio, la resolución de las lesiones cutáneas y el control estable de la enfermedad inflamatoria intestinal. Este caso subraya la importancia de identificar estas reacciones paradójicas de manera temprana y considerar estrategias terapéuticas basadas en vías inmunológicas alternativas para optimizar el manejo integral del paciente.

Bibliografía

1. Lu JD, Lytvyn Y, Mufti A, Zaaroura H, Sachdeva M, Kwan S, Abduelmula A, Kim P, Yeung J. Biologic therapies associated with development of palmoplantar pustulosis and palmoplantar pustular psoriasis: a systematic review. *Int J Dermatol*. 2023 Jan;62(1):12-21. doi: 10.1111/ijd.16064.
2. Xie W, Xiao S, Huang H, Zhang Z. Incidence of and Risk Factors for Paradoxical Psoriasis or Psoriasiform Lesions in Inflammatory Bowel Disease Patients Receiving Anti-TNF Therapy: Systematic Review With Meta-Analysis. *Front Immunol*. 2022 Mar 1;13:847160. doi: 10.3389/fimmu.2022.847160.
3. Qiu F, Chen W, Zhou Y. Adalimumab induced psoriasis in Crohn's disease and treatment with ustekinumab: case report and special histopathological findings. *Front Med (Lausanne)*. 2025 Jan 24;11:1507524. doi: 10.3389/fmed.2024.1507524.

XXVII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SADEX

Trujillo 10/11 ABRIL 2026

PARADOR DE TRUJILLO

COMUNICACIONES ORALES

CO-1. EVALUACIÓN EN UNA COHORTE LOCAL DEL SCORE RETREAT Y MODELIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGUIMIENTO RADIOLÓGICO BASADAS EN EL RIESGO DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR.

González Rayo A¹, Guiberteau Sánchez A¹, Narváez López I², Gómez Collado A¹, Calderón Fernández-Salguero A¹, García Galera A¹, García Linares L¹, Almena Sereno JA¹, Rodríguez López A¹, Rasero Hernández C¹, Pereira Álvarez M¹, Monge Romero MI¹, Rodríguez Diez N¹, Pérez Gallardo B¹, Corchado Bejarano C¹, Blanco Fernández G¹, Narváez Rodríguez I¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ²DEPARTMENT OF MATHEMATICS. ATTENDIS-BADAJOZ.

Objetivo

La puntuación RETREAT integra alfa-fetoproteína pretrasplante, invasión microvascular y carga tumoral viable en el explante para estimar la recurrencia del carcinoma hepatocelular (CHC) tras trasplante hepático (TH). Aunque validada, su utilidad para personalizar la vigilancia radiológica es incierta. Evaluamos su rendimiento pronóstico y simulamos estrategias adaptadas al riesgo.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de adultos trasplantados por CHC (2015–2022). Se incluyeron 43 pacientes. La recurrencia fue el desenlace principal. Se analizaron supervivencia libre de recurrencia (Kaplan–Meier), discriminación (índice C) y modelo de Cox. Se comparó con criterios de Milán y se simularon estrategias de desescalada.

Resultados

Hubo 4 recurrencias (9,3%), todas extrahepáticas. No ocurrieron con RETREAT 0; fueron 5,9% (1–2) y 23,1% (≥ 3). RETREAT mostró buena discriminación (C=0,79), superior a Milán (0,62). Cada punto aumentó el riesgo (HR 2,17; IC95% 1,08–4,34). La simulación redujo 19–23% las TC sin retraso diagnóstico teórico.

Conclusiones

RETREAT permite estratificación robusta del riesgo post-TH y respalda vigilancia personalizada, potencialmente más eficiente y segura.

CO-2. VALOR DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA HEMODINÁMICA HEPÁTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Domínguez Humanes J, Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez Z, Nogués Gragera M, Masa Caballero A, Martín Holgado D, Herrador Paredes M, Mata Romero P, González Cordero PL, Vara Brenes D, Prados Manzano R, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Mateos Rodríguez JM, Fernández-Bermejo M, Robledo Andrés P, Solís Muñoz P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES.

Objetivo

Describir los hallazgos clínicos, etiológicos, hemodinámicos y el impacto clínico de los estudios de hemodinámica hepática en una cohorte consecutiva de pacientes.

Material y métodos

Estudio unicéntrico, descriptivo, que incluyó pacientes sometidos a estudio de hemodinámica hepática entre mayo de 2025 y la actualidad.

Resultados

Se incluyeron 22 pacientes (23 estudios), 63,6% varones, con edad media de 63,5 años (40–83). La etiología de la hepatopatía, en caso de haberla, fue heterogénea. Las principales indicaciones de los estudios fueron el control de respuesta a betabloqueante (BB)(39,1%), caracterización de la HTP (30,4%), evaluación en hepatocarcinoma (17,4%), valoración basal del gradiente (13%) y evaluación prequirúrgica (4,4%).

El 54,5% recibía BB; el 50% presentaba gradiente <12 mmHg. Entre cirróticos tratados, el 75% no estaba controlado hemodinámicamente. Se identificaron otras formas de HTP (no sinusoidal) en 6 pacientes. El diagnóstico más frecuente fue HTP no controlada (27,7%), seguido de enfermedad vascular portosinusoidal (18,2%). El manejo terapéutico se modificó en el 31,8%.

Conclusiones

Los estudios de hemodinámica hepática permiten caracterizar la HTP, identificar falta de respuesta terapéutica y optimizar

el manejo clínico, constituyendo una herramienta útil para la toma de decisiones individualizadas.

CO-3. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON ATEZOLIZUMAB Y BEVACIZUMAB EN PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR EN LA PROVINCIA DE CÁCERES.

Suárez Cordero A¹, López Sánchez D², Muñoz Luengo J³, Ceballos E³, Solís Muñoz P⁴, Martín Holgado D⁴, Fernández Bermejo M⁴

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN PUERTO PLASENCIA. ²SECCIÓN ONCOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN PUERTO PLASENCIA. ³SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA. HOSPITAL SAN PEDRO DE ALCÁNTARA. CÁCERES. ⁴SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES. CÁCERES.

Introducción

El carcinoma hepatocelular (CHC) es una de las principales causas de mortalidad por cáncer a nivel mundial. La combinación de atezolizumab y bevacizumab constituye actualmente un estándar terapéutico en primera línea en pacientes seleccionados. Los datos en práctica clínica real permiten complementar la información procedente de ensayos clínicos y aportar evidencia en poblaciones no seleccionadas.

Objetivo

Describir las características clínicas, la eficacia y la seguridad del tratamiento con atezolizumab y bevacizumab en pacientes con CHC en la provincia de Cáceres.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de CHC tratados con atezolizumab y bevacizumab en los dos hospitales con mayor población de la provincia de Cáceres. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas, línea de tratamiento, número de sesiones administradas, progresión tumoral, efectos secundarios y presencia de varices. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango, y las cualitativas como frecuencias y porcentajes.

Resultados

De 20 pacientes tratados con inmunoterapia, se incluyeron 19 tratados con atezolizumab y bevacizumab. La edad media fue de 68,4 años (rango 56–79), siendo el 95% varones. La etiología alcohólica estuvo presente en el 68,4%. Se realizó

biopsia en el 68,4% y el 10,5% presentaba varices. El 73,7% recibió tratamiento en primera línea y el 26,3% en segunda línea. La mediana de sesiones fue de 12 (rango 1–63). El 52,6% no presentó progresión y el 42,1% mostró progresión tumoral. El 42,1% presentó efectos secundarios, con suspensión de bevacizumab en dos casos.

Conclusiones

En nuestra cohorte, atezolizumab y bevacizumab mostró un perfil de seguridad aceptable y control de enfermedad en más de la mitad de los pacientes, apoyando su aplicabilidad en práctica clínica real.

CO-4. EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON SELADELPAR EN LA COLANGITIS BILIAR PRIMARIA: COHORTE EXTREMEÑA MULTICÉNTRICA.

Fernández Bermejo M¹, García Martos E², Guiberteau Sánchez A³, Monge Romero MI³, García Abadía E⁴, Narváez Rodríguez I³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES. ²SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MÉRIDA. ³SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ⁴SECCIÓN DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN PUERTO PLASENCIA.

Introducción

La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad colestásica crónica autoinmune en la que la respuesta bioquímica se asocia con el pronóstico. Seladelpar, agonista selectivo del PPAR- δ , ha demostrado eficacia en ensayos clínicos, aunque la evidencia en práctica clínica real es limitada. El objetivo fue describir la experiencia multicéntrica en hospitales de Extremadura.

Métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con CBP tratados con seladelpar en hospitales de las Áreas de Salud de mayor población de Extremadura. Se recogieron variables demográficas, evaluación de fibrosis, tratamientos previos, síntomas clínicos y parámetros bioquímicos al inicio y a los 3 y 6 meses. El análisis fue descriptivo mediante medias y desviación estándar.

Resultados

Se incluyeron 38 pacientes, con edad media de $58,6 \pm 13,4$ años; el 86,8% eran mujeres. El 50% disponía de biopsia hepática y el 55% de elastografía. El 55% había recibido previamente ácido obeticólico y el 32% presentaba prurito. A los 3 meses se observó un descenso de GGT hasta $115,8 \pm 127,9$ U/L ($\approx 50\%$) y de FAL hasta $133,1 \pm 60,4$ U/L ($\approx 42\%$), junto con reducción de GOT y GPT. En los pacientes con seguimiento a 6 meses ($n=12$), la FAL permaneció reducida ($155,4 \pm 83,6$ U/L), mientras que la GGT mostró cierta atenuación de la respuesta ($187,6 \pm 161,2$ U/L). Una paciente suspendió el tratamiento por decisión propia, sin efectos adversos relevantes.

Conclusiones

Seladelpar mostró una respuesta bioquímica temprana relevante en esta cohorte extremeña, especialmente en parámetros colestásicos, aunque el seguimiento limitado condiciona las conclusiones.

CO-5. RENDIMIENTO DE LOS ÍNDICES SÉRICOS FIB4 Y APRI FRENTE A LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA (FIBROSCAN) EN UNA COHORTE CONSECUTIVA DE PACIENTES AMBULATORIOS

Zorrilla Abad J¹, Guiberteau Sánchez A¹, Monge Romero MI¹, Gómez Collado AM¹, Calderón Fernández-Salguero A¹, Narváez López IS², Narváez Rodríguez I¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ²DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICAS, ATTENDIS. BADAJOZ.

Objetivo

Evaluar la correlación y el rendimiento diagnóstico de FIB4 y APRI frente a la elastografía hepática (FibroScan) en pacientes ambulantes.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico con 53 pacientes consecutivos con FibroScan y analítica concomitante. El 66% de pacientes estudiados fueron mujeres. La edad media fue 58,7 años. Se registraron edad, sexo, etiología y rigidez hepática. Se calcularon FIB4 y APRI. Se analizó la correlación, el rendimiento diagnóstico para fibrosis significativa y avanzada y la concordancia categórica.

Resultados

La correlación con la rigidez hepática fue moderada para FIB4 ($r=0,34$) y APRI ($r=0,33$). Para fibrosis significativa ($\geq F2$), el área bajo la curva fue 0,67 y 0,66, respectivamente; para $\geq F3$, 0,74 y 0,69, respectivamente. FIB4 $<1,3$ mostró sensibilidad del 75% para descartar $\geq F2$, mientras que FIB4 $\geq 2,67$ alcanzó especificidad del 100% con baja sensibilidad. APRI presentó sensibilidades reducidas y alta especificidad en puntos de corte elevados. La concordancia por estadios fue baja.

Conclusiones

FIB4 y APRI presentan correlación significativa pero moderada con FibroScan y rendimiento diagnóstico global moderado, ligeramente superior para FIB4 en fibrosis avanzada. La baja concordancia limita su uso como sustitutos de la elastografía en decisiones clínicas. Sería interesante aumentar el tamaño muestral para validar las conclusiones.

CO-6. INFECCIÓN POR VIRUS DELTA EN EXTREMADURA: RELINK-D.

Calderón Fernández-Salguero A¹, González Rayo A¹, Gómez Collado AM¹, García Galera A¹, Zorrilla Abad J¹, Núñez García G¹, Narváz Rodríguez I¹, Guiberteau Sánchez A¹, Fernández Bermejo M², García Martos E³, García Abadía E⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ, ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES, ³HOSPITAL DE MÉRIDA, ⁴HOSPITAL DE PLASENCIA.

Objetivo

Conocer la prevalencia del virus de la hepatitis delta (VHD) en pacientes con infección por VHB (HBsAg positivo) en nuestra comunidad autónoma.

Material y métodos

- Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes de las áreas de Badajoz, Cáceres, Mérida y Plasencia.
- Se estudia desde 2020 hasta finales de 2024 (al implantarse las "pruebas reflejas"), en los pacientes con HBsAg positivo.

Resultados

Del total de 1569 pacientes analizados, 144 (9.18%) rechazaron realizarse el Anti-VHD y 113 (7,2%) fueron ilocalizables o fallecidos.

Se contactó con 1312 pacientes (83.6%), 1291 (98.4%) tuvieron Anti-VHD negativo y 21 (1,6%) Anti-VHD positivo, de los cuales 7 (33.3%) presentaban RNA-VHD positivo y 14 (66.7%) eran RNA-VHD negativo.

Conclusiones

- El 98,4% de los pacientes con HBsAg positivo presentan Anti-VHD negativo, lo que descarta el contacto con el virus delta en la mayoría de la muestra.
- De los 1312 pacientes contactados con HBsAg positivo, 21 tenían Anti-VHD (1.6%). De estos, 7 (33.3%) tenían infección activa.
- De los 7 pacientes diagnosticados con infección activa (RNA-VHD+), 6 (83,33%) han iniciado tratamiento con Bulevirtida.
- Un 9,18% de los pacientes contactados no quisieron realizarse la determinación de Anti-VHD, destacando una resistencia significativa en el área de Cáceres (donde se concentra el 96,5% de las negativas totales).

CO-7. EPIDEMIOLOGÍA ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR VHA EN ADULTOS JÓVENES

García Galera A, Núñez García GI, González Rayo A, Gómez Collado AM, Calderón Fernández-Salguero A, Zorrilla Abad J, García Linares L, Almena Sereno J, Rodríguez López A, Rodríguez Vidigal FF, Narváz Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Introducción

La infección por el virus de la hepatitis A (VHA) es un problema de salud pública mundial, especialmente en aquellas áreas donde las condiciones higiénico-sanitarias son subóptimas.

Últimamente se observa un cambio en el patrón epidemiológico dándose a mayor edad, y la vigilancia epidemiológica y caracterización clínica adquieren importancia.

Objetivo

Describir las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los pacientes diagnosticados de infección por VHA en nuestra área.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico que analiza un total de 44 pacientes correspondiente al periodo entre 2021-2025, con determinación de Anti-VHA IgM positivo.

Resultados

De los 44 pacientes, con una edad mediana de 37,5 (19-84), 33 eran varones (75%), 2 (4.5%) fallecieron por proceso oncológico terminal simultáneo, 1 fue un falso positivo. 31 pacientes (73,8%) presentaron elevación de enzimas hepáticas por encima del límite superior de la normalidad (41 UI/ml). En los 10 restantes no datos en su historia.

El contagio de los 31 pacientes con afectación enzimática fue: 9 (29%) por transmisión sexual (ITS), 5 (16,13%) fecal-oral, 1% (3,23%) fecal-oral e ITS y 16 (51,6%) por causa desconocida.

27 pacientes (87,1%) requirieron ingreso hospitalario. 23 de ellos (74,2%) tuvieron una evolución favorable. 1 paciente continuaba con hipertransaminasemia elevada a los 2 meses del alta. 3 pacientes (9,68%) presentaron complicaciones graves.

Conclusiones

La infección por VHA en nuestra cohorte mostró un patrón epidemiológico y clínico con predominio en adultos jóvenes y una elevada proporción de formas sintomáticas.

CO-8. REGISTRO EXTREMEÑO DE DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA GÁSTRICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO DE LOS PRIMEROS CASOS.

Parras Castañera E¹, Delgado Guillena PG², Gutiérrez Cierco JL³, Pabón Carrasco S³, Vadillo Calles F¹, García Guerrero T¹, Vinagre Rodríguez G², García Abadía E¹, Borrallo Cruz JA²

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, HOSPITAL DE VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA). ²SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MÉRIDA. ³SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL DE MÉRIDA.

Introducción

La disección submucosa endoscópica (DSE) gástrica permite la resección en bloque de lesiones superficiales con intención

diagnóstica-curativa. La evaluación de los resultados iniciales es fundamental durante su implantación.

Objetivo

Describir las características clínicas, resultados técnicos y eventos adversos de los primeros procedimientos de DSE gástrica en Extremadura.

Material y métodos

Estudio descriptivo multicéntrico realizado en los hospitales de Mérida y Plasencia. Se analizaron variables demográficas, características lesionales, modalidad de resección, histología y eventos adversos intraprocedimiento y a 30 días.

Resultados

Se incluyeron 9 casos con edad media de 72,4 ± 6,4 años; el 66,7% varones. El 55,6% eran ASA II, 33,3% ASA III y 11,1% ASA IV. El tamaño medio lesional fue de 23,1 mm (mediana 20; rango 10-35) y el de la pieza 43,6 ± 20,2 mm (mediana 40; rango 20-80). Cinco lesiones se localizaron en tercio medio y cuatro en tercio distal. El tiempo medio fue de 137,8 minutos (mediana 120; rango 20-360); el 66,7% bajo anestesia general. En 6 casos (66,7%) la DSE fue completa. Se logró resección en bloque en el 100% y R0 en el 100% de los 7 con histología disponible. La histología mostró 4 displasias de bajo grado, 1 de alto grado, 1 adenocarcinoma intramucoso y 1 ausencia de displasia. Hubo 4 sangrados intraprocedimiento y 1 perforación; a 30 días, 1 sangrado y 1 perforación diferidos, sin mortalidad.

Conclusiones

La implantación inicial de la DSE gástrica en Extremadura es factible y segura, con elevada tasa de resección en bloque y R0.

CO-9. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE DEHISCENCIAS ANASTOMÓTICAS MEDIANTE VAC-STENT

Nogúes Gragera M, González Cordero PL, Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez ZA, Domínguez Humanes J, Martín Holgado D, Masa Caballero A, Herrador Paredes M, Mata Romero P, Vara Brenes D, Prados Manzano R, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Fernández-Bermejo M, Solís Muñoz P, Gómez Hidalgo R, Robledo Andrés P, Mateos Rodríguez JM

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Objetivos

Describir la experiencia en el tratamiento endoscópico de las dehiscencias anastomóticas tras cirugía esofágica y colorrectal mediante el uso de prótesis VAC-STENT, evaluando su eficacia en el cierre del defecto, la duración del tratamiento, la necesidad de recambios y la aparición de complicaciones.

Material y métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes intervenidos que desarrollaron dehiscencia anastomótica en el postoperatorio y fueron tratados mediante terapia endoscópica con VAC-STENT en el Hospital Universitario de Cáceres. Se incluyeron seis pacientes, recogiendo variables demográficas, quirúrgicas y oncológicas, así como características de la dehiscencia y del tratamiento endoscópico (recambios, duración total, terapias asociadas, tasa de cierre, complicaciones y estancia hospitalaria). El análisis realizado fue descriptivo.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por cinco hombres y una mujer, con una edad media de 58,8 años. Cuatro pacientes presentaron dehiscencia esofagogástrica tras esofagectomía tipo Ivor Lewis y dos dehiscencias colorrectales tras resección anterior baja, todos en el contexto adenocarcinoma, y habiendo recibido tratamiento neoadyuvante la mayoría. El diagnóstico fue entre los días 3 y 8 del postoperatorio, mediante TAC o endoscopia, con presencia de colección asociada en el 83,3% de los pacientes. El tratamiento con VAC-STENT, siempre combinado con terapias complementarias, tuvo una duración de entre 8 y 51 días. Se logró el cierre completo en el 100% de los casos, registrándose únicamente dos estenosis y un episodio de candidiasis, sin complicaciones graves.

Conclusiones

El tratamiento endoscópico con VAC-STENT puede suponer un cambio en el manejo de las dehiscencias tanto en el tratamiento como en su posible uso preventivo, favoreciendo un enfoque conservador, mínimamente invasivo y eficaz, con alta tasa de cierre y baja incidencia de complicaciones.

CO-10. DISECCION SUBMUCOSA ENDOSCOPICA. EXPERIENCIA INICIAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CACERES. SERIE DE CASOS.

Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez ZA, Humanes Domínguez J, Nogúes Gragera M, Masa Caballero A, Mata Romero P, Herrador Paredes M, Gómez Hidalgo R, González Cordero PL, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Fernández Bermejo M, Mateos Rodríguez JM, Solís Muñoz P, Martín Holgado D, Robledo Andrés P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Introducción

La disección submucosa endoscópica (DSE) es una técnica avanzada que permite la resección en bloque de lesiones neoplásicas precoces o preneoplásicas del tracto gastrointestinal. En estómago y colon, ofrece una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía, posibilitando una resección curativa con adecuada evaluación histológica y correcto seguimiento posterior.

Objetivos

Evaluar la eficacia y seguridad de DSE en lesiones subsidiarias en el área de salud de Cáceres.

Material y metodos

Estudio observacional retrospectivo que incluye 4 pacientes con lesiones subsidiarias de tratamiento mediante DSE en los últimos 12 meses.

Resultados

Tres de las cuatro lesiones estaban en colon y una en estómago. El tamaño medio de las lesiones estaba en los 20 y los 40mm. Todas las lesiones fueron subsidiarias de DSE por riesgo de invasión submucosa y/o imposibilidad de resección en bloque mediante mucosectomía. Respecto a la técnica, en 3 casos se realizó DSE con resección en bloque y en 1 caso se realizó finalmente técnica híbrida con resección fragmentada. No hubo complicaciones durante ninguno de los procedimientos. Anatomopatológicamente se describieron 3 adenomas tubulovelloso con R0 y en 1 caso se describió adenocarcinoma con afectación de margen de resección profundo por lo que se recurrió a la cirugía posterior.

Conclusiones

Actualmente tres de los cuatro pacientes se encuentra en remisión completa de sus lesiones, solo un paciente requiso cirugía posterior. La DSE es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de lesiones colorrectales seleccionadas, alcanzando la resección curativa en la mayoría de los casos evitando así la necesidad de tratamiento quirúrgico.

CO-11. DRENAJE VESICULAR GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES DE MUY ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

Gómez Collado AM, Rodríguez López A, Carro Rossell FJ, Pérez Gallardo B, Estrada León I, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Introducción

El drenaje de la vesícula biliar guiado por ultrasonido endoscópico (USE) se ha posicionado como alternativa eficaz y segura a la colecistectomía en pacientes con colecistitis aguda y alto riesgo quirúrgico. En centros con experiencia, puede considerarse tratamiento definitivo tras fracaso o dependencia de la colecistostomía percutánea, evitando drenajes externos y reduciendo reintervenciones.

Descripción de casos

Presentamos una serie retrospectiva unicéntrica de seis pacientes consecutivos tratados entre octubre de 2024 y agosto de 2025 mediante colecisto-duodenostomía guiada por USE con prótesis metálicas de aposición luminal. La edad media fue de 89,7 años (rango 86– 92), con distribución equitativa por sexo. Todos presentaban colecistitis aguda litiásica y habían sido sometidos previamente a drenaje percutáneo, considerándose no candidatos a colecistectomía por muy alto riesgo quirúrgico.

El éxito técnico fue del 100%, lográndose correcta liberación y aposición protésica en todos los casos. La resolución clínica inicial se alcanzó en el 100% de los pacientes. Se registró un único evento adverso tardío (16,7%) consistente en obstrucción protésica, resuelto endoscópicamente mediante colocación de prótesis plástica coaxial. No se observó mortalidad relacionada con el procedimiento durante el seguimiento.

Conclusión

El drenaje vesicular guiado por USE constituye una alternativa eficaz y segura como tratamiento definitivo en pacientes con colecistitis aguda y muy alto riesgo quirúrgico, respaldando su indicación en centros con experiencia y dentro de un abordaje multidisciplinario.

CO-12. INFECCIÓN POR VIRUS DELTA Y TRATAMIENTO CON BULEVIRTIDE: EXPERIENCIA EN EXTREMADURA.

Calderón Fernández-Salguero A¹, González Rayo A¹, Gómez Collado AM¹, García Galera A¹, Zorrilla Abad J¹, Núñez García G¹, Narváez Rodríguez I¹, Guiberteau Sánchez A¹, Fernández Bermejo M², García Martos E³, Broncano Lavado A⁴

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ. ²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES. ³HOSPITAL DE MÉRIDA. ⁴HOSPITAL DE DON BENITO-VILLANUEVA.

Objetivo

Estudio descriptivo de pacientes con infección por VHD en Extremadura tratados con Bulevirdite.

Material y métodos

A partir del estudio RELINK-D se identificaron 7 pacientes de hospitales de Badajoz, Cáceres, Mérida y Don Benito, de los cuales se tratan 6 con Bulevirdite. Se evaluaron variables clínicas, enzimas hepáticas, bilirrubina, carga viral de VHB y VHD, fibrosis y reacciones adversas al tratamiento.

Resultados

El 66,67% eran mujeres; con una edad media de 57,5 años y sin comorbilidades relevantes, salvo un trasplante renal. Cuatro pacientes tenían una fibrosis F4 compensada y dos una fibrosis F2-F3. Todos tenían Anti-HBs negativos y con infección por VHB controlada (en tratamiento con Entecavir o Tenofovir). Se logró una reducción significativa de RNA-VHD (indetectable o descenso ≥ 2 log) en una mediana de 9 meses. Mejoraron las transaminasas y la fibrosis hepática (dos pacientes con F4 bajaron a F2 y F3 respectivamente), pero con una ligera elevación media de bilirrubina no relevante. Salvo un caso de reacción local leve, no se reportan reacciones adversas significativas.

Conclusiones

Todos los pacientes tratados con Bulevirtida consiguieron una reducción de la carga viral y mejoría de parámetros bioquímicos en un corto periodo de tiempo y sin efectos secundarios asociados importantes.

COMUNICACIONES PÓSTERS

CP-01. RESOLVIENDO RETOS EN EL CIERRE DE ESCARAS. APLICACIÓN DE X-TACK SOBRE ESCARA DE GRAN TAMAÑO EN COLON ASCENDENTE.

Parras Castañera E¹, García Guerrero T¹, Suárez Cordero A¹, Vadillo Calles F¹, Gómez Hidalgo R¹, Calle Sanz R¹, García Abadía E¹

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA).

Introducción

Para el cierre de escaras tenemos diferentes dispositivos entre los que destacan los clips TTS (through the scope) por su frecuencia y facilidad de uso y los clips OTS (over the scope). Por otro lado, el dispositivo Overstitch (utilizado en endoscopia bariátrica) es útil en ocasiones, pero exige una curva de aprendizaje mayor. Como alternativa, el sistema X-Tack permite realizar una sutura continua de cuatro puntos sin la limitación de tamaño de los clips TTS y sin comprometer la maniobrabilidad como sucede con los sistemas OTS.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 56 años sin antecedentes con una lesión en colon derecho de extensión lateral, granular y con dos nódulos (Paris 0-IIa+Is+Is / LST-G) que abarca 50 mm y el 50% de la circunferencia (Figura 1a). Patrón superficial NICE 2, adecuada flotabilidad (Figura 1b).

Se realiza resección en fragmentos con diatermia en inmersión encontrando varios sangrados durante el procedimiento que se tratan con pinza de coagulación.

Del proceso anterior resulta una escara amplia (> 50 mm, Figura 2a) en colon ascendente, habiendo utilizado además

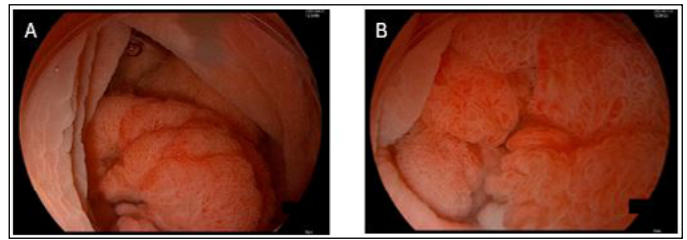


Figura 1.

una fuente de diatermia no controlada (ICC-200). Tres factores de riesgo para sangrado diferido, por lo que se cierra la escara. Para ello utilizamos el sistema X-Tack y varios clips TTS (Figura 2b).

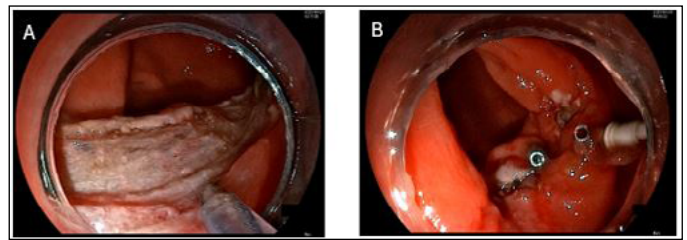


Figura 2.

No se registran complicaciones inmediatas ni tardías. El resultado del estudio anatomopatológico es adenoma tubulovelloso. En la primera revisión no se encuentra recidiva (Figura 3).

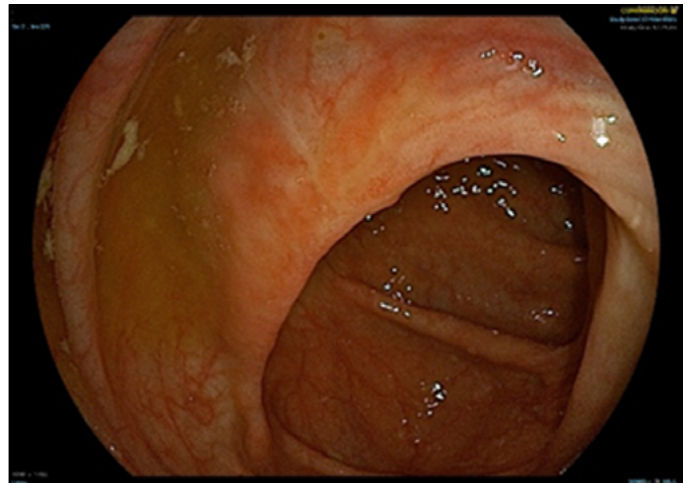


Figura 3.

Para el apoyo visual del caso, dejamos un vídeo resumen (Figura 4).

Bibliografía

1. Lewis GLW. Prevention of delayed bleeding after resection of large colonic polyps. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2024 Jun-Jul;68-69:101907. doi: 10.1016/j.bpg.2024.101907. Epub 2024 May 16. PMID: 38749583.



Figura 4.

2. Ferlitsch M, Hassan C, Bisschops R, Bhandari P, Dinis-Ribeiro M, Riso M, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2024. *Endoscopy*. 2024 Jul;56(7):516-45. doi: 10.1055/a-2304-3219. Epub 2024 Apr 26. PMID: 38670139.

3. Suresh Kumar VC, Singh S, Loganathan P, Mohan BP, Aswath G, Akbar Khan HM, Sapkota B, Andrawes S, Inamdar S, Adler DG. Comparing the safety and efficacy of over-the scope suturing, through the scope suturing, and endoscopic hand suturing for closure of GI defects after endoscopic resection: systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc*. 2025 Mar 7:S0016-5107(25)00149-X. doi: 10.1016/j.gie.2025.03.002. Epub ahead of print. PMID: 40056955.

CP-02. TORE COMO TRATAMIENTO DE RESCATE DEL SÍNDROME DE DUMPING TRAS BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Parras Castañera E¹, García Guerrero T¹, Morán López JM², Suárez Cordero A¹, Vadillo Calles F¹, Gómez Hidalgo R¹, Calle Sanz R¹, Ávila Alarcón IR³, Alarcón González MI³, García Abadía E¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA). ²SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL PUERTO (PLASENCIA).

Introducción

El síndrome de Dumping es un fenómeno postprandial con un conjunto de síntomas gastrointestinales y vasomotores debido a un rápido vaciamiento gástrico en el contexto de una cirugía bariátrica. El manejo inicial se basa en ajustes dietéticos y tratamientos farmacológicos (acarbosa, calcioantagonistas, agonistas-GLP1). En casos refractarios se puede plantear un rescate quirúrgico. La reducción de la anastomosis por endoscopia (transoral outlet reduction, TORe) supone una alternativa eficaz (más del 80% de éxito clínico) y segura (con una tasa de efectos adversos graves del 3%).

Caso clínico

Paciente de 45 años sometida a un bypass gástrico en Y de Roux bariátrico en 2021. Tras 2 años comienza con síntomas sugestivos de síndrome de Dumping. A pesar del manejo médico optimizado la paciente presenta hipoglucemias graves por lo se nos solicita valoración para TORe.

En la gastroscopia inicial se revela una anastomosis gastroyeyunal de 25mm de calibre (Figura 1).



Figura 1.

Bajo anestesia general, realizamos TORe utilizando un gastroscopio terapéutico (3,8 mm, canal único) y el sistema de sutura transmural OverStitch. Con plasma argón se ablaciona un segmento circunferencial de 2-3 cm alrededor de la anastomosis (Figura 2). Posteriormente, se realiza una sutura en cuatro puntos en forma de C (Figura 3) que permite la reducción del calibre de la anastomosis a 8-9 mm. Sin complicaciones durante la técnica ni en el seguimiento posterior.

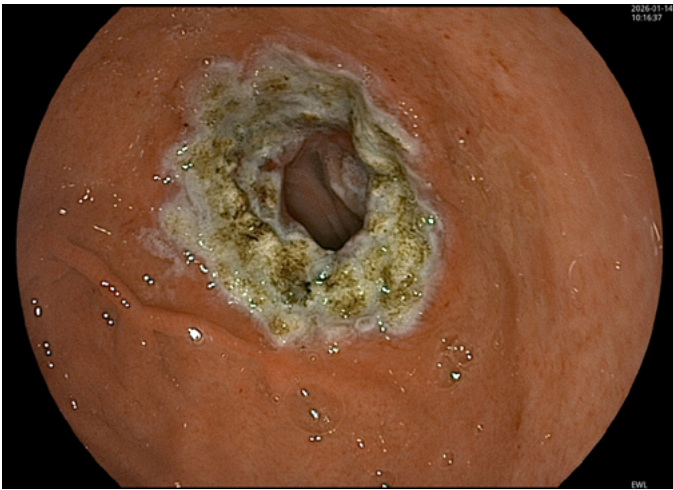


Figura 2.

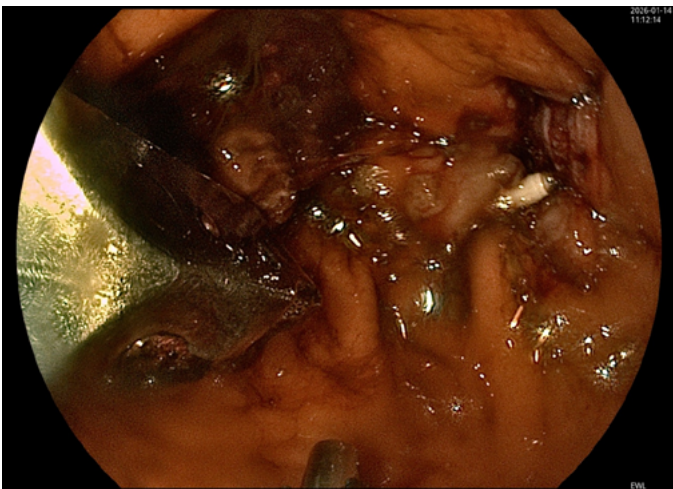


Figura 3.

Tras 2 meses, la paciente se encuentra prácticamente asintomática. Realizamos gastroscopia de control en la que persiste esta reducción de calibre (Figura 4).

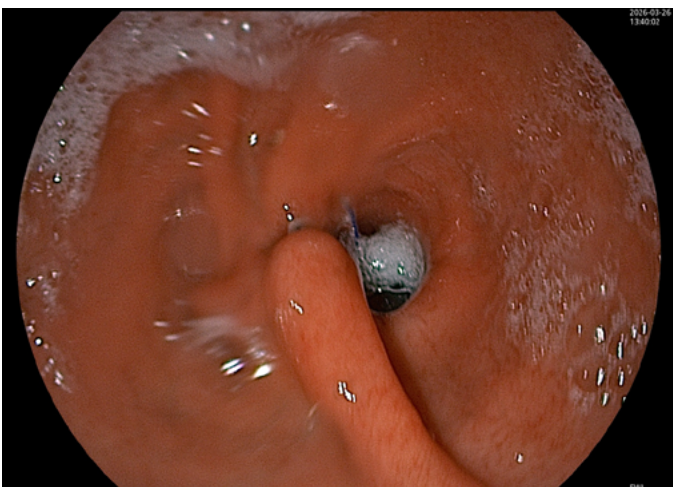


Figura 4.



Figura 5.

Bibliografía

1. Beran, A., Ramai, D., Albakri, A., Alchirazi, K., Saleem, N., & Gromski, M. A. (2025). Transoral Outlet Reduction for Dumping Syndrome After Roux-En-Y Gastric Bypass: a Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis. *Obesity surgery*, 35(11), 4620–4627.
2. Hakiza, L., Sartoretto, A., Burgmann, K., Kumbhari, V., Matter, C., Seibold, F., & Staudenmann, D. (2023). Transoral Outlet Reduction (TORe) for the Treatment of Weight Regain and Dumping Syndrome after Roux-en-Y Gastric Bypass. *Medicina*, 59(1), 125.
3. Lovis, J., Fischli, S., Mongelli, F., Mühlhäusser, J., Aepli, P., Sykora, M., Scheiwiller, A., Metzger, J., & Gass, J. M. (2024). Long-term results after transoral outlet reduction (TORe) of the gastrojejunal anastomosis for secondary weight regain and dumping syndrome after Roux-en-Y gastric bypass. *Surgical endoscopy*, 38(8), 4496–4504.

CP-03. DRENAJE BILIAR GUIADO POR ULTRASONIDO ENDOSCÓPICO TRAS FRACASO DEL ABORDAJE TRANSPAPILAR

Rodríguez López A, Carro Rossell FJ, Pérez Gallardo B, Estrada León I, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

Introducción

La ictericia obstructiva maligna es una complicación frecuente del adenocarcinoma de páncreas avanzado y se asocia

con deterioro clínico. Aunque la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) constituye el tratamiento de primera línea para el drenaje biliar, su fracaso no es infrecuente. En este contexto, el drenaje biliar guiado por ultrasonido endoscópico (USE) se ha consolidado como una alternativa eficaz y menos invasiva.

Caso clínico

Se presenta una serie de cuatro pacientes con adenocarcinoma de páncreas estadio IV e ictericia obstructiva maligna tras fracaso de CPRE, tratados mediante coledoco-duodenostomía guiada por USE. Se alcanzó un 100% de éxito técnico y clínico, con descenso significativo de la bilirrubina sérica. Se registró un evento adverso tardío (obstrucción protésica), que fue manejado exitosamente mediante colocación endoscópica de una prótesis plástica coaxial. No se produjo mortalidad relacionada con el procedimiento.

Conclusiones

La coledoco-duodenostomía guiada por USE es una opción segura, eficaz y reproducible para el drenaje biliar paliativo tras CPRE fallida en centros con experiencia.

La baja tasa de complicaciones observada y la ausencia de mortalidad relacionada con el procedimiento confirman un perfil riesgo-beneficio favorable, incluso en pacientes con supervivencia limitada. Este aspecto es especialmente relevante en el contexto paliativo, donde la proporcionalidad terapéutica y la minimización del impacto iatrogénico constituyen objetivos prioritarios.

CP-04. TRATAMIENTO ECOENDOSCÓPICO DE VARICES GÁSTRICAS. CASO CLÍNICO.

Rodríguez López A, Carro Rossell FJ, Pérez Gallardo B, Estrada León I, González Rayo A, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Introducción

Las varices gástricas (VG) se presentan en el 20% de los pacientes con hipertensión portal y, aunque menos frecuentes que las várices esofágicas, se asocian con episodios de sangrado de mayor gravedad. La inyección endoscópica de cianoacrilato ha sido el tratamiento estándar; sin embargo, esta técnica asocia eventos adversos graves. En este contexto,

el tratamiento guiado por ultrasonido endoscópico (USE) mediante la colocación de endocoils ha emergido como una alternativa terapéutica segura y eficaz.

Caso clínico

Se trata de un varón de 64 años, con enfermedad hepática avanzada secundaria a enolismo y esteatosis hepática metabólica, MELD-Na de 14 con antecedente de un episodio de hemorragia digestiva alta secundario a VG, manejado médicamente durante la fase aguda. En la gastroscopia de seguimiento se identificaron várices gástricas aisladas, de aproximadamente 16 mm de diámetro. Se decidió profilaxis secundaria mediante endocoils USE-guiado. El paciente no presentó complicaciones inmediatas y fue dado de alta a las 24 horas. En el seguimiento clínico-radiológico se comprobó la ausencia de flujo y no se registraron episodios de resangrado.

Discusión

La profilaxis secundaria de las VG representa un reto terapéutico debido al alto riesgo de resangrado y mortalidad. Aunque el cianoacrilato continúa siendo una opción efectiva, sus limitaciones han impulsado el desarrollo de técnicas guiadas por USE. La colocación de endocoils permite una embolización mecánica controlada, favoreciendo la trombosis local y reduciendo el riesgo de embolización sistémica. El caso presentado demuestra que el uso de endocoils en monoterapia puede ser suficiente para lograr un control efectivo de las VG en profilaxis secundaria.

CP-05. ICTERICIA COLESTÁSICA COMO FORMA DE DEBUT DE TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO METASTÁSICO: CUANDO LA CLÍNICA DESORIENTA.

Casiano Manzano S, Domínguez Humanes J, Fernández Bermejo M, Jiménez Colmenarez Z, Martín Holgado D, Mateos Rodríguez JM, Molina Infante J, Nogúes Gragera M

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO, COMPLEJO HOSPITALARIO DE CÁCERES.

Objetivo

Describir un caso sobre un tumor neuroendocrino pancreático (TNEp) metastásico cuyo debut colestásico orientó el proceso diagnóstico hasta su confirmación.

Material y métodos

Varón de 45 años, hipertenso y dislipémico, bebedor y exfumador, con cuadro de astenia, coluria y leve ictericia. Analítica con patrón colestásico (BT 1,6 mg/dL; GGT 1980 U/L). Ecografía: múltiples lesiones hepáticas y masa pancreática. Ecoendoscopia con biopsia de lesión pancreática y adenopatía. TAC corporal y gammagrafía/SPECT-TAC de receptores de somatostatina. CPRE con prótesis metálica biliar.

Resultados

Se identificó masa pancreática infiltrativa de 6 cm (cabeza-uncinado/cuerpo) con afectación vascular y adenopatías voluminosas, múltiples metástasis hepáticas hipervasculares y trombosis esplénica. Anatomía patológica: TNE bien diferenciado G2 (marcadores neuroendocrinos positivos, ATRX conservado). Imagen funcional con captación intensa en páncreas, ganglios e hígado (SSA+). Durante la evolución presentó colecistitis aguda tratada con colecistostomía percutánea. Estadio IV (ganglionar y hepático), ECOG 0, sin síndrome funcional.

Conclusiones

Los TNEp son neoplasias infrecuentes ($\approx 1-2/100.000/año$), habitualmente no funcionantes y diagnosticadas de forma incidental o por síntomas compresivos tardíos. La ictericia como forma inicial no es la presentación más habitual. La combinación de ictericia obstructiva y lesiones hepáticas hipervasculares debe hacer sospechar TNEp, especialmente ante ausencia de dilatación biliar franca inicial. La ecoendoscopia con biopsia y la imagen funcional son claves diagnósticas. El manejo multidisciplinar y la derivación a centro de referencia permiten optimizar opciones terapéuticas, incluyendo ensayos clínicos, en una entidad poco frecuente y de presentación atípica.

Bibliografía

1. Ito T, et al. *Pancreatic neuroendocrine tumors: clinical features, diagnosis ... In: Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2013. PMID:23582916. Disponible en: PubMed Central. (pNET definición, presentación clínica y diagnóstico).
2. Zhou C, Zhang J, Zheng Y, Zhu Z. *Pancreatic neuroendocrine tumors: A comprehensive review.* 2018. (epidemiología, presentación no funcional, tratamiento).
3. Mills EA. *Functional Pancreatic Neuroendocrine Neoplasms.* MDPI. 2025;6(3):38. (<2% de todos los tumores pancreáticos; clasificación y manifestaciones clínicas).

4. *European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) Guidelines & Standards of Care.* ENETS.org. 2023-2024. (directrices de diagnóstico y manejo de TNE, incluidas pNET).

5. Lee DW. *Diagnosis of Pancreatic Neuroendocrine Tumors.* Clin Endosc. 2017. (guía diagnóstica y uso de técnicas de imagen/ecoendoscopia).

6. *Portuguese Pancreatic Club Perspectives on NF Pancreatic Neuroendocrine Tumors.* Porto J Gastroenterol. 2025. (presentación clínica de tumores no funcionantes y compresión de vías biliares).

CP-06. MÁS ALLÁ DE LO HABITUAL. ADENOCARCINOMA DE DUODENO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

García Galera A, Zorrilla Abad J, González Rayo A, Gómez Collado AM, Calderón Fernández-Salguero A, Núñez García G, García Linares L, Almena Sereno J, Rodríguez López A, Henao Carrasco A, Rasero Hernández C, Narváez Rodríguez I

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Revisión de la literatura acerca del AD conformado por los síntomas, pruebas complementarias necesarias hasta alcanzar el diagnóstico microscópico y poner de manifiesto un caso clínico de nuestra área de servicio.

Material y métodos

Descripción de un caso clínico y revisión bibliográfica del AD.

Resultados

La poca frecuencia de aparición hace del AD una patología con pocas características definitorias para su sospecha. La inespecificidad tanto de antecedentes personales (AP) como de los síntomas, principalmente dolor abdominal, lo convierte en un reto diagnóstico. Analíticamente no presenta alteraciones llamativas y dentro de las pruebas de imagen, dada su localización estrecha con otras estructuras anatómicas, su origen es confuso. Es necesario la endoscopia digestiva alta (EDA) para la diferenciación y toma de biopsias junto con otras pruebas de imagen para un estadiaje idóneo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. El caso descrito hace referencia a un paciente de 58 años sin AP de interés que consulta por epigastralgia con datos analíticos

normales. En EDA se visualiza estenosis congestiva a nivel de tercera porción duodenal. Se toman biopsias que confirman el origen concordante digestivo. Realización posterior de gastroyeyunostomía laparoscópica Billroth II.

Conclusiones

El AD es una neoplasia infrecuente con clínica inespecífica. La ausencia de hallazgos analíticos y radiológicos orientadores dificulta su identificación.

La resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento elegido.

CP-07. EXPERIENCIA Y RESULTADOS OBTENIDOS EN ESTUDIOS DE HEMODINÁMICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES

Domínguez Humanes J, Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez Z, Nogúes Gragera M, Masa Caballero A, Martín Holgado D, Herrador Paredes M, Mata Romero P, González Cordero PL, Vara Brenes D, Prados Manzano R, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Mateos Rodríguez JM, Fernández-Bermejo M, Robledo Andrés P, Solís Muñoz P

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Objetivo

Valorar los hallazgos clínicos, etiológicos, hemodinámicos y terapéuticos obtenidos de una cohorte consecutiva de pacientes sometidos a estudios de hemodinámica hepática en el Hospital Universitario de Cáceres.

Material y métodos

Estudio unicéntrico, descriptivo, en el que se incluye a los pacientes sometidos a estudio de hemodinámica hepática en el Hospital Universitario de Cáceres, en el período comprendido entre mayo de 2025 y la actualidad. Se analizaron variables demográficas, clínicas y etiológicas, terapéuticas y hemodinámicas.

Resultados

Se han incluido un total de 22 pacientes, 23 estudios en total, de los cuales 63,6% varones (n=14) y 36,4% mujeres (n=8), con edad media de 63,5 años (40-83). La etiología fue heterogénea: siendo la más frecuente la hepatopatía no filiada asociada a hipertensión portal (9.1%), seguida de

múltiples etiologías individuales (cirrosis alcohólica, MASLD, VHB, hepatocarcinoma, CEP), con igual distribución (4.5%). Las indicaciones predominantes fueron la hipertensión portal no controlada, hepatocarcinoma y colaterales significativas bajo BB (9.1% cada una).

Un 54,55% recibía tratamiento con BB antes del procedimiento. De estos, un 50% presentó gradiente menor de 12 mmHg. El HVP, en pacientes probablemente cirróticos, mostró una media de 9 mmHg, con valores <10 mmHg en el 68,2% de los pacientes, indicando HTP no clínicamente significativa en la mayoría. El diagnóstico más frecuente fue HTP no controlada (27,7%), seguido de enfermedad vascular portosinusoidal (18.2%). Siendo los pacientes probablemente cirróticos y con gradiente menor de 12 un 57.14%. Tras el estudio, el tratamiento se modificó en 31,8% de los casos.

Conclusiones

Los estudios de hemodinámica hepática permitieron clarificar diagnósticos y optimizar el tratamiento en una población compleja y diversa, por lo que se conforma como una herramienta esencial para diferenciar formas clínicas de hipertensión portal y guiar decisiones terapéuticas individualizadas.

CP-08. ESTENOSIS ESOFAGICA REFRACTARIA. MANEJO DE COMPLICACIONES INESPERADAS.

Casiano Manzano S, Jiménez Colmenarez ZA, Domínguez Humanes J, Nogúes Gragera M, Masa Caballero A, Mata Romero P, Herrador Paredes M, Gómez Hidalgo R, González Cordero PL, Hernández Alonso M, Martín Noguero E, Molina Infante J, Fernández Bermejo M, Mateos Rodríguez JM, Solís Muñoz P, Martín Holgado D, Robledo Andrés P

SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÁCERES.

Introducción

La estenosis esofágica benigna refractaria supone un reto terapéutico complejo, especialmente en pacientes con fracaso a dilataciones endoscópicas repetidas. En los últimos años, técnicas endoscópicas avanzadas como la miotomía peroral endoscópica (O-POEM) han surgido como alternativas mínimamente invasivas. Presentamos un caso tratado mediante O-POEM y colocación posterior de prótesis esofágica unida a sonda PEG con una complicación inesperada.

Caso clínico

Varón de 49 años que comienza con un cuadro de disfagia hasta progresar a afagia completa. La gastroscopia mostro una estenosis esofágica severa de aspecto péptico, las biopsias mostraron tejido de granulación sin evidencia de malignidad. Se realizó una gastrostomía percutánea bajo control radiológico con colocación de sonda para alimentación y se realizaron dilataciones con balón hidrostático sin respuesta, se colocó prótesis metálica no cubierta con recidiva precoz tras su retirada por lo que se realizó una miotomía peroral endoscópica sin tunelización (O-POEM) colocando posteriormente una prótesis metálica para evitar la recidiva. Para fijar la prótesis y prevenir su migración se anclo el hilo distal de la misma por el interior de la sonda de alimentación.

Tras meses se produjo el cierre del estoma con salida de la sonda, quedando el hilo distal exteriorizado. Bajo visión endoscópica se introdujo una guía paralela, se dilató el estoma con Savary-Guilliard de 6 mm y balón de 9 mm, permitiendo recolocar la sonda PEG con el hilo en su interior y restablecer la fijación con adecuada tensión.

Conclusión

La estenosis esofágica benigna refractaria continúa siendo un reto terapéutico, con complicaciones asociadas a tratamientos invasivos. La O-POEM emerge como alternativa prometedora en casos seleccionados.

CP-09. ¿ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED HEPÁTICA? ¿HEPATITIS ALO-/AUTOINMUNE? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gómez Collado AM¹, Martín Morales M², González Rayo A¹, Calderón Fernández-Salguero A¹, García Galera A¹, Núñez García GI¹, Zorrilla Abad J¹, Monge Romero MI¹, Aguilar Criado M², Rodríguez López A¹, Almena Sereno JA¹, García Linares L¹, Guiberteau Sánchez A¹, Rodríguez Díez N¹, Corchado Berjano C¹, Pérez Gallardo B¹, Narváez Rodríguez I¹

¹SERVICIO DE APARATO DIGESTIVO. ²SERVICIO DE INMUNOLOGÍA Y GENÉTICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.

Objetivo

Revisión de la literatura sobre la enfermedad injerto contra huésped (EICH) hepática y la hepatitis alo-/autoinmune (HAI) tras alotrasplante de progenitores hematopoyéticos (TPHA) y mostrar un caso clínico de nuestro centro.

Material y métodos

Descripción de caso clínico y revisión bibliográfica de la EICH hepática y la HAI tras TPHA.

Resultados

Las alteraciones hepáticas tras TPHA hacen necesario el despistaje de diferentes entidades incluyendo EICH, hepatitis infecciosa, farmacológica o alo-/autoinmune. Los resultados negativos de la serología infecciosa y los estudios de autoinmunidad, junto con las características y la hipertransaminasemia, sugirieron una probable EICH. Las manifestaciones autoinmunes tras un TPHA son infrecuentes y su fisiopatología es compleja y multifactorial. La diferenciación entre EICH hepática y HAI post-TPHA es compleja, siendo la biopsia hepática el elemento discriminativo más robusto. El caso que se describe corresponde a una paciente que presenta hipertransaminasemia tras el TPHA por un linfoma de Hodgkin. Destaca una biopsia hepática compatible con etiopatogenia alo-/autoinmune, tras una primera inicial normal, y la presencia de autoanticuerpos; apoyado por una buena respuesta a corticoesteroides.

Conclusión

Coincidiendo con la literatura, el caso sugiere una EICH hepática inicial con patrón colestásico, que evoluciona a una hepatitis alo-/autoinmune post-TPHA debido a la disregulación inmune.