

metronidazol 500 mg y omeprazol (95%) 20 ó 40 mg. Se comprobó el cumplimiento del tratamiento, más del 90% de las dosis, y los efectos adversos mediante cuestionario y su eficacia, a las 4-8 semanas de su finalización, mediante test del aliento con urea C-13 (96%) o estudio de antígeno en heces con test monoclonal (4%).

## Resultados

332 pacientes (96.5%) cumplieron de forma adecuada el tratamiento, que resultó efectivo en el 84.8% (intervalo de confianza al 95%, 81-88.6%) de los pacientes, según análisis por intención de tratamiento, y en el 88% (intervalo de confianza al 95%, 84.5-91.5%) de los pacientes que completaron el tratamiento, según análisis por protocolo. Se detectaron efectos adversos en 155 pacientes (45%), siendo los más frecuentes: disgeusia, náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. En 12 pacientes (3.5%) los efectos adversos motivaron el incumplimiento del tratamiento.

## Conclusiones

La cuádruple terapia concomitante sin bismuto durante 10 días muestra en nuestra área sanitaria una efectividad aceptable, según objetivos clásicos, al ser superior al 80%, pero insuficiente según criterios de efectividad (90%) recomendados por reciente documento de consenso español. Debemos por tanto optimizar este tratamiento, prolongando la duración a 14 días, como ya ha sido demostrado, o bien valorar otras alternativas terapéuticas como por ejemplo la cuádruple terapia con bismuto recientemente comercializada en España.

## CO-09. DILATACIONES ENDOSCÓPICAS DE ESTENOSIS EN E.I.I; NUESTRA EXPERIENCIA

ARIZA-FERNÁNDEZ, JL; JIMÉNEZ-ROSALES, R; MARTINEZ-CARA, JG; RODRIGUEZ-SICILIA, MJ; MARTOS-RUIZ, V; REDONDO-CEREZO, E

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

### Introducción

El desarrollo de la dilatación endoscópica ha aportado una ventaja notable en el manejo de pacientes con E.I.I y estenosis intestinales, mejorando la calidad de vida y evitando o retrasando la cirugía en un porcentaje importante de ellos. Analizamos las características de las dilataciones endoscópicas de estenosis intestinales en pacientes con E.I.I del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

### Material y métodos

Análisis descriptivo retrospectivo de las dilataciones endoscópicas realizadas en pacientes con EII en los últimos 13 años en nuestro servicio (2003-2016). La estenosis quedaba definida como aquella disminución del diámetro intestinal que impedía la progresión del colonoscopia de 12.9 mm.

## Resultados

Se realizaron un total de 46 dilataciones en 20 pacientes (9 varones y 11 mujeres) con una edad media en el momento de la 1ª dilatación de 42.15 años, 17 con enfermedad de Crohn y 3 con colitis ulcerosa. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la 1ª dilatación fue de 16.2 años. 17 pacientes tenían antecedentes de cirugía abdominal debido a la propia enfermedad. De las 46 dilataciones, 39 fueron de una estenosis (84.8%), 4 de dos (8.7%) y 3 de tres (6.5%). Se dilataron un total de 56 estenosis. Las localizaciones más frecuentes fueron: 39 en la anastomosis quirúrgica (69.6%), 7 en colon (12.5%) y 3 en recto (5.35%). El calibre medio alcanzado fue de 15.93mm. El éxito endoscópico fue del 89.1% y solamente ocurrió 1 perforación como complicación y 1 hemorragia autolimitada. 35 procedimientos se realizaron con balón hidroneumático sólo (76.1%), 6 con dilatador rígido tipo Savary (13%), 4 con ambas técnicas conjuntamente (8.7%) y 1 con el mismo dedil (ileostomía) (2.1%). 11 pacientes (55%) necesitaron nuevas dilataciones posteriores con una media de 3.45 dilataciones y 12 pacientes (60%) necesitaron cirugía en algún momento debido a dicha estenosis. El tiempo medio de seguimiento desde la 1ª dilatación endoscópica fue de 6.46 años.

## Conclusiones

- La dilatación endoscópica de estenosis intestinales en pacientes con E.I.I es una técnica segura con elevado porcentaje de éxito endoscópico.
- La recurrencia es considerable. El 55% de los pacientes requirieron nuevas dilataciones endoscópicas posteriores.
- En el 40% de los casos pudo evitarse la cirugía.
- La localización más frecuente de las estenosis fue la anastomosis quirúrgica (69.6%).
- Esta técnica constituye una opción terapéutica válida para evitar o al menos retrasar la cirugía en pacientes con E.I.I y estenosis.

## CO-10. NEOPLASIAS ASOCIADAS A ENFERMEDAD INFLAMATORIA

GUERRA-VELOZ, MF; MALDONADO-PÉREZ, MB; CASTRO-LARIA, L; ARGÜELLES-ARIAS, F; CAUNEDO-ÁLVAREZ, A

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

### Objetivo

- Determinar la incidencia de neoplasias y sus características en los pacientes con EII seguidos en nuestras consultas.
- Analizar su relación con el tiempo de evolución de su patología, así como con el tratamiento del paciente.

**Material y métodos**

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de una cohorte histórica de pacientes diagnosticados de EII y seguidos en nuestras consultas.

Se analizaron los siguientes datos: características fenotípicas de la enfermedad, tipo de neoplasia detectada, años de evolución de la enfermedad y tratamiento administrado.

**Resultados**

En el estudio se incluyeron 1266 pacientes, 52%(658) con enfermedad de Crohn (EC) y 48% (608) colitis ulcerosa (CU), 56% (708) fueron hombres.

De todos ellos, se han detectado 22 neoplasias durante el seguimiento, lo que supone una incidencia de 1.7 casos x 1000 pacientes y año. De estos 22 pacientes, un 72.7% son hombres (p=ns); un 59.1% EC y un 40.9% CU (p=ns). Un 40,9% de los casos tomaban inmunosupresores y en un 31.8% estaban en tratamiento con biológicos. **Tablas 1 y 2.**

El 72,7% (16 casos) fueron neoplasias extraintestinales con edad media al diagnóstico de 51.50 ±11.81 años con una mediana de tiempo hasta el diagnóstico de la neoplasia de 67 meses (IC 95% 47 – 144).

El 27,3 % (6 casos) fueron neoplasias intestinales con una edad media al diagnóstico 51.76 ± 13.32 años y una mediana de tiempo hasta el diagnóstico de la neoplasia de 168 meses (IC 95% 14 –350). **Figura 1 .**

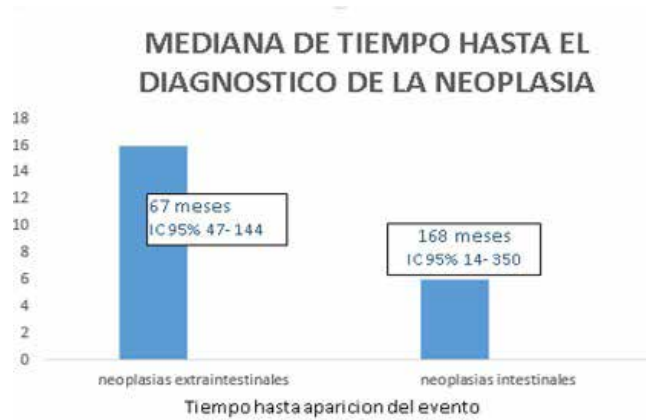
El 50% de los pacientes con neoplasias extraintestinales tomaron azatioprina con mediana de 24 meses (p=ns)

De las neoplasias intestinales el 83% fueron cáncer colorrectal, el 60% de estos tenían CU, en su mayoría colitis izquierda, y sin relación con la toma de tratamiento inmunosupresor o biológico.

**Conclusiones**

En nuestra cohorte las neoplasias extraintestinales se presentaron con menor tiempo de evolución de la enfermedad inflamatoria, la mayoría asociado a la toma de azatioprina sin alcanzarse significación estadística probablemente por el escaso número de pacientes.

Por último, no existen datos de la incidencia global de neoplasias en EII para poder correlacionar con nuestros resultados, y es por ello, que son necesarios estudios prospectivos que traten de obtener esos datos.



**Figura 1** Mediana de tiempo hasta diagnóstico de la enfermedad.

TIPO DE NEOPLASIA INTESTINAL	COLITIS ULCEROSA	ENFERMEDAD DE CROHN
Cáncer colorrectal (adenocarcinoma)	3	2
Tumor neuroendocrino alto grado en colon	1	

**Tabla 1** Mediana de tiempo hasta diagnóstico de la enfermedad.

TIPO DE NEOPLASIA EXTRAINTESTINAL	COLITIS ULCEROSA	ENFERMEDAD DE CROHN
Adenocarcinoma Pulmón	2	1
Adenocarcinoma mama		3
Cáncer de cérvix		1
Cáncer de testículo		1
Carcinoma urotelial		1
Carcinoma espinocelular	1	
Melanoma Ocular		1
Neoplasia Blástica de células dendríticas		1
Linfoma Hodking		2
Linfoma no Hodking	2	

**Tabla 2** Características fenotípicas neoplasias extraintestinales.

**CO-11. IMPORTANCIA DE LA VARIABILIDAD GENÉTICA DEL VHC EN LA UNIÓN HLA-AG VIRAL (EPITOPO INMUNODOMINANTE) Y SU RELACIÓN CON LA RESPUESTA INMUNE (PROLIFERACIÓN CD4+) Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DEL VHC. BASES RACIONALES PARA LA OBTENCIÓN DE UNA VACUNA TERAPÉUTICA**

JIMÉNEZ, S<sup>1</sup>; QUILES, R<sup>1</sup>; MUÑOZ DE RUEDA, P<sup>1</sup>; PAVÓN, E<sup>1</sup>; CARAZO, A<sup>1</sup>; CASADO, J<sup>1</sup>; MARTIN, AB<sup>1</sup>; RUIZ EXTREMERA, A<sup>2</sup>; SALMERÓN, J<sup>3</sup>

<sup>1</sup>UNIDAD INVESTIGACIÓN. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.  
<sup>2</sup>SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.  
<sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

**Introducción**

Datos previos de nuestro grupo de investigación demuestran que pacientes con VHC genotipo 1 que expresan el alelo DQB1\*0301 tienen una probabilidad de respuesta al tratamiento antiviral combinado del 69%, mientras que el 31% restante no responden al mismo, probablemente debido a que, el epítipo inmunodominante (EI) del VHC frente al alelo DQB1\*0301 se encuentra mutado, impidiendo su correcta unión a la molécula HLA.

**Material y métodos**

Analizar por pirosecuenciación del EI NS3 aa 1253-1272 del VHC en 37 pacientes (21 pacientes con Respuesta Virologica Sostenida, RVS, y 16 no-RVS (6 Recidivantes, RC, y 10 no respondedores, NR) el número de quasiespecies/muestra, numero mutaciones/quasiespecies y número de sitios polimorficos.

**Resultados**

Aplicando los controles de calidad, nos encontramos con 34 quasiespecies diferentes. En la **tabla 1** aparecen el número de quasiespecies, mutaciones por quasiespecies y de sitios polimorficos por grupo de respuesta. Los pacientes con RVS presentan una media de menos quasiespecies que los no-RVS (P>0.05). Los pacientes con RVS tienen menor número de mutaciones por cuasiespecies, y menor número de sitios polimorficos que los no-RVS (P=0.01 y P=0.02) (**tabla 2**). Estudiando las posiciones del EI más susceptibles de mutación y su posible relación con la respuesta, observamos tres posiciones únicamente mutadas en pacientes con no-RVS, aa 5 (L/P) y aa 7 (L/P) y 15 (L/S) (no-RVS= 4/16; RVS: 0/21; p=0.02).

En el estudio in vitro, observamos que en 4/7 pacientes (grupo 1) la proliferación CD4+ obtenida con el PS es mayor que la obtenida con el CN y con los PM (PS: 2,74±0,62; CN: 0.92±0.3; PM: 1,15±0.52; P=0.039). Sin embargo, en los 3/7 restantes (grupo 2) no observamos dicho patrón (PS: 4.37± 2.35; CN: 3.55±0.74; PM: 4.06±2.32; P=0.7). Existen diferencias significativas al comparar las medias entre los CN de ambos grupos, de manera que el grupo 2 presenta una media de CN mayor que el grupo 1 (3.55±0.7 vs 0.92±0.3; P=0.016). Esto podría explicar que el grupo 2 al tener una proliferación tan alta basalmente, no es susceptible de aumentar la proliferación CD4 con el estímulo del péptido.

**Conclusiones**

Los pacientes HLA-DQB1\*0301+ que muestran una gran variabilidad genética en el EI NS3 (aa 1253-1272) del VHC, presentan menor tasa de RVS debido a una menor proliferación CD4+ provocada por una incorrecta unión HLA-Ag viral. Así los EI son potenciales candidatos para el diseño de vacunas sintéticas.

	RVS (n=21)	RC (n=6)	NR (n=10)	p
Quasiespecies	2.19 ± 0.2	5.17 ± 2.3	4.5 ± 1.3	n.s
Número mutaciones/quasiespecies	0.48 ± 0.1	1.24 ± 0.7	1.24 ± 0.8	0.03
Número de sitios polimórficos	1.43 ± 0.3	4.5 ± 1.9	4.6 ± 1.3	n.s

**Tabla 1**

	RVS (n=21)	No-RVS (n=16)	p
Quasiespecies	2.19 ± 0.2	4.75 ± 1.1	n.s
Número mutaciones/quasiespecies	0.48 ± 0.1	1.24 ± 0.3	0.01
Número de sitios polimórficos	1.43 ± 0.3	4.56 ± 1	0.02

**Tabla 2**

**CO-12. LOS TESTS DE ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA MÍNIMA SE ASOCIAN A CAÍDAS ACCIDENTALES EN LA CIRROSIS HEPÁTICA**

AGUILERA-JALDO, V<sup>1</sup>; SENDRA-FERNÁNDEZ, C<sup>1</sup>; AMPUERO-HERROJO, J<sup>2</sup>; SOUSA-MARTÍN, JM<sup>1</sup>; GIRÁLDEZ-GALLEGO, A<sup>1</sup>; FERRER-RÍOS, MT<sup>1</sup>; PASCASIO-ACEVEDO, JM<sup>1</sup>; ROMERO-GÓMEZ, M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.  
<sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

**Introducción**

Analizar el impacto de la encefalopatía hepática mínima (EHM), evaluada mediante frecuencia crítica de parpadeo (FCP) y tests psicométricos en papel (PHES) y computerizados (Stroop App), en el riesgo de caídas accidentales en cirrosis hepática.

**Material y métodos**

Estudio transversal que incluyó 45 pacientes con cirrosis hepática. La EHM se evaluó mediante FCP (patológico <39 Hz), PHES (patológico <-4 puntos) y Stroop App (patológico ≥200 segundos).

Todos los tests se realizaron el mismo día por el mismo operador.

Se recogieron las caídas accidentales con requerimiento de asistencia sanitaria hospitalaria antes y después de la evaluación de EHM. Se recogieron variables analíticas de interés (bilirrubina, creatinina, INR, albúmina, sodio, plaquetas) y fármacos tomados el día de la evaluación (rifaximina, lactulosa, furosemida, espironolactona, benzodiazepinas y antidepresivos).

**Resultados**

Se detectó EHM en el 42,2% (19/42) de los pacientes mediante FCP, en el 31,1% (14/44) mediante PHES y en el 60% (27/45) mediante Stroop App (**Tabla 1**). Tanto la FCP como el Stroop App se asociaron a la presencia de caídas; a) FCP39Hz 13% (3/23) (p=0,02); b) Stroop App≥200 seg. 40,7% (11/27) vs. Stroop App-4 puntos (p=0,15).

No encontramos asociación entre las caídas y otras variables como la edad, sexo, función hepática o episodios de EH previa. En cambio, observamos asociación con la cifra de creatinina (0,82mg/dL vs 0,67 mg/dL p=0,03), el valor numérico del PHES (-2,6 vs -5 puntos p=0,05) y la FCP (41,3 vs 38,1 Hz p=0,04).

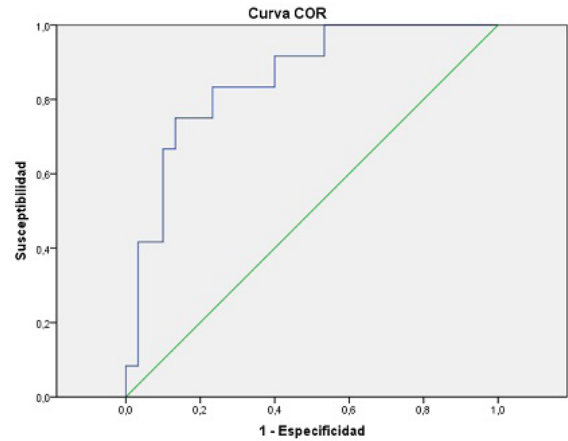
En el análisis multivariante, la FCP<39 (OR 6,15 (IC95% (0,98-38,9); p=0,05)), el Stroop App<200 seg. (OR 0,08 (IC95% (0,01-0,83); p=0,03)) y la creatinina (OR 0,16 (IC95% (0,01-1,24); p=0,062)) se asociaron de manera independiente al riesgo de caídas. El análisis de la curva ROC, para la fórmula obtenida en la regresión, mostró un área bajo la curva de 0,86 (IC95% (0,74-0,98); p<0,0001) (**Figura 1**).

**Conclusiones**

El diagnóstico de encefalopatía hepática mínima mediante tests psicométricos computerizados (Stroop App) ha demostrado ser un factor de riesgo de caídas en pacientes con cirrosis hepática, representando una opción válida y equiparable a los test diagnósticos habituales como son la detección de la frecuencia crítica de parpadeo o los tests psicométricos en papel.

EDAD (media)	57 años (22-82)
SEXO	Hombres 68,9% (31/45), Mujeres 31,1% (14/45)
ETIOLOGÍA	Etílica 40% (18/45), VHC 40% (18/45), VHB 6,7% (3/45)
CHILD-PUGH	A; 57,8% (26/45), B; 40% (18/45), C; 2,2% (1/45)
ESTADÍO CIRROSIS	Compensada 22,3% (10/45), Descompensada 77,7% (35/45)
ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA CLÍNICA PREVIA	EI 28,9% (13/45)

**Tabla 1** Características descriptivas de la población a estudio.



**Figura 1** Curva ROC para la fórmula obtenida de la regresión.

**CO-13. SPANISH DRUG-INDUCED LIVER INJURY REGISTRY: AN UPDATE OF 20-YEARS PROSPECTIVE COLLECTION OF IDIOSYNCRATIC HEPATOTOXICITY CASES**

SLIM, M<sup>1</sup>; SANABRIA, J<sup>1</sup>; RÓBLEZ-DÍAZ, M<sup>2</sup>; INMACULADA, M<sup>1</sup>; GONZÁLEZ-JIMÉNEZ, A<sup>1</sup>; ORTEGA, A<sup>3</sup>; GARCÍA-CORTÉS, M<sup>3</sup>; GARCÍA-MUÑOZ, B<sup>3</sup>; SANJUÁN-JIMÉNEZ, R<sup>1</sup>; FERNÁNDEZ, MC<sup>4</sup>; PELÁEZ, G<sup>4</sup>; CASTIELLA, A<sup>5</sup>; ZAPATA, EM<sup>5</sup>; HALLAL, H<sup>6</sup>; MONTANE, E<sup>7</sup>; ROSA MARÍA, M<sup>7</sup>; SORIANO, G<sup>8</sup>; ROMÁN, E<sup>8</sup>; NAVARRO, J<sup>9</sup>; JIMÉNEZ, M<sup>10</sup>; PRIETO, M<sup>11</sup>; CONDE, I<sup>11</sup>; GINÉS, P<sup>12</sup>; ALDEA, A<sup>13</sup>; HERNÁNDEZ-GUERRA, M<sup>13</sup>; BLANCO, S<sup>14</sup>; MORENO, JM<sup>15</sup>; ROMERO-GOMEZ, M<sup>16</sup>; GOMEZ-DOMÍNGUEZ, E<sup>17</sup>; LUCENA, MI<sup>1</sup>; ANDRADE, R<sup>3</sup>

- <sup>1</sup>SERVICIO FARMACOLOGÍA CLÍNICA. IBIMA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA, MÁLAGA
- <sup>2</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA
- <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA
- <sup>4</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA
- <sup>5</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE MENDARO, MENDARO
- <sup>6</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO J.M. MORALES MESEGUER, MURCIA
- <sup>7</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA, BADALONA
- <sup>8</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, BARCELONA
- <sup>9</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA
- <sup>10</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA
- <sup>11</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALÈNCIA
- <sup>12</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA, BARCELONA
- <sup>13</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS, SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA
- <sup>14</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE BASURTO, BILBAO
- <sup>15</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE, ALBACETE
- <sup>16</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA
- <sup>17</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, MADRID

### Introducción

To assess clinical characteristics and outcomes of DILI patients, and the drugs more frequently implicated in hepatotoxicity in Spain.

### Material y métodos

We have analyzed 915 DILI cases (842 single episodes, 55 re-challenges, 18 double episodes due to different drugs) in 857 patients included in the Spanish DILI Registry from 1994 to 2015. Cases were compared according to pattern of liver damage (hepatocellular, HC; cholestatic, Chol or mixed, Mix).

### Resultados

Male sex predominated (52%), cohort median age 57 years (range: 11-90 y) with a mean body mass index of  $25.8 \pm 3.8$  kg/m<sup>2</sup>. HC, Chol and Mix patterns of liver damage were identified in 65%, 18% and 17% of cases, respectively. More than half of the cases were of moderate severity (58%). Patients with Chol and Mix pattern were older (median 64 y and 62 y, respectively) than HC patients (median 52 y),  $p < 0.001$ . Median time to DILI onset was 30 days in the HC group compared to 20 and 17 days for Chol and Mix, respectively,  $p < 0.001$ . The median time to resolution was 111 days, which was similar among the different patterns of liver injury. Hypertension was significantly more frequent in Chol cases compared to HC (37% vs 22%,  $p < 0.05$ ), whereas a tendency of greater frequency of diabetes was found in Chol cases (17% vs 11%,  $p = 0.2$ ). Jaundice and hospitalization were more common in Chol cases compared to HC (77% and 70% vs 65% and 54%,  $p < 0.05$ , respectively). Detectable autoantibodies were more frequent in HC cases with 27% vs 17% (Chol) and 16% (Mix),  $p = 0.01$ . HC cases exhibited greater risk of developing fatal/severe outcomes, 15% vs 7% and 3% in Chol and Mix cases, respectively,  $p < 0.001$ . Anti-infectives, central nervous system, cardiovascular and anti-inflammatory agents were the most commonly implicated therapeutic classes accounting for 37%, 14%, 11% and 9% of cases, respectively. Amoxicillin/clavulanate remains the agent with the highest number of DILI (21% of cases). A substantial increase in anabolic androgenic steroid-induced liver injury was observed in recent years. A cluster of DILI cases reported to the registry (i.e. ebrotidine, tetrabamate, pemolide, nimesulide, amoxicillin-clavulanate, exolise®, epistane®) have contributed to adoption of regulatory measures.

### Conclusiones

The pioneering prospective Spanish DILI Registry has proved to be very valuable for in-depth clinical phenotyping of hepatotoxicity, providing consistent figures in clinical characteristic outcomes and implicated drugs. Besides, the Registry is an important tool for public health promotion in postmarketing drug surveillance.

## CO-14. LA EXPRESIÓN DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA-1 Y EL ESTADO DE P53 COMO NUEVOS BIOMARCADORES DE PROGRESIÓN Y PRONÓSTICO EN EL CÁNCER COLORECTAL

MUÑOZ GÁMEZ, JA<sup>1</sup>; CASADO, J<sup>1</sup>; DEL MORAL, J<sup>2</sup>; MARTÍN GUERRERO, SM<sup>1</sup>; IÑIGO CHAVES, A<sup>2</sup>; GONZÁLEZ PUGA, C<sup>3</sup>; LEÓN, J<sup>1</sup>; SALMERÓN, J<sup>2</sup>

<sup>1</sup>LABORATORIO INVESTIGACIÓN. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

<sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

<sup>3</sup>UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

### Introducción

La proteína Poli (ADP-Ribosa) polimerasa-1 (PARP-1) participa principalmente en el reconocimiento de daños en el ADN a través de varios sistemas de reparación y tiene también un papel importante como coactivador transcripcional de genes relacionados con inflamación. A parte de sus funciones fisiológicas, se le han atribuido funciones patológicas asociadas con transformación y progresión tumoral. En este contexto, la expresión de PARP-1 se encuentra desregulada en varios tipos de tumores, pero su relación con el pronóstico y progresión tumoral en el cáncer colorrectal (CCR) no está claramente definida. El objetivo propuesto fue: Estudiar la conexión entre PARP-1 y el estado de p53 con progresión tumoral y pronóstico del CCR.

### Material y métodos

Estudio retrospectivo (más de 10 años de seguimiento con datos de supervivencia global (SG) y tiempo libre de enfermedad (TLE)), que incluye 201 casos de CCR donde se le han determinado: Expresión de PARP-1 e iNOS en el tejido sano peritumoral y en el tumoral de cada paciente, el polimorfismo PARP-1 (SPN: V762A) y presencia de mutaciones en el gen de p53.

### Resultados

La expresión de PARP-1 se encuentra elevada en el tejido tumoral en relación a tejido sano en el 65% de los pacientes. En los pacientes con mutaciones en p53 (mtp53), se encontró asociación entre PARP-1 y el estadio tumoral, presentándose sobreexpresada en el estadio I en relación a los otros estadios. Además, en estos pacientes (mtp53), se encontró una sobreexpresión del gen de iNOS, interesantemente asociada con los niveles de expresión de PARP-1. Estos datos indican que PARP-1 juega un papel fundamental en los procesos iniciales de inflamación y carcinogénesis. Por otro lado, una alta expresión de PARP-1 en los tumores mtp53 se asocia con una mayor SG y SLE a los 10 años. Interesantemente, la presencia del SNP V762A en los tumores sin mutaciones en p53 reduce los niveles de expresión de PARP-1 así como la SG y SLE.

### Conclusiones

PARP-1 está implicada en el proceso de carcinogénesis del CCR. El análisis de PARP-1 (expresión y SNP) y el estado de p53 puede ser utilizado en clínica como biomarcador de pronóstico y resultado en el CCR. El estudio conjunto de estos biomarcadores puede ser clave para la correcta selección de aquellos pacientes que pueden

realmente beneficiarse del tratamiento con inhibidores de PARP-1 (iPARP-1) y debería de tenerse muy en cuenta en los ensayos clínicos que ya están en marcha con estos compuestos, así como en los futuros ensayos.

### CO-15. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ENZIMÁTICO SUSTITUTIVO DE LA INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA (IPE) EN GASTRECTOMIZADOS

MONGIL POCE, L<sup>1</sup>; ALCAIDE, J<sup>2</sup>; MÉNDEZ SANCHEZ, I<sup>3</sup>; RIVERA IRIGOIN, R<sup>3</sup>; SANCHEZ CANTOS, A<sup>3</sup>; RIVAS RUIZ, F<sup>4</sup>; PEREZ AISA, A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA

<sup>2</sup>SERVICIO ONCOLOGÍA MÉDICA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

<sup>3</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

<sup>4</sup>SERVICIO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

#### Introducción

Valorar la IPE en pacientes sometidos a gastrectomía. Analizar la dosis de tratamiento enzimático sustitutivo necesario para optimizar el tratamiento.

#### Material y métodos

Estudio prospectivo descriptivo en pacientes sometidos a gastrectomía total o subtotal por patología neoplásica o benigna desde enero de 2013 a enero de 2016. Se demostró la presencia de IPE mediante test de triglicéridos mixtos marcados con C13 (TATGM) siguiendo el protocolo estándar.

#### Resultados

Se incluyen 54 pacientes (60 % varones) con edad media de 64 ± años. El 83,63 presenta una gastrectomía por patología neoplásica, siendo el adenocarcinoma el 82,6 % de las mismas. Se realizó gastrectomía total en el 47,27% y subtotal en el 52,7%. El 33,33% (18/54) presenta IPE al ser evaluados mediante TATGM siguiendo el protocolo habitual. A éstos se les pautó con una dosis total de 175.000 UI (2 cápsulas de 25000 UI en cada comida principal y una cápsula de 25000 UI con comida menor) siguiendo las recomendaciones de las guías de consenso. Para comprobar la idoneidad del tratamiento, se les realizó a las 6 semanas, un segundo TATGM con el tratamiento prescrito, persistiendo datos de IPE en el 44,44% (8/16), por lo que se les aumentó la dosis a 240.000 UI (2 cápsulas de 25000 UI y 3 capsulas de 10000 con cada comida principal). De nuevo a las 6 semanas, se volvió a realizar un tercer TATGM para comprobar la eficacia del tratamiento, persistiendo datos de IPE en 1 paciente.

#### Conclusiones

El TATGM es una prueba sencilla y fácil de realizar y con una alta especificidad en el diagnóstico de la IPE, siendo además muy útil para la monitorización del tratamiento enzimático sustitutivo. Los

requerimientos enzimáticos en este subgrupo de pacientes son elevados. Sin embargo, son necesarios más estudios que validen las mejores estrategias de manejo en los pacientes gastrectomizados.

### CO-16. ANÁLISIS PROSPECTIVO DE LA MORTALIDAD POR HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

JIMÉNEZ-ROSALES, R; MARTÍNEZ-CARA, JG; VALVERDE-LÓPEZ, F; LÓPEZ DE HIERRO-RUIZ, M; REDONDO-CEREZO, E

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

#### Introducción

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una causa frecuente de ingreso hospitalario, con una incidencia anual aproximada de 50-150 casos/100000 habitantes, y una mortalidad intrahospitalaria entre 2-15%. Factores predictivos de mortalidad son: edad avanzada, niveles bajos de hemoglobina, presión arterial sistólica disminuida, presencia de sangre en el aspirado gástrico, comorbilidades graves (neoplasia, cirrosis), re-sangrado, hipoalbuminemia, niveles elevados de creatinina sérica, niveles altos de transaminasas y presencia de sangrado activo o estigmas de sangrado reciente en el estudio endoscópico. Sin embargo, esta no siempre se debe a la HDA, también puede deberse a descompensación de otras comorbilidades, en las que la HDA es sólo un proceso intercurrente. El objetivo de este estudio es analizar la mortalidad intrahospitalaria y a largo plazo (6 meses) en pacientes con un episodio de HDA.

#### Material y métodos

Presentamos un estudio prospectivo con pacientes que acudieron a Urgencias del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves" por HDA durante 36 meses (2013-2016). Se tabularon datos demográficos, comorbilidades, medicación, presentación clínica, estado hemodinámico, analítica y hallazgos endoscópicos. Se registraron las intervenciones, como transfusión, endoscópicas, radiológicas o quirúrgicas. Las variables resultado fueron mortalidad intrahospitalaria y a los 6 meses.

#### Resultados

Se incluyeron 499 pacientes (304 hombres, edad 64.32±16.7). La mortalidad intrahospitalaria fue 9.8%, siendo la específica por hemorragia 5.1%. La causa principal de mortalidad intrahospitalaria fue el shock hemorrágico (**tabla 1**). Se objetivó sangrado activo en un 60%. El 31% presentaban varices esofágicas, 22% úlcera gástrica, 18% úlcera duodenal y el 6% una neoplasia. Las principales causas de mortalidad diferida fueron neoplasias y hemorragia por varices. La mortalidad por causa cardiovascular representó un 33% (**tabla 2**). La mortalidad diferida se relacionó con algún evento hemorrágico (p2 se relacionó con la mortalidad diferida (p<0.0001; HR:1.775;IC95%:1.166-2.702) y demostró ser un buen factor pronóstico de mortalidad a largo plazo (AUC 0.745;IC95%:0.642-0.849) (**figura 1**). La edad no guardó relación con la mortalidad.

**Conclusiones**

La mortalidad aguda y a largo plazo en la HDA tiene diferentes patrones. Mientras que las complicaciones de la cirrosis son importantes en ambos grupos (especialmente el sangrado por varices); la neoplasia avanzada, juega un papel destacado en la mortalidad a largo plazo. En este último grupo, existe un subgrupo en el cual la mortalidad podría considerarse evitable. En pacientes sin neoplasia, el AIMS65 fue un buen predictor de mortalidad y podría seleccionar aquel subgrupo de pacientes que se beneficiaría de un seguimiento y tratamiento intensivo.

Shock hemorrágico	14 (31.8%)
Encefalopatía hepática	7 (15.9%)
Accidente cerebrovascular	5 (11.3%)
Shock séptico	4 (9.2%)
Insuficiencia renal	4 (9.2%)
Neoplasia estadio terminal	3 (6.8%)
Insuficiencia cardíaca	2 (4.5%)
Pancreatitis aguda grave	2 (4.5%)
Neumonía aspirativa	2 (4.5%)
Tromboembolismo pulmonar	1 (2.3%)

**Tabla 1**  
Causas de mortalidad intrahospitalaria.

Neoplasias	11 (25.4%)
Sangrado por varices	8 (17.8%)
Infarto agudo miocárdio	6 (13.3%)
Insuficiencia cardíaca	5 (11.1%)
Accidente cerebrovascular	4 (8.9%)
Shock hemorrágico	3 (6.7%)
Complicaciones quirúrgicas	3 (6.7%)
Cirrosis, encefalopatía	2 (4.4%)
Enfermedades biliares (pancreatitis, colangitis)	2 (4.4%)

**Tabla 2**  
Causas de mortalidad diferida (6 meses).

**CO-17. EXPERIENCIA CLÍNICA DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN CÁDIZ**

BONILLA FERNÁNDEZ, A; RAMÍREZ RAPOSO, R; ABRALDES BECHIARELLI, AJ; DÍAZ JIMÉNEZ, JA; CARNERERO RODRIGUEZ, JA; RODRIGUEZ PARDO, MJ; VIEJO ALMANZOR, A; RAMOS CLEMENTE ROMERO, MT; CORRERO AGUILAR, FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

**Introducción**

Describir las características epidemiológicas y los hallazgos de la cápsula endoscópica (CE) en pacientes que acuden al Hospital Universitario Puerta del Mar en Cádiz.

**Material y métodos**

Se han recogido de forma retrospectiva los datos de pacientes que se realizaron estudio mediante CE en nuestro centro, entre los periodos de Enero 2011 hasta Diciembre 2015 incluyendo datos demográficos, indicaciones del estudio, hallazgos y complicaciones.

**Resultados**

Se registraron un total de 239 casos: 103 hombres (edad media 62.1 años) y 136 mujeres (edad media 59 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron patología cardíaca (28.5%), seguida de Hipertensión arterial (20%) y Diabetes mellitus (15.5%).

La mayoría se encontraba sin ningún tratamiento (34.3%) seguido de consumo de antiagregantes (31%), AINES (26%), anticoagulantes (16%) y doble antiagregación (4%).

A todos los pacientes se les había realizado previamente endoscopia digestiva alta y baja. El 27.2% tenía tránsito intestinal y 22.5% TAC Abdominal.

La indicación con más frecuencia es estudio de anemia tanto ferropénica como recurrente (55.2%), seguida por Hemorragia de origen oscuro (22.5%), Enfermedad inflamatoria intestinal (10%), Diarrea crónica (7.5%). En todas ellas los hallazgos resultan patológicos en >75% de los casos (**figura 1**). El 4.1% necesito introducción endoscópica de la CE. El tiempo medio de la CE en estómago fue de 62.1 minutos, en intestino delgado de 247.9 minutos y en colon 254.3 minutos.

En cuanto al análisis global de los hallazgos en los estudios de CE, el más frecuente fue lesiones inflamatorias en 168 casos (70.2%), bien como único hallazgo o asociado a otro tipo de lesión, se observó lesiones vasculares en 77 casos (32.2%) y tumorales en 14 casos (5.8%). En cuanto a los hallazgos según indicación, éstos se resumen en la **figura 2**. Durante la prueba se evidenció sangrado activo en 28 casos (11.7%). En el 89.5% de los casos no existió ninguna complicación; entre las que estaban retención o estudios no válidos por mala preparación.

**Conclusiones**

La CE ha demostrado ser una técnica de gran utilidad para el diagnóstico de la enfermedad del intestino delgado y es una herramienta para el manejo del paciente con anemia crónica de origen digestivo y en la enfermedad inflamatoria. En los casos de hemorragia de origen oscuro (HOO), presenta un alto rendimiento diagnóstico ya que se conoce su relación con lesiones a nivel de intestino delgado. Se trata de una técnica segura con una tasa muy baja de complicaciones, las cuales en su mayoría se tratan de forma conservadora.