

CO-16. REDUCCIÓN DE NIVELES DE TACROLIMUS EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL: COMPARACIÓN DE COMBINACIONES CON EVEROLIMUS VS MICOFENOLATO MOFETIL.

AMADO-TORRES, V¹; RODRÍGUEZ-PERÁLVAREZ, M¹; BARRERA, L²; FERNÁNDEZ-GONZÁLEZ, R¹; ÁLAMO, JM²; GUERREROMISAS, M¹; BERNAL-BELLIDO, C²; CIRIA, R¹; SUÁREZ-ARTACHO, G²; AUMENTE, MD²; PADILLO-RUIZ, J²; GÓMEZ-BRAVO, MÁ²; DE LA MATA, M¹

¹UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ²UNIDAD CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La minimización de tacrolimus puede realizarse mediante su combinación con everolimus o micofenolato. El presente estudio pretende analizar cuál de las dos opciones es más efectiva en práctica clínica real.

Material y métodos

Estudio anidado en un proyecto observacional prospectivo que incluyó pacientes con hepatocarcinoma sometidos a trasplante hepático entre julio 2012 y diciembre 2015, cuyo protocolo de inmunosupresión consistió en tacrolimus e introducción precoz de everolimus (día 15-21 postrasplante) (TAC+EVE). El grupo de comparación consistió en controles históricos apareados por características del hepatocarcinoma que habían recibido tacrolimus en combinación con micofenolato (TAC+MMF) o en monoterapia (TAC). Se compararon los niveles de tacrolimus en los primeros 24 meses post-trasplante entre los diferentes grupos (TAC+EVE vs. TAC+MMF vs. TAC) mediante ANOVA. La correlación entre niveles valle de tacrolimus y everolimus se evaluó mediante el coeficiente r de Pearson.

Resultados

Se incluyeron 192 pacientes distribuidos en: TAC+EVE (n=64; 33,3%), TAC+MMF (n=75; 39,1%) y TAC (n=53; 27,6%). Los tres grupos fueron comparables en cuanto a edad (p=0,18), etiología etílica de la cirrosis (p=0,47) y creatinina pre-trasplante (p=0,58). La serología de VHC positiva fue más frecuente en el grupo TAC+EVE (39,6%) en comparación con TAC+MMF (31,5%) y TAC (28,8%) (p=0,029). Los niveles medios de tacrolimus en el primer mes fueron significativamente menores en el grupo TAC+EVE (7,11±2,3 ng/mL), en comparación con TAC+MMF (9,43±3,3 ng/mL) y TAC (9,31±2,4 ng/mL) (p<0,001). Asimismo, el grupo de pacientes que recibieron TAC+EVE mostraron niveles de tacrolimus más reducidos en todos los puntos de corte evaluados durante los primeros 18 meses post-trasplante (**Figura 1**). No existieron diferencias significativas en cuanto a tasa de rechazo probado por biopsia (TAC+EVE 7,8% vs. TAC+MMF 12,9% vs. TAC 9,6%; p=0,62), ni en tasa de rechazo tratado (TAC+EVE 22,6% vs. TAC+MMF 18,8% vs. TAC 18,4%; p=0,82). En el grupo TAC+EVE, los niveles medios de everolimus oscilaron entre 3,2-4,4 ng/mL en los primeros 24 meses post-trasplante. Notablemente, no se apreció una correlación lineal inversa entre los niveles de tacrolimus y everolimus. Tan sólo existió una correlación positiva discreta a los 12 y 24 meses post-trasplante (r=0,45; p=0,002 y r=0,42; p=0,033 respectivamente).

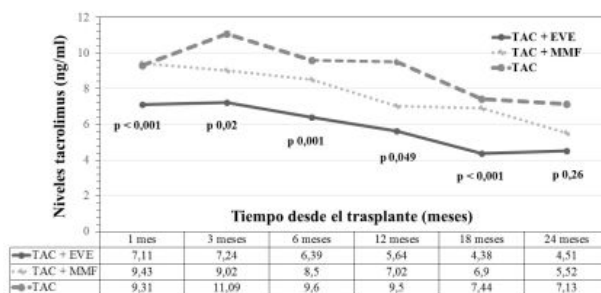


Figura 1

Niveles TAC pos trasplante. Los valores "p" que se adjuntan corresponden al nivel de significación estadística para las diferencias TAC+EVE vs. TAC+MMF, obtenido del análisis post-hoc (Games-Howell) mediante ANOVA.

Conclusiones

En práctica clínica real, la combinación con everolimus se asocia a niveles de tacrolimus más reducidos, sin incrementar el riesgo de rechazo. No parece necesario utilizar niveles elevados de everolimus para conseguir una minimización efectiva de tacrolimus.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN III

CO-17. INSUFLACIÓN CON DIÓXIDO DE CARBONO VS INSUFLACIÓN DE AIRE CONVENCIONAL EN LA COLONOSCOPIA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

MOLINA-VILLALBA, C; VIÑOLO-UBIÑA, C; LOZANO-COBO, J; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, P; GALLEGO-ROJO, FJ

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

Introducción

La colonoscopia es una importante herramienta diagnóstica. La insuflación es esencial para distender la luz y optimizar la visualización; pero causa dolor abdominal. El CO₂ se absorbe más rápido que el aire, causando menor distensión intestinal y menos dolor. Nuestros objetivos fueron: comparar el nivel de dolor mediante una escala visual analógica (EVA) durante, al final y a las 24 horas de la realización de colonoscopia bajo sedación utilizando insuflación con aire o CO₂, determinar si el incremento del perímetro abdominal (PA) tras la colonoscopia con CO₂ es inferior al del grupo aire y dilucidar la relación entre el perímetro abdominal y el nivel de dolor del paciente.

Material y métodos

Realizamos un estudio prospectivo, simple ciego, aleatorizado en dos grupos: insuflación con aire aquellos cuyo número de historia era impar, y los pares en el grupo de CO₂. Se incluyeron

secuencialmente desde enero hasta junio de 2017, pacientes que acudieron al Servicio de Endoscopia Digestiva de nuestro hospital, para la realización de colonoscopia. Se excluyeron a pacientes con enfermedad cardiorrespiratoria grave.

Resultados

Se incluyeron 76 pacientes (32 con CO₂ y 44 con aire). No hubo diferencias estadísticas en la distribución del sexo y edad en ambos grupos. El 83% de los pacientes fueron sedados y ninguno presentó complicaciones. El tiempo de la técnica resultó 16,7±6,8 minutos en el grupo aire y 16,84±7,2 en el grupo CO₂ sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,93$).

El 53,9% del grupo de aire y el 46% del de CO₂ obtuvieron buena preparación sin presentar diferencias estadísticamente significativas. Respecto al dolor durante el procedimiento con aire normal se registró una EVA media de 5,11±2,76 vs. con CO₂ 2,72±2,19 ($p=0,0003$) (Figura1). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación EVA tras la EDB y a las 24 horas en ambos grupos, no siendo así al comparar los antecedentes de cirugía abdominal ($p=0,65$).

En el grupo de aire la media del PA previo a la EDB fue 95,57±12,66 y tras ésta 98,14±12,45. En el grupo de CO₂ el PA inicial fue 98±15,28 y tras la colonoscopia 98,19±15,02. Se observa un aumento de dicha medida (mayor en el grupo aire) pero sin significancia estadística. No detectamos correlación entre el aumento del perímetro abdominal y el dolor.

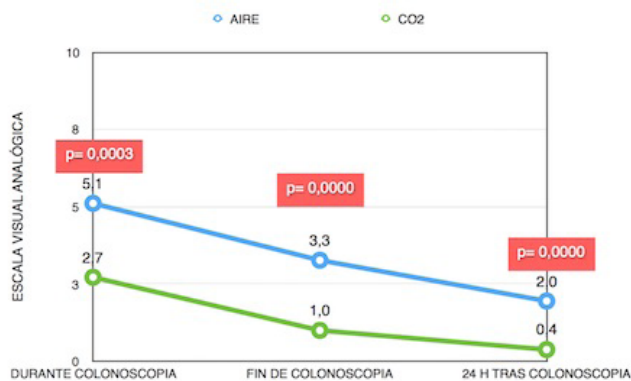


Figura 1 Resultados con significancia estadística respecto al dolor.

Conclusiones

La sustitución de la infusión de aire por CO₂ mejora la tolerancia a la exploración y resulta segura.

CO-18. EFICACIA DE TACROLIMUS TÓPICO EN PROCTITIS Y COLITIS ULCEROSA IZQUIERDA. EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA.

SÁENZ-GALLO, M; NUÑEZ-ORTIZ, A; MARTÍNEZ-SÁNCHEZ, E; TRIGO-SALADO, C; DE LA CRUZ-RAMÍREZ, MD; HERRERA JUSTINIANO, JM; LEO CARNERERO, E

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

Introducción

Valorar la eficacia clínica del tacrolimus de acción tópica como alternativa terapéutica en la colitis ulcerosa izquierda refractaria a los tratamientos convencionales.

Material y métodos

Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes de nuestro centro con colitis ulcerosa izquierda o proctitis refractaria a tratamiento médico que recibieron tacrolimus tópico en forma de supositorio o enemas en función de la extensión de la enfermedad. Se valoró la respuesta clínica al tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 19 pacientes (12 mujeres y 7 hombres). La edad media fue de 39±14 años. La extensión de la enfermedad fue en 8 casos (42%) rectal, en 10 casos (52%) hasta ángulo esplénico y un caso (5%) se trató de una cuffitis. La totalidad de los pacientes había recibido mesalazina tópica y en 17 de ellos (90%) mesalazina oral, fracasando a la misma o teniendo que ser retirada por los efectos secundarios en todos los casos. El tratamiento con azatioprina se utilizó en 13 pacientes (68%) siendo efectivo en sólo uno de ellos aunque luego tuvo una recaída posterior que condicionó el uso de tacrolimus. Los fármacos biológicos fueron recibidos en 10 pacientes (53%), siendo el infliximab el principal de ellos con 9 casos (47%), siendo efectivo sólo en uno de ellos.

La respuesta al tacrolimus tópico fue evaluada entre el primer y segundo mes de su introducción y fue favorable en 8/18 (uno excluido por falta de seguimiento) pacientes reevaluados (44%) presentando los mismos de forma subjetiva disminución marcada de la frecuencia defecatoria y sintomatología concomitante que entendemos por respuesta favorable.

Entre los factores analizados no se encontró ninguna variable que predijese la respuesta al tacrolimus. Ni la indicación de uso de inmunosupresores concomitantes ni el uso previo de biológicos tuvo relación con la posible efectividad del tacrolimus tópico. Tampoco lo fue la extensión de la colitis ulcerosa, obteniendo respuesta en 3/7 proctitis vs. 5/10 colitis izquierda (43% vs. 50% - $p=0,7$). Los niveles de tacrolimus en sangre fueron de media 2,7±2,96 ug/L.

Conclusiones

El uso de tacrolimus de forma tópica es una alternativa terapéutica en pacientes con colitis ulcerosa izquierda y fallo a tratamientos

convencionales. La absorción sistémica del fármaco es mínima, con bajos niveles séricos, disminuyendo así el riesgo de desarrollar efectos secundarios. Son necesarios estudios con un protocolo definido para ratificar dicha información o encontrar factores relacionados con su efectividad.

CO-19. ESTUDIO DEL PERFIL EPIGENÉTICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON HEPATITIS CRÓNICA C: CIRRÓTICOS VERSUS HEPATOCARCINOMA.

ROJAS, Á¹; GARCÍA-VALDECASAS, M¹; GIL-GÓMEZ, A¹; GALLEGO-DURÁN, R¹; MUÑOZ, R¹; FOMBUENA, B¹; PASTOR-RAMÍREZ, H¹; AMPUERO, J²; ROMERO-GÓMEZ, M²

¹LABORATORIO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) promueve el desarrollo de cirrosis, incrementando la aparición de hepatocarcinoma (HCC). Los avances en el estudio del transcriptoma ha permitido identificar numerosos ARN no codificantes implicados en el proceso de carcinogénesis. Estudiar el perfil epigenético de ncRNA en una cohorte de pacientes con infección por el VHC, cirróticos, y en presencia o no de HCC.

Material y métodos

Catorce pacientes trasplantados procedentes del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla fueron incluidos en el estudio. Las muestras de tejido hepático de pacientes cirróticos (n=7) y de los pacientes con HCC (n=7) se obtuvieron del biobanco del hospital. Diez pacientes (71,4%) presentaron infección genotipo 1 del VHC y cuatro pacientes (28,6%) fueron genotipo 4. 85,7% (12/14) eran hombres, la edad media comprendía 54,93±4,93 años y solo dos pacientes (14,3%) presentaron infección persistente durante el momento del trasplante. El ARN total fue aislado con el kit mirVana™ (ThermoFisher Scientific) y se hicieron dos pool (no-HCC versus HCC). El estudio de expresión de los lncRNA se llevó a cabo en el array RT2 lncRNA PCR Array Cancer (Qiagen N.V) e individualmente se validaron los más significativos mediante qPCR.

Resultados

De los 84 lncRNAs estudiados, sólo cinco de ellos mostraron un incremento de expresión en presencia de HCC (Figura 1). En la validación individual, se observó que aquellos pacientes con HCC tenían unos niveles de expresión significativamente más elevados de H19 en comparación con los pacientes cirróticos (p=0,009) (Figura 2). Además los niveles de H19 presentaron una correlación significativa con los niveles de alfafetoproteína (p=0,001).

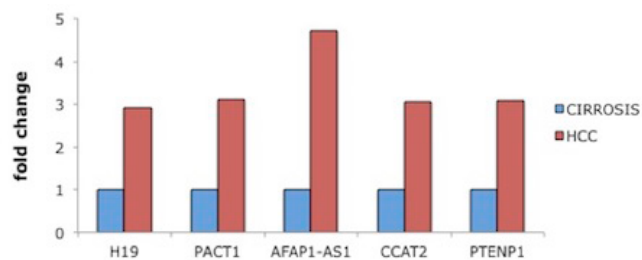


Figura 1

Niveles de expresión de lncRNA. a) lncRNA significativos entre cirróticos y HCC (fold change superior a 4) obtenidos del RT2 lncRNA PCR Array Cancer (Qiagen N.V).

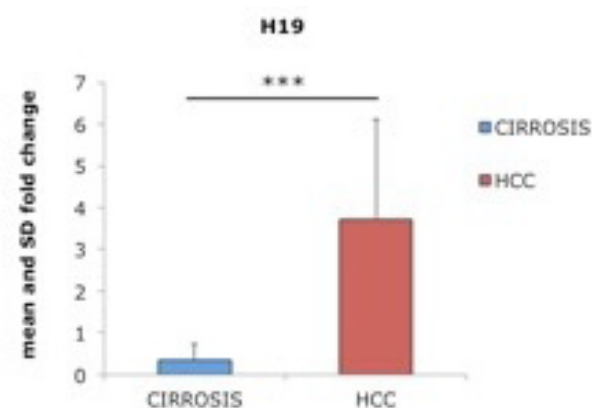


Figura 2

Validación de los niveles de H19 en cirróticos versus HCC ***p<0,001.

Conclusiones

Los niveles de expresión del lncRNA H19 están aumentados en aquellos pacientes con hepatocarcinoma vs. cirróticos. lncRNA H19 podría ser un interesante biomarcador de diagnóstico de HCC.

CO-20. VALIDACIÓN DE LOS ÍNDICES FIB 4 Y NFS PARA DISCRIMINAR FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON EGHNA EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL.

PASTOR-RAMÍREZ, H¹; ALLER, R²; GALLEGO-DURÁN, R¹; BAÑALES, J³; ARIAS-LOSTE, MT⁴; GARCÍA-MONZÓN, C⁵; VILAR-GÓMEZ, E¹; ESCUDERO, A⁶; AGUILAR-URBANO, V⁷; SALMERÓN, J⁸; OLCOZ-GOÑI, JL⁹; GÓMEZ-CAMARERO, J¹⁰; CALLEJA, JL¹¹; ALBILLOS, A¹²; LO-IACONO, O¹³; FRANCÉS, R¹⁴; DIAGO, M¹⁵; FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ, C¹⁶; GARCÍA-SAMANIEGO, J¹⁷; CABALLERÍA, J¹⁸; AMPUERO, J¹; ASPICHUETA, P¹⁹; BELLOCH, S²⁰; ROMERO-GÓMEZ, M¹

¹UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²SERVICIO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID, VALLADOLID. ³GRUPO INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA, DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN. ⁴DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER. ⁵UNIDAD INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO SANTA CRISTINA, MADRID. ⁶DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA, VALENCIA. ⁷DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ⁸DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ⁹DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN, LEÓN. ¹⁰DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE BURGOS, BURGOS. ¹¹DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO MAJADAHONDA, MAJADAHONDA. ¹²DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, MADRID. ¹³DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVESITARIO DEL TAJO, ARANJUEZ. ¹⁴DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE, ALICANTE/ALACANT. ¹⁵DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA, VALENCIA. ¹⁶DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, ALCORCÓN. ¹⁷DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. COMPLEJO UNIVERSITARIO LA PAZ, MADRID. ¹⁸DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO I PROVINCIAL DE BARCELONA, BARCELONA. ¹⁹GRUPO INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES, BARAKALDO. ²⁰DEPARTAMENTO GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA.

Introducción

Comparar la utilidad de los métodos NAFLD Fibrosis Score (NFS) y FIB4 para la predicción de la fibrosis en pacientes con EGNA diagnosticados mediante biopsia hepática.

Material y métodos

El registro HEPAmét, liderado por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH), es una base de datos multicéntrica monitorizada, que incluye pacientes españoles con EGNA diagnosticados mediante biopsia hepática. Deben cumplir al menos 2/4 criterios de inclusión (esteatosis definida por ecografía; ALT o AST por encima de los límites superiores de la normalidad (LSN); HOMA-IR >4 o síndrome metabólico definido mediante criterios ATP III). Se registraron datos demográficos, antropométricos, analíticos, anatomopatológicos y ecográficos, así como enfermedades y medicación concomitante. Se determinó el área bajo la curva (AUROC) para fibrosis significativa (F2-F4) y avanzada (F3-F4). Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0.

Resultados

Se incluyeron 1.214 pacientes NAFLD biopsiados, 57% (693/1.214) mujeres, edad media de 47,8±11,6 años. Según el SAF Score, el 60% (724/1.214) de los pacientes padecían NASH, el 26% (315/1.214) mostraron fibrosis significativa y el 12% (142/1.214) fibrosis avanzada según Kleiner. Los coeficientes de correlación entre NFS y FIB4 respecto a la fibrosis avanzada fueron 0,28 (p<0,01) and 0,38 (p<0,01) respectivamente. FIB4 alcanzó un AUROC mayor

para la predicción de fibrosis avanzada: 0,78 [IC del 95% 0,74 a 0,82] que NFS: 0,73 [IC del 95% 0,69 a 0,76]; p=0,04. De ellos, el 39,4% (478/1.214) y 21,6% (262/1.214) de los pacientes fueron clasificados como indeterminados para NFS y FIB4 respectivamente (p<0,01).

Para la predicción de fibrosis avanzada, el VPN fue 91% (964/1.055) y VPP 32% (51/159) utilizando un punto de corte en NFS >0,67. Aplicando en FIB-4 un punto de corte >2,67, el VPN obtenido fue 90,3% (1.053/1.166) y VPP 60% (29/48).

Finalmente, para excluir fibrosis, un punto de corte de <-1,45 para NFS, alcanzó un VPP del 95% (550/577), y empleando el umbral en FIB-4 <-1,30, el VPP alcanzado fue 95% (859/904).

Conclusiones

En práctica clínica, ambos índices son útiles para excluir pacientes con fibrosis, con potencial como método de cribado para seleccionar aquellos con bajo riesgo de progresión. Otros métodos no invasivos son necesarios para evaluar con precisión el estadio de fibrosis de aquellos casos que caen en la zona gris.

CO-21. ANEMIA Y ALTERACIÓN DEL HÁBITO INTESTINAL. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL CÁNCER DE COLON ASOCIADAS A LA EDAD.

MORALES-PRADO, A¹; RIVAS-RIVAS, M¹; DE LARA-BENDAHAN, V²; LÓPEZ-FERNÁNDEZ, R³; DE LA VEGA-OLÍAS, C⁴

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ²UGC RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ³UGC CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ⁴UGC CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL.

Introducción

Analizar la manifestación clínica por la que los pacientes con cáncer de colon acuden a consulta para iniciar estudio digestivo y ver su correlación con la edad. Los síntomas clínicos del cáncer de colon por los que el paciente inicia estudio digestivo pueden ser vagos, inespecíficos y a veces inexistentes como ocurre en el estudio de cribado. Este tumor tiene una larga evolución y sus síntomas pueden variar (alteración del tránsito, rectorragia, dolor abdominal, anemia, obstrucción, síndrome constitucional, etc.) dependiendo de la localización del tumor en el intestino grueso.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo, de todos los casos de cáncer de colon diagnosticados en el Hospital Universitario de Puerto Real en el periodo tiempo 2013-2016. Todos los pacientes tenían un diagnóstico histológico. Se realizó una revisión de las historias clínicas aplicándose a todos los casos un protocolo de recogida de datos que incluía múltiples variables entre ellas la manifestación clínica por la que acuden a consulta y la edad. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS.

Resultados

Se diagnosticaron un total de 312 pacientes (188 hombres, 124 mujeres) con una edad media 69,4 años y mediana de 71 años. La manifestación clínica más frecuente por la que iniciaron estudio independientemente de la edad fue la alteración del hábito intestinal, seguida de la rectorragia, anemia y dolor abdominal, menos frecuente el cribado y el síndrome constitucional. En pacientes mayores de 65 años la anemia es la manifestación clínica más frecuente por la que inician el estudio ($p < 0,006$) y en menores de 65 años la alteración del tránsito intestinal ($p < 0,046$) el resto de manifestaciones clínicas no se asocian a la edad del paciente. La alteración del tránsito y la anemia se encuentran asociadas a la edad del paciente con un valor estadístico significativo.

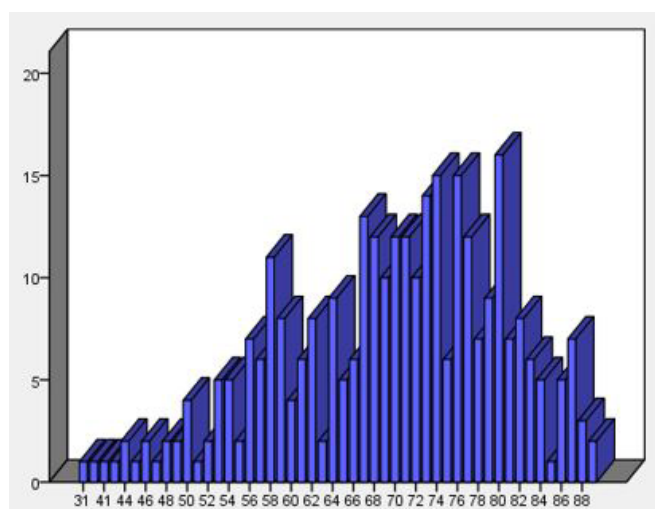


Figura 1
Distribución Normal de nuestra muestra de población.

Muestra	N=312
Media Edad	64 años
Mediana	71 años
Moda	80 años
Máximo	89 años
Mínimo	31 años

Tabla 1
Edad de nuestra muestra de población.

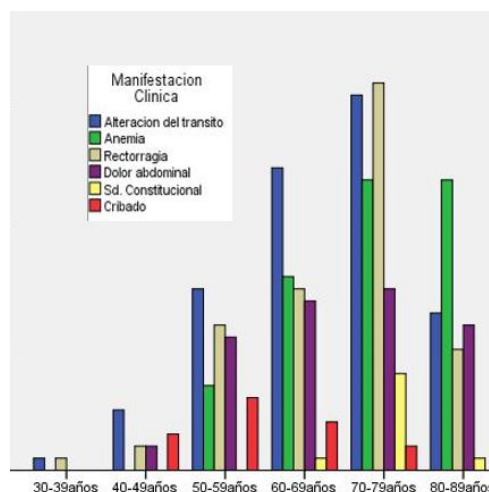


Figura 2
Frecuencia de manifestación clínica del tumor en relación con la edad.

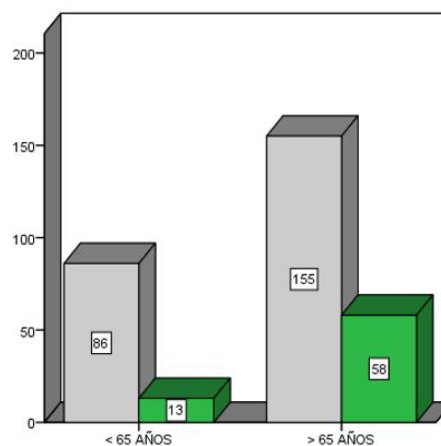


Figura 3
La ANEMIA en pacientes mayores de 65 años es la manifestación clínica más frecuente por la que inician el estudio con valor estadístico significativo ($p < 0,006$).

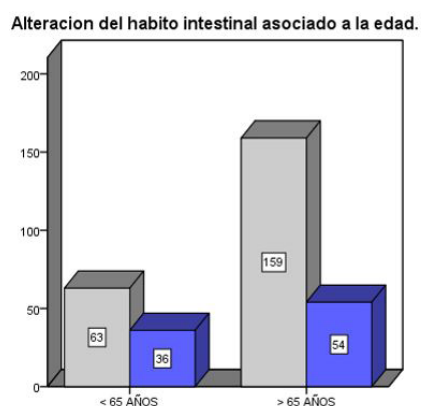


Figura 4
La alteración del tránsito intestinal manifestación clínica más frecuente en mayores de 65 años con valor estadístico significativo ($p < 0,046$).

Conclusiones

Los pacientes mayores de 65 años acuden a consulta por anemia sin embargo los pacientes menores de 65 años el motivo por el que acuden a consulta es la alteración del hábito intestinal. La rectorragia y el dolor como motivo de consulta no se relacionan con la edad.

CO-22. CORRELACIÓN DEL GRADO DE BALTHAZAR Y LA PCR EN LOS PACIENTES INGRESADOS POR PANCREATITIS AGUDA. ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL.

MÍNGUEZ-CORTÉS, JM¹; ACOSTA-BAZAGA, E²; OSUNA, J³

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA. ²SERVICIO NEUMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ³SERVICIO MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA, VÉLEZ-MÁLAGA.

Introducción

Correlacionar la gravedad mediante la PCR expresada en mg/L y el grado de Balthazar en los pacientes con pancreatitis aguda ingresados en el Hospital Comarcal de la Axarquía desde enero de 2013 a diciembre de 2016.

Material y métodos

Análisis descriptivo retrospectivo basado en el total de pacientes ingresados en el hospital Comarcal de la Axarquía durante cuatro años con el diagnóstico de pancreatitis aguda. Se recogieron datos demográficos (edad y género), etiología, la estancia media y mortalidad. Se trabajó con herramientas de estadística descriptiva (frecuencias, medias y porcentajes). Se analizaron los datos utilizando para el análisis multivariante el test de ANOVA, posteriormente se realizó un estudio post hoc con los test de Scheffe, DMS y Bonferroni.

Resultados

Se estudiaron un total de 368 pacientes de los cuales el 53,8% eran varones, la edad media fue de 62,54±17,58, una estancia media de 14,83±12,08 días, y una mortalidad del 7,6%.

Se correlacionó la gravedad del proceso mediante un análisis multivariante (ANOVA) entre la PCR expresada en mg/L, y los grados de Balthazar (A, B, C, D, E), hallando los siguientes resultados: la media de PCR para un grado de Balthazar A fue de 57,65±14,42; para el B fue de 120,11±23,78; para el C 138,7±14,88; para el D 143,88±12,15 y para el E fue de 213,66±26.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas de manera global ($p < 0,001$), posteriormente se realizó un análisis post hoc donde se vio que existían diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos.

Conclusiones

Las pancreatitis agudas son una patología frecuente tanto en los servicios de Medicina Interna, Urgencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Cirugía, con una incidencia de 35-40 casos por cada 100.000 habitantes y año. Se han utilizado numerosas escalas para determinar el grado de severidad pronóstico siendo las más utilizadas y validadas la escala de Ramson y la APACHE II. En cuanto a los parámetros analíticos se ha estudiado y comprobado ampliamente que una PCR >150 mg/L se correlaciona con la presencia de necrosis pancreática y por tanto con mayor gravedad de la misma, pero no se ha estudiado ampliamente con qué grado de Balthazar se corresponde.

En nuestro estudio hemos demostrado que cuanto más aumenta la PCR en el momento del ingreso mayor será el grado de Balthazar, por lo que ese paciente será susceptible de presentar mayor gravedad que otro con menor PCR.

CO-23. TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI CON LEVOFLOXACINO. ESTUDIO COMPARATIVO DE EFECTIVIDAD ENTRE LA CUÁDRUPLE TERAPIA CON IBP, LEVOFLOXACINO, BISMUTO Y AMOXICILINA DURANTE 14 DÍAS Y LA TRIPLE TERAPIA CONVENCIONAL CON IBP, LEVOFLOXACINO Y AMOXICILINA DURANTE 10 DÍAS.

ROMERO-GARCÍA, T; KECO-HUERGA, A; MARQUÉS, A; ROJAS-FERIA, M; PABÓN, M; GRANDE, L; CASTRO-FERNÁNDEZ, M

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

Introducción

La triple terapia con IBP, levofloxacino y amoxicilina durante 10 días ha sido en los últimos años el tratamiento de segunda línea recomendado en la erradicación de *Helicobacter pylori*, con una efectividad aproximada del 75%. Mediante la asociación de bismuto y prolongando a 14 días, se ha conseguido una efectividad del 90%. Esta cuádruple terapia (IBP-BLA 14 días), se considera actualmente (IV Conferencia Española de Consenso (2016)) el tratamiento erradicador de segunda línea más recomendable. Nuestro objetivo ha sido validar la efectividad en nuestra área sanitaria de este tratamiento.

Material y métodos

Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico. Periodo de estudio: 2013-2017. Se incluyeron 99 pacientes, edad media de 48,8 (15-88) años, 61,6% mujeres, con dispepsia no investigada (55,6%), dispepsia funcional (23,2%), úlcera gastroduodenal (10,1%) y otros diagnósticos (11,1%). En todos los pacientes se indicó tratamiento durante 14 días con un IBP (90% esomeprazol 40 mg b.d); bismuto 240 mg b.d; levofloxacino 500 mg o.d. y amoxicilina 1.000 mg b.d. Todos fueron revisados, comprobándose el cumplimiento del tratamiento, efectos adversos y su efectividad a las 4-8 semanas de su finalización con TAU-C13, mediante análisis por protocolo (PP) y por intención de tratar (ITT). Durante el mismo periodo, 97 pacientes, con datos clínicos y seguimiento similares, habían recibido tratamiento con la triple terapia durante 10 días

con IBP (95% omeprazol 20/40 mg b.d.) levofloxacin 500 mg b.d. y amoxicilina 1.000 mg b.d. Se comunica como referencia la efectividad de este tratamiento. Todos los pacientes están incluidos en el Registro Europeo de *Helicobacter pylori* y monitorizados a través de la Plataforma AEG-RED Cap.

Resultados

96 pacientes (97%) cumplieron la cuádruple terapia (IBP-BLA), que resultó efectiva en el 91,9% (IC 95%, 86,5-97,2%), según análisis por ITT, y en el 93,8% (IC 95%, 88,9-98,6%) según análisis por PP. Se detectaron efectos adversos no graves en 48 pacientes (48,48%) y en 3 pacientes (3,03%) motivaron el incumplimiento. La efectividad de la triple terapia (IBP-LA 10 días) resultó del 75,3% (IC 95%, 66,7-83,8%) por ITT y del 76,8% (IC 95%, 68,3-85,2%) por PP, con un cumplimiento del 98,9% y efectos adversos no graves en 20 pacientes (20,6%). El tratamiento con IBP-BLA 14 días, resultó casi cuatro veces más efectivo que el tratamiento con IBP-LA 10 días (OR 3.740; IC 95%; 1.587-8.814), siendo la diferencia significativa ($p < 0,002$).

Conclusiones

La cuádruple terapia, incluyendo levofloxacin y bismuto, durante 14 días muestra en nuestra área sanitaria una elevada efectividad, superior al 90%, como tratamiento de rescate de la infección por *Helicobacter pylori*, siendo por tanto una opción terapéutica muy recomendable. La triple terapia con levofloxacin debe ser en cambio olvidada al mostrar una baja efectividad, menor del 80%, no aceptable en la actualidad.

CO-24. UNA COMPLICACIÓN EMERGENTE EN TRANSPLANTE HEPÁTICO, TUMORES DE NOVO.

JIMÉNEZ-ROSALES, R; ABELLÁN-ALFOCEA, P; VALVERDE-LÓPEZ, F; NOGUERAS-LÓPEZ, F; ESPINOSA-AGUILAR, MD; LÓPEZ-GARRIDO, MÁ

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

Introducción

La supervivencia en pacientes con trasplante hepático (TH) se ha incrementado resultado de la mejora en el manejo médico y quirúrgico. Como consecuencia, los tumores “de novo” (TN) tras éste se han convertido en una complicación emergente representando la segunda causa de mortalidad tardía. Los pacientes con TH tienen un riesgo 2-4 veces superior al de la población general de desarrollar un TDN, con una incidencia variable del 3-26% en las distintas series analizadas.

El origen de los TDN es multifactorial y los factores de riesgo relacionados son inmunosupresión, tabaco, alcohol, virus, exposición solar y edad avanzada.

El objetivo de nuestro estudio es analizar incidencia, características clínicas y resultados de los tumores “de novo” en pacientes trasplantados hepáticos.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo que recoge a todo paciente sometido a TH de abril de 2002 a marzo de 2017 en nuestro centro. De estos, fueron seleccionados aquellos que desarrollaron un TDN.

Resultados

De un total de 399 sometidos a TH, se registraron 29 TDN con una incidencia de 7,2%. 23 hombres y 6 mujeres; edad media $54,5 \pm 8,19$ años. La media de tiempo transcurrido desde el TH hasta el diagnóstico del tumor fue $17,8 \pm 13,8$ meses. La principal indicación de TH fue cirrosis VHC asociada a hepatocarcinoma (31%; $n=9$) seguida de cirrosis alcohólica (24,3%; $n=7$). El tratamiento inmunosupresor más frecuentemente encontrado fueron inhibidores de la m-TOR solos o asociados a micofenolato de mofetilo (Figura 1). En la Figura 2 se muestran los tipos histológicos encontrados, siendo los más comunes los tumores cutáneos (31%). Diez pacientes (34,5%) murieron, siendo la media desde el diagnóstico al fallecimiento de 4 ± 2 meses. Los casos de fallecimiento fueron por linfoma, sarcoma de Kaposi y cáncer de esófago.

Conclusiones

En nuestra serie, los TDN más frecuentemente encontrados fueron los cutáneos (ninguno de los cuales implicó la muerte del enfermo) seguidos de los linfomas, coincidente con los resultados previamente publicados. Mientras que los tumores cutáneos no tienen impacto en la supervivencia, el resto sí conllevan un aumento en la mortalidad; siendo más agresivos y diagnosticados en fases más avanzadas en comparación con población general. Por ello, es fundamental establecer un protocolo de cribado eficaz que logre un diagnóstico y tratamiento precoz en aras de mejorar el pronóstico.

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN IV

CO-25. DIVERTICULECTOMÍA PERORAL DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER CON LIGASURE™ BLUNT-TIP. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL.

GARCÍA-FERNÁNDEZ, FJ¹; LEÓN-MONTAÑÉS, R¹; MORALES-CONDE, S²; BARRANCO, A²; SOBRINO-RODRÍGUEZ, S¹; BOZADA GARCÍA, JM¹

¹UNIDAD ENDOSCOPIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²SERVICIO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La crico-faringo miotomía endoscópica es una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento del divertículo de Zenker implantada recientemente. Para su realización se ha descrito el uso de diverso material endoscópico, como disectores para DES (IT-knife, Hook-knife, disectores de tijera, etc), material de CPRE (esfinterótomo