Resultados

Se incluyeron 55 pacientes (31 EC, 24 CU) **(Tabla 1)**. El principal motivo de inicio de vedolizumab fue la ausencia de respuesta a tratamientos previos (64,5% EC, 95,8% CU), seguido de efectos adversos a terapia previa (19,4% EC, 4,2% CU). Globalmente, se objetivó un descenso de los valores de Mayo y de Harvey-Bradshaw respecto al basal a 3, 6, 12, 18 y 24 meses de forma estadísticamente significativa **(Figuras 1 y 2)**. Las tasas de respuesta y remisión se muestran en la **Tabla 2**.

18 pacientes (32,7%) (9/31 EC, 9/24 CU) requirieron intensificación de vedolizumab. En CU, observamos mayor respuesta a 6 meses en pacientes con vedolizumab intensificado, aunque no se alcanzó significación estadística (62,5%, p=0,058).

A los tres meses, el 100% de los pacientes no fumadores con CU respondieron al fármaco (p=0,032), así como el 93,8% sin tratamiento concomitante con azatioprina (p=0,028). A los seis meses, observamos mayores tasas de respuesta (87,5%, p=0,019) y remisión (83,3%, p=0,095) en varones. Existe también mayor respuesta a seis meses en pacientes con CU sin tratamiento concomitante con corticoides, aunque no de forma estadísticamente significativa (62,5%, p=0,058). En EC, el 74% de los pacientes A3 de Montreal alcanzan remisión a 24 meses (p=0,024) y existe mayor tendencia a alcanzar remisión a 6 meses en los pacientes B2 de Montreal, aunque sin alcanzarse significación estadística (62,5%, p=0,052).

Conclusiones

El tratamiento con vedolizumab es una buena alternativa en pacientes con EII que no han respondido o tolerado tratamiento anti-TNF. No hay diferencias entre EC y CU y no es necesario el uso de azatioprina para alcanzar mayores tasas de respuesta. Asimismo, ser hombre y/o no fumador ayuda a mejorar las tasas de respuesta.

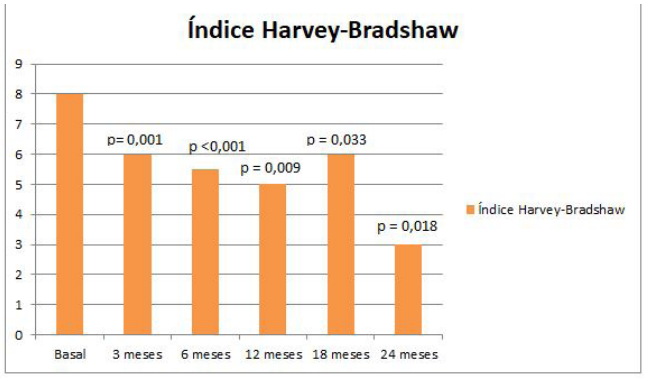

Figura 2

Tasas de respuesta y remisión.

COMUNICACIONES PÓSTERS **SELECCIONADOS**

CPO-001. ABORDAJE DE LA TOXICIDAD HEPÁTICA TRAS EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE CHECKPOINT EN VIDA REAL

CORDERO RUIZ P[1], HERRERA CADENA ML[1], BELLIDO MUÑOZ F[1], GUERRA VELOZ MF[1], DE LA CRUZ MERINO L[2], CAUNEDO ÁLVAREZ Á[1], CARMONA SORIA I[1]

[1]UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. [2]UGC ONCOLOGÍA MÉDICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

Los inhibidores de checkpoint (CPi) estimulan el sistema inmunitario del huésped, esto puede inducir eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario. El objetivo del estudio es evaluar la etiología, diagnóstico y tratamiento de las alteraciones en las enzimas hepáticas, de pacientes tratados con CPi, en una cohorte en vida real, debido a los escasos datos disponibles.

Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico de pacientes tratados con CPi entre 2017 y 2019. Se identificaron los pacientes con alteración de las enzimas hepáticas (AST, ALT y bilirrubina), se revisó la etiología, el estudio diagnóstico, manejo y evolución clínica en cada caso.

Resultados

Se incluyeron setenta pacientes, tratados con nivolumab (n=31), pembrolizumab (n=22), atezolizumab (n=6), durvalumab (n=5), ipilimumab (n=2) y una combinación (n=4, 3 nivolumab + ipilimumab y 1 pembrolizumab + ipilimumab). Dieciséis pacientes tuvieron alteración de las enzimas hepáticas (22,8%). La evaluación diagnóstica incluyó técnicas de imagen hepáticas en 12 (75%) y serología viral en 1 (6,25%). No se realizó ningún estudio de autoinmunidad o biopsia hepática. Ningún paciente fue derivado a hepatología y solo un caso fue consultado vía telefónica. La alteración de las enzimas hepáticas se atribuyó a la progresión de la enfermedad en 5 (31,25%) casos, sepsis urinaria en 1 (6,25%) y toxicidad hepática inmunomediada en 10 (62,5% de todas las alteraciones de las enzimas hepáticas y 14,3% de la cohorte total). La hepatotoxicidad inmunomediada fue inferior a 1,5xULN en 1 (6,25%) paciente, grado 1/4 en 2 (12,5%), grado 2/4 en 6 (37,5%) y grado 4/4 en 1 (6,25%). Solo el paciente con toxicidad grado 4 recibió tratamiento con esteroides y micofenolato mofetilo, normalizando las enzimas hepáticas tras 2 meses. Los pacientes con hepatotoxicidad inmunomediada ≤ grado 1 continuaron la inmunoterapia, 5/6 pacientes con toxicidad grado 2 y el paciente con toxicidad grado 4 reiniciaron la inmunoterapia tras normalizar la bioquímica hepática. Un paciente no reinició tratamiento por progresión de la enfermedad.

Conclusiones

Las elevaciones de las enzimas hepáticas son comunes en pacientes tratados con CPi, sin embargo la mayor parte de las alteraciones son asintomáticas y autolimitadas. El estudio etiológico es infrecuente en nuestra cohorte. La colaboración del hepatólogo en estos casos puede ser útil tanto en el estudio etiológico como el abordaje de los casos de hepatotoxicidad inmunomediada.

CPO-002. BEZAFIBRATO: TERAPIA ALTERNATIVA EN PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA.

SÁNCHEZ TORRIJOS Y, LUCENA VALERA A, RICO GUTIÉRREZ MC, GIRÁLDEZ GALLEGO Á, SOUSA MARTÍN JM

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO

Introducción

El bezafibrato supone una alternativa terapéutica en paciente con colangitis biliar primaria (CBP) que no responden a ácido ursodeoxicólico (AUDC), sin embargo, existen pocos estudios hasta la fecha que demuestren su eficacia en dicha enfermedad.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de un total de 139 pacientes, diagnosticados de CBP en nuestro hospital desde 1986-2017. Se analizó la respuesta al tratamiento con AUDC en monoterapia y combinado con bezafibrato según los criterios de Paris II (fracaso tratamiento al año: fosfatasa alcalina >1,5xULN o AST>1,5xULN o bilirrubina >1 mg/dl), así como la respuesta en cuanto al prurito.

Resultados

De los 138 pacientes, el 96,4% (133/138) eran mujeres, con una media de edad de 63,9±11,6 años, en su mayoría sin fibrosis significativa medida por biopsia o elastografía transitoria (76,8%, 106/138). Todos estaban tratados con AUDC a dosis de 14-16 mg/Kg/día, excepto uno por intolerancia al mismo, con una respuesta global del 78,3% (108/138, quedando excluido también un paciente de reciente diagnóstico), presentando prurito el 13% (18/138). En 18 pacientes se instauró tratamiento con bezafibrato combinado con AUDC (excepto uno que se utilizó en monoterapia), 14 de ellos por falta de respuesta, tres de ellos por falta de normalización de bioquímica hepática (a pesar de cumplir criterios de respuesta), y en uno de ellos por prurito. Al año del tratamiento, de los 14 no respondedores, presentaron respuesta completa 8 de ellos (57.14%), con mejoría de la bioquímica hepática en los 6 restantes; en los 3 pacientes con respuesta previa, se normalizó la bioquímica hepática; en cuanto al prurito, de los 11 pacientes que lo presentaban previo al tratamiento, en 3 de ellos dicho síntoma desapareció, en 6 pacientes mejoró notablemente, y dos de ellos no respondieron. Hay que destacar que se produjo una disminución de la media de fosfatasa alcalina (FA) al añadir bezafibrato de 121 UI/L (previa 309 UI/L, posterior 188 UI/L) de forma estadísticamente significativa (p<0,0001). El paciente que recibió tratamiento con bezafibrato en monoterapia no presentó respuesta.

Conclusiones

La terapia combinada de AUDC y bezafibrato representa una buena alternativa en aquellos pacientes que no respondan a la terapia clásica, así como en aquellos que no normalicen por completo la bioquímica hepática, ya que como hemos podido demostrar, se produce un descenso de la FA significativo. Por otro lado, otra indicación para la utilización del mismo sería el prurito, síntoma muy prevalente en estos pacientes. Su uso en monoterapia no estaría recomendado.

CPO-003. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA (EHGNA) EN FUNCIÓN DE LA FIBROSIS

FUNUYET SALAS J[1], PÉREZ SAN GREGORIO MÁ[1], MARTÍN RODRÍGUEZ A[1], ROMERO GÓMEZ M[2]

[1]DEPARTAMENTO PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICO. UNIVERSIDAD DE SEVILLA. SEVILLA. [2]UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

Analizamos las diferencias en la calidad de vida de pacientes EHGNA diagnosticada por biopsia, en función de la presencia o ausencia de esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y de fibrosis significativa.

Material y métodos

Se seleccionó un grupo de 256 pacientes, constituido por 138 hombres y 118 mujeres, con una edad media de 56,42 años (DT=11,51 años). Este grupo se dividió en cuatro subgrupos en función de su gravedad, según la puntuación en esteatosis, actividad y fibrosis (SAF): G1 (EHGNA sin fibrosis significativa; n=70), G2 (EHNA con fibrosis significativa; n=66), G3 (EHGNA con fibrosis significativa; n=87), y G4 (EHNA sin fibrosis significativa; n=33).

Todos los subgrupos fueron evaluados mediante una entrevista psicosocial, el Cuestionario de Salud SF-12 (SF–12v.2), y la versión específica para EHGNA del cuestionario para pacientes con enfermedad hepática crónica (CLDQ-NAFLD).

Para comparar la calidad de vida entre los subgrupos fueron aplicadas, como pruebas ómnibus, la F de Snedecor y la U de Welch; y para realizar las comparaciones múltiples post hoc, se aplicaron las pruebas Games–Howell y la HSD de Tuckey. La d de Cohen fue empleada para calcular los tamaños de efecto.

Resultados

En las puntuaciones totales **(Figura 1)**, hubo diferencias entre los grupos en el sumatorio del componente físico, medido con el SF–12v.2 (p=0,000), y en la puntuación total del CLDQ–NAFLD (p=0,000). En las dimensiones específicas **(Figuras 2 y 3)**, las diferencias más relevantes (tamaños de efecto mediano y grande) se establecieron entre los siguientes grupos:

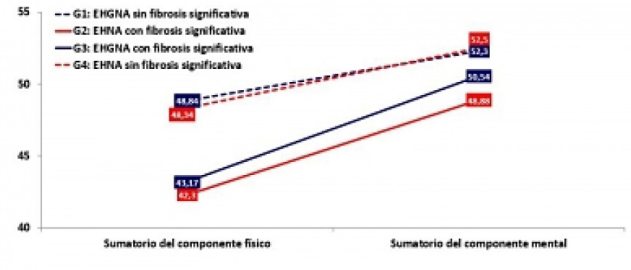

Figura 1

Componentes físico y mental de la calidad de vida. Medias: a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

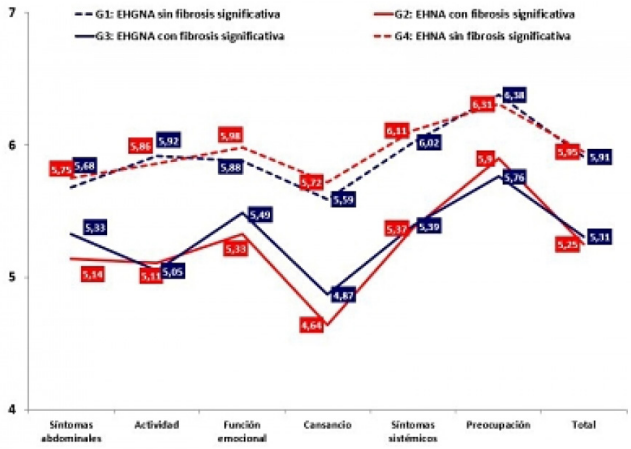

Figura 2

Dimensiones específicas de la calidad de vida (SF–12v.2). Medias: a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

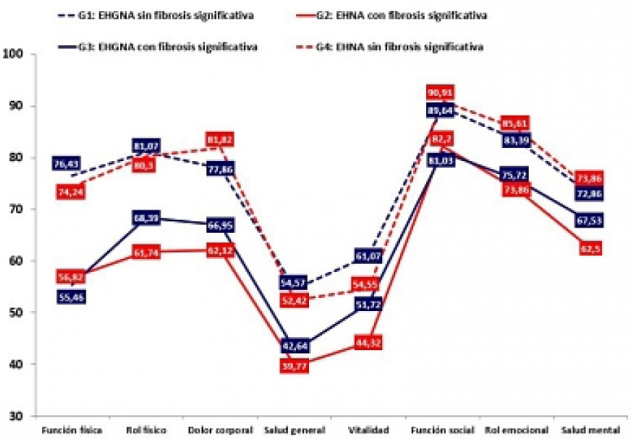

Figura 3

Dimensiones específicas de la calidad de vida (CLDQ-NAFLD). Medias: a mayor puntuación, mejor calidad de vida.

1) G1-G2, con puntuaciones superiores en el G1 en función física (p=0,010, d=0,563), rol físico (p=0,001, d=0,652), dolor corporal (p=0,008, d=0,558), salud general (p=0,003, d=0,616), vitalidad (p=0,003, d=0,603), actividad (p=0,003, d=0,616), cansancio (p=0,000, d=0,754), y síntomas sistémicos (p=0,001, d=0,676),

2) G1-G3, con puntuaciones superiores en el G1 en función física (p=0,002, d=0,580), actividad (p=0,001, d=0,636), cansancio (p=0,004, d=0,540), síntomas sistémicos (p=0,000, d=0,683), y preocupación (p=0,001, d=0,609),

3) G2-G4, con puntuaciones inferiores en el G2 en rol físico (p=0,017, d=-0,626), dolor corporal (p=0,004, d=-0,723), actividad (p=0,020, d=-0,601), rol emocional, (p=0,035, d=-0,618), cansancio (p=0,001, d=-0,930), y síntomas sistémicos (p=0,001, d=-0,784),

4) G3-G4, con puntuaciones inferiores en el G3 en dolor corporal (p=0,033, d=-0,534), actividad (p=0,008, d=-0,621), cansancio (p=0,008, d=-0,685), síntomas sistémicos (p=0,001, d=-0,796), y preocupación (p=0,012, d=-0,570).

CPO-004. DETECCIÓN DE CONSUMO DE RIESGO DE TABACO Y ALCOHOL: CUESTIONARIO AUDIT E ICAT.

GONZÁLEZ CASTRO E, DIÉGUEZ CASTILLO C, DELGADO MAROTO A

UGC NEUMOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA

Introducción

El consumo de tabaco y alcohol están implicados en la etiología y pronóstico de multitud de patologías digestivas y respiratorias. De ahí la importancia de identificar patrones de consumo de riesgo. La finalidad es objetivar mediante el cuestionario AUDIT y el ICAT dicho consumo de riesgo.

Material y métodos

Se presenta un estudio descriptivo que incluyó 31 pacientes valorados en las consultas de Aparato Digestivo y Neumología, a los que se aplicó el cuestionario AUDIT **(Figura 1)** y se calculó el índice de consumo acumulado de tabaco (ICAT). El consumo de alcohol de riesgo se definió por una puntuación >8. El consumo de tabaco se estratificó según el ICAT, considerándose alto a partir de 16 paquetes-año **(Figura 2)**. Además, se registraron variables demográficas (sexo y edad) y el motivo de consulta.

Resultados

La edad media de la población de estudio fue 51 años, siendo el 54,8% mujeres. Mediante el cuestionario AUDIT se identificaron dos pacientes con consumo de alcohol de riesgo. En cuanto a la distribución por sexo no hubo diferencias. En cuanto a la patología que motivaba la consulta se trataba en ambos casos de pacientes con hepatitis C.

Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.
Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total

Figura 1

Cuestionario Audit.

Tabla III. Grado de tabaquismo

	Paquetes-Año	CO (ppm)	Cotinina (ng/ml)
Leve	<5	<15	<100
Moderado	5-15	15-20	100-150
Alto	16-25	21-30	151-250
Muy Alto	>25	>30	>250

Figura 2

Estratificación de consumo de tabaco.

El 19% de los sujetos no presentaban consumo de bebidas alcohólicas, mientras que el 74% restante consumía alcohol con la siguiente frecuencia: 5 sujetos una vez al mes, 14 sujetos 2-4 veces al mes y 4 sujetos 2-4 veces a la semana.

El 42% (13 sujetos) de la muestra presentó un ICAT >16. En cuanto a la distribución por sexo, el 61,5% eran varones. En cuanto a la distribución por patología, el 31% presentaban pólipos de colon, un 15% dispepsia, un 15% infección respiratoria. El porcentaje restante se distribuyó de forma homogénea entre úlcera gástrica, esteatosis hepática no alcohólica, derrame pleural y reagudización de EPOC.

Conclusiones

Un registro adecuado de los hábitos tóxicos en la historia clínica es fundamental para identificar consumos de riesgo y poder tomar medidas para la deshabituación y prevención de patología digestiva y respiratoria.

CPO-005. DETECCIÓN NO INVASIVA DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA: PAPEL DEL PDFF Y CAP.

LUCENA VALERA A, SÁNCHEZ TORRIJOS Y, RICO RODRÍGUEZ MC, CASTELL MONSALVE FJ, AMPUERO HERROJO J, ROMERO GÓMEZ M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

La enfermedad hepática metabólica grasa (EHMG) es la patología hepática más prevalente. Engloba un amplio espectro de lesiones hepáticas que abarca desde la esteatosis simple hasta la esteatohepatitis y la cirrosis con sus complicaciones. Actualmente, no existen métodos no invasivos claramente definidos para la detección de esteatosis, permaneciendo la biopsia como método de elección (a pesar de sus inherentes limitaciones). El CAP (Controlled Attenuation Parameter) y el PDFF (Proton Density Fat Fraction) son dos técnicas prometedoras para tal fin, incorporadas al Fibroscan® y RM respectivamente.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la capacidad de PDFF y CAP en el diagnóstico no invasivo de esteatosis hepática y analizar la correlación entre ellos.

Material y métodos

Estudio transversal en el que se incluyeron veinte pacientes con diagnóstico de EHMG mediante biopsia hepática. Además, todos los pacientes se realizaron CAP y PDFF. La presencia de esteatosis hepática fue determinada por un porcentaje de hepatocitos con vacuolas grasas superior al 5% en biopsia hepática. Tanto PDFF como CAP se correlacionaron con la biopsia hepática. Además, se evaluó el punto de corte óptimo de PDFF para conseguir valores de sensibilidad y especificidad mayores del 90%.

Resultados

Los pacientes eran en su mayoría varones (60%) con una edad media de 56,5±56,4 años, el 60% presentaban diabetes y el 50% obesidad. El 75% en la biopsia hepática tenían un grado significativo de esteatosis (20% grado 1, 30% grado 2 y el 25% grado 3).

Observamos una correlación positiva entre el PDFF y la esteatosis hepática detectada por biopsia (r=0,668; n=20; p=0,001). Por el contrario, no observamos una correlación entre el CAP y la esteatosis hepática detectada por biopsia (r=0,321; n=16; p=0,23). Si se detectó una correlación positiva entre PDFF y CAP (r=0,656; n=16; p=0,006).

Para la detección de esteatosis hepática, el área bajo la curva del PDFF fue AUROC 0,78 ((IC95% 0,54-1,00); p=0,102), superior a la observada con el CAP (AUROC 0,71 (IC95% 0,41-1,00); p=0,225) **(Figura 1)**.

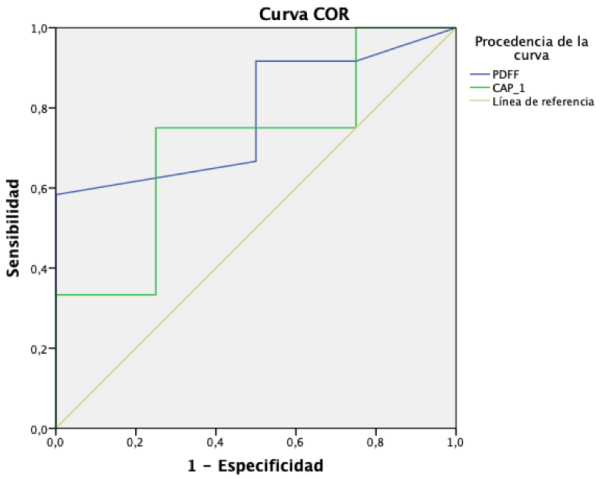

Figura 1

Respecto al PDFF, una sensibilidad para diagnóstico de esteatosis hepática de al menos el 90% fue alcanzada con un punto de corte de 7% (especificidad 50%), mientras que para una especificidad superior al 90% (en concreto, 100%) el cut-off fue 11,5% (sensibilidad 58,3%).

Conclusiones

El PDFF parece ser superior al CAP en la detección no invasiva de la esteatosis hepática, encontrando los puntos de corte 7% y 11,5% como más óptimos en términos de sensibilidad y especificidad.

CPO-006. EFICACIA EN LA SUPRESIÓN DE LA REPLICACIÓN VIRAL DE LOS ANTIVIRALES GENÉRICOS EN LA HEPATITIS CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS B

PRÁXEDES GONZÁLEZ E, CASADO MARTÍN M, LÓPEZ GONZÁLEZ J, MORENO MORALEDA I, JORDÁN MADRID T, PORCEL MARTÍN A, VEGA SÁENZ JL.

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS. ALMERÍA

Introducción

El objetivo del tratamiento antiviral con análogos de nucleótidos en la hepatitis crónica por virus B es la supresión mantenida de la replicación viral (RV), lo cual se asocia a una regresión de la fibrosis y reducción del riesgo de CHC. Este objetivo se consigue en más del 95% de los pacientes tratados con Viread© (tenofovir dipivoxilo TDF) y Baraclude© (entecavir ETV). La aprobación y comercialización de genéricos de ETV y TDF ha llevado en nuestro centro al cambio de tratamiento desde abril de 2017.

El objetivo de nuestro estudio ha sido evaluar la eficacia en la supresión de la RV de los antivirales genéricos de TDF y ETV en pacientes con supresión de la RV obtenida previamente con Viread© y Baraclude©.

Material y métodos

Se ha incluido la totalidad de pacientes con hepatitis crónica por VHB de nuestra consulta de hepatología tratados con Viread© o Baraclude© antes de abril de 2017 que cambiaron posteriormente a TDF o ETV genéricos. De los pacientes evaluados se excluyeron aquellos con inicio del tratamiento posterior a Octubre/2016 y aquellos con seguimiento inadecuado. El seguimiento de los pacientes consistía en determinación de la carga viral (CV) (DNA VHB) y evaluación semestral de la adherencia. Se ha definido supresión de la RV como DNA VHB indetectable.

Resultados

Se han incluido 73 pacientes, 47 hombres y 26 mujeres, con una edad media de 52 años. Del total, el 16% de los pacientes fueron tratados con Baraclude© y un 84% con Viread©. Un 17% presentaba signos de cirrosis hepática y la mayor parte (95%) era HBeAg negativo.

De los 73 pacientes, tres de ellos nunca llegaron a tener (CV) indetectable; los 70 restantes lograron supresión de la RV con Baraclude© y Viread©; de ellos, 15 pacientes (21%) positivizaron el DNA VHB en el seguimiento tras el cambio a antiviral genérico (Abril/2017), 4 de los cuales eran cirróticos. Las cargas virales oscilaron entre 13 y 96 UI/ml.

Conclusiones

En 1 de cada 5 pacientes con hepatitis crónica VHB, el cambio de tratamiento de Viread© y Baraclude© a TDF y ETV genéricos no logra mantener la supresión de la RV, aunque con cargas virales por debajo de 100. Desconocemos la repercusión que ello puede tener a largo plazo en la evolución de los pacientes y en la aparición de resistencias; no obstante en los pacientes con cirrosis habría que extremar la vigilancia o valorar el uso de alternativas que aseguren la supresión de la RV como tenofovir anafelamida.

CPO-007. EVALUACIÓN DE LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA CITOLOGÍA EN EL LÍQUIDO ASCÍTICO

GÓMEZ ESPEJO SM[1], LÓPEZ VEGA MC[1], JOFRE PARALTA S[1], BLISSO ZEIN JK[1], GÁLVEZ FERNÁNDEZ RM[1], RIVAS RUIZ F[2], SÁNCHEZ CANTOS AM[1], ROSALES ZABAL JM[1]

[1]UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA. [2]DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO COSTA DEL SOL. MARBELLA. MÁLAGA

Introducción

La citología del líquido ascítico constituye una de las pruebas diagnósticas iniciales en el estudio de un primer episodio de ascitis, permitiendo identificar la presencia de células malignas que orienten a la existencia de una neoplasia abdominal como causa de la ascitis.

Aunque hay estudios que analizan la sensibilidad de la citología para el diagnóstico de la ascitis maligna, éstos son escasos y no están actualizados. Además, hemos observado en la práctica clínica habitual que son pocas las citologías positivas en los pacientes con ascitis de causa maligna. Por todo ello, los resultados obtenidos en nuestro estudio nos permitirán conocer los valores predictivos de la citología como test diagnóstico de ascitis maligna en nuestro centro.

Objetivo: conocer la rentabilidad diagnóstica de la citología del líquido ascítico en la detección de procesos tumorales.

Material y métodos

Estudio observacional en el que se analizarán todas las citologías de líquido ascítico solicitadas en el área de la Agencia Sanitaria Costa del Sol entre los años 2016-2018, seleccionando aquellas en las que los pacientes padezcan un proceso tumoral y analizando el valor predictivo del test. Por ello, se realizará un estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico de cohortes. Se recogerán variables demográficas, clínicas y analíticas.

Resultados

474 pacientes con ascitis tenían citología. 52,4% eran mujeres, edad media 62 años y 2,32 puntos de índice de comorbilidad de Charlson. 22,4% eran fumadores y 24,3% consumían alcohol. El 54% era de causa tumoral (29,1% ovario, 19,1% colon, 12,1% útero, 8,6% estómago o intestino, 7,8% páncreas, 4,7% vía biliar y 18,6% otros). De todas las citologías, 13,7% eran positivas, siendo 100% ascitis de causa tumoral. Los tumores que con más frecuencia dan citología positiva son: estómago-intestino (63,6%), hematológico (50%), esófago (50%), vejiga (40%) y páncreas (35%). Sin embargo, sólo el 53% de pacientes con citología negativa no presentaban ascitis tumoral. La única diferencia estadísticamente significativa ($p<0,01$) entre los pacientes con citología positiva y negativa es la edad, ya que la mayoría de los pacientes con citología positiva son 5,4 años mayores que los que era negativa.

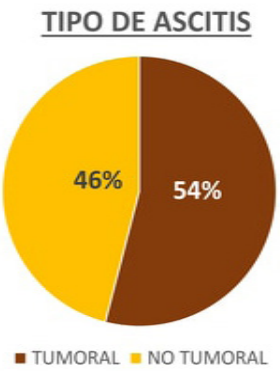

Figura 1
Tipo de ascitis.

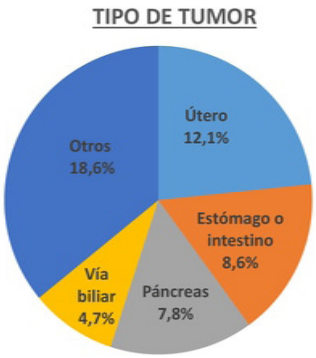

Figura 1
Tipo de tumor.

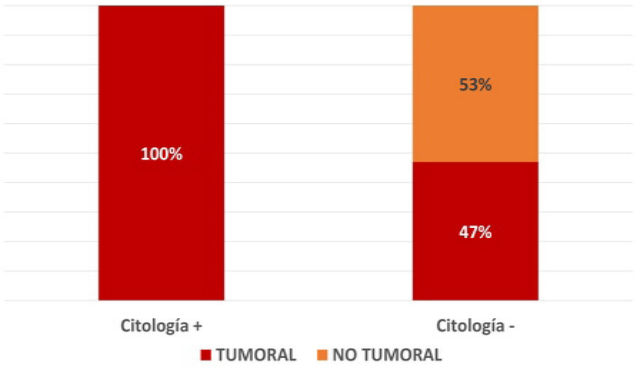

Figura 3
Resultado de la citología según tipo de ascitis.

Conclusiones

Según nuestro estudio la citología tendría un alto valor predictivo positivo 100% (IC 99,23-100%), pero bajo valor predictivo negativo, 53% (IC 48-58%). Por lo tanto, la rentabilidad diagnóstica de la citología es baja, ya que si la citología es positiva, lo más probable es que la causa sea tumoral, pero si la citología es negativa, no podemos descartar que la causa de la ascitis sea neoplásica.

CPO-008. HALLAZGOS DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PORTAL Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN HEPÁTICA

LORENZO GONZÁLEZ L, DEL PINO BELLIDO P, JIMÉNEZ GARDÍA VA, GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ, HERGUETA DELGADO P, BARRANCO CASTRO D

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

La principal indicación de la CE es la hemorragia digestiva de origen oculto (HDOO), mientras que en la enteropatía de la hipertensión portal (EHPT) su utilidad aún no está completamente definida. Tampoco está claro si existe relación entre los hallazgos de la CE y la función hepática de los pacientes con HTP. La HDOO y anemia refractaria son un reto en pacientes con HTP; en este grupo de pacientes, la CE puede tener un papel determinante.

Comparar los hallazgos de la CE con la función hepática en pacientes con HTP en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico. Se recogieron datos de pacientes con HTP que se realizaron CE entre 2012 y 2015. Se analizaron datos demográficos, causas de HTP e indicaciones de la CE. Para valorar la función hepática se utilizó la escala Child-Pugh. Los hallazgos endoscópicos se clasificaron mediante la escala de Goenka y Abdelaal.

Resultados

Entre enero de 2012 y diciembre de 2015, 499 CE fueron administradas. De ellos, 20 pacientes tenían HTP (16H / 4M; 64±10,6 años). La principal indicación de la CE fue HDOO (95%). El principal hallazgo de la CE fue gastropatía hipertensiva (45%) y angiodisplasias (40%). Clasificadas 11 lesiones como inflamatorias y 16 como no inflamatorias (Goenka). La causa principal de hepatopatía fue el enolismo (55%). La comparación de la función hepática con hallazgos endoscópicos (Abdelaal) se describe en la **(Tabla 1)**. No se detectaron eventos adversos durante el procedimiento.

Tabla 1.

	Child-Pugh		
Clasificación Abdelaal	A	B	C
0	2	0	1
1-2	6	3	0
3-4	7	1	0
5-8	0	0	0

Tabla 1

Hallazgos endoscópicos en relación a la función hepática.

Conclusiones

En nuestra experiencia, no existe relación entre los hallazgos de la CE y la función hepática. La CE es una herramienta útil en el diagnóstico de lesiones en la EHTP.

CPO-009. HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS NO RELACIONADOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA SOMETIDOS A UN PROGRAMA DE CRIBADO DE VARICES

RODRÍGUEZ TIRADO MI, SANTOS LUCIO A, APARICIO SERRANO A, JURADO GARCÍA J, BARRERA BAENA P, GONZÁLEZ GALILEA Á, POYATO GONZÁLEZ A, PLEGUEZUELO NAVARRO M, COSTÁN RODERO G, CASÁIS JUANENA L, MONTERO ÁLVAREZ JL, DE LA MATA M, HERVÁS MOLINA AJ, RODRÍGUEZ PERÁLVAREZ ML

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA

Introducción

Determinar la prevalencia de lesiones endoscópicas no relacionadas con hipertensión portal en pacientes con cirrosis. Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de dichas lesiones.

Material y métodos

Estudio transversal unicéntrico sobre una cohorte consecutiva de pacientes con cirrosis hepática sometidos a endoscopia digestiva alta para valorar la presencia/control de varices esofagogástricas en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba en un periodo de cinco años (del 1 de noviembre de 2013 a 1 de noviembre de 2018). Se excluyeron pacientes menores de 18 años.

Resultados

El análisis incluyó 338 pacientes con cirrosis hepática, 21,3% mujeres, con una edad media 57,64±11,30 años. La etiología mayoritaria de la cirrosis fue enólica (54,4%, n=184), seguida de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (13,9%, n=47). La función hepática fue Child-Pugh 6,79±2,04 puntos y MELD

11,72±4,94 puntos. En 245 pacientes (72,9%) se habían reportado datos de hipertensión portal en la ecografía previa. El 69,3% de los pacientes eran fumadores o exfumadores. La prevalencia de lesiones endoscópicas no relacionadas con la hipertensión portal fue del 37,6% (n=127): 16% gastritis erosiva, 4,2% úlcera péptica, 12,5% duodenitis, 4,9% otras causas. En 80 pacientes se objetivó patología péptica, de los cuales se tomó ureasa en 52 pacientes (65%), siendo positiva en el 42,3% de los casos (n=22). La presencia de lesiones endoscópicas no relacionadas con hipertensión portal no estuvo influida por la edad (p=0,93), el género (p=0,98), la función hepática (MELD p=0,20, Child-Pugh p=0,81), la presencia de hipertensión portal ecográfica (p=0,43) ni por la cirrosis por virus C (p=0,83). Los pacientes fumadores presentaron tendencia a mayor prevalencia de lesiones endoscópicas no relacionadas con hipertensión portal (63% vs 37%; p=0,062), la cual fue significativa en el caso de úlcera péptica (92,9% vs 7,1%; p=0,005). La prevalencia de lesiones endoscópicas no relacionadas con hipertensión portal en pacientes con cirrosis enólica e historia de tabaquismo fue del 52,8% (n=158).

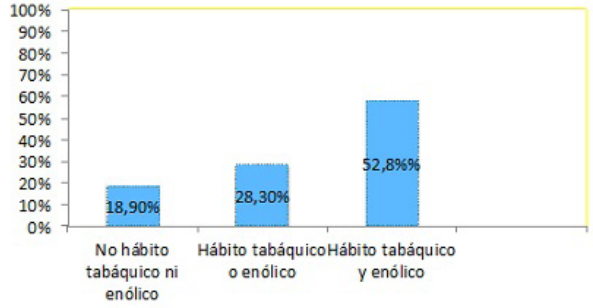

Figura 1

Lesiones endoscópicas no relacionadas con la hipertensión portal.

Conclusiones

Los pacientes cirróticos fumadores, particularmente aquellos de etiología enólica, presentan mayor prevalencia de lesiones endoscópicas no relacionadas con la hipertensión portal, siendo algunas de ellas graves. El cribado endoscópico en estos pacientes debería ser más exhaustivo.

CPO-010. INCIDENCIA DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN EL ÁREA HOSPITALARIA DE LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN

DÍAZ JIMÉNEZ JA, LEAL TÉLLEZ J, GARCÍA RUIZ E

UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL LA LÍNEA DE LA CONCEPCIÓN. CÁDIZ

Introducción

La esofagitis eosinofílica (EEo) es una enfermedad desafiante, cuyo conocimiento evoluciona rápidamente, con el fin de mejorar las estrategias diagnóstico-terapéuticas.

Nuestro objetivo fue evaluar incidencia de la EEo, aspectos epidemiológicos y evolución clínica tras inicio de tratamiento.

Material y métodos

Estudio prospectivo que incluye todos los pacientes con nuevo diagnóstico de EEo por parte de la Unidad de Aparato Digestivo del Hospital Comarcal de La Línea de la Concepción, entre junio de 2018 y agosto de 2019.

Variables analizadas: sexo, edad, antecedentes de asma, rinitis alérgica y asma bronquial; presentación clínica, período de tiempo entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico; hallazgos endoscópicos, y evolución clínica tras inicio de tratamiento.

Resultados

Se incluyeron 10 pacientes diagnosticados de EEo, con una incidencia de 9,42 casos por cada 100.000 habitantes en nuestra área sanitaria.

Se observó una mayor incidencia en varones (70%) respecto a mujeres (30%), con una mediana de edad al diagnóstico de 21,5 años. Entre los antecedentes, un 60% padece alguna alergia y un 40% asma bronquial. La presentación más frecuente fue la disfagia (100%) y la impactación alimentaria (60%).

Endoscópicamente, las lesiones más frecuentes eran los surcos longitudinales (100%) y los anillos mucosos (90%), seguidos de la friabilidad mucosa (70%).

Al analizar el período de tiempo transcurrido entre debut sintomático y diagnóstico, éste era mayoritariamente menor de dos años, objetivándose un mayor número medio de lesiones endoscópicas (<1 año 2,75 lesiones; 1-2 años 3,5 lesiones; >2 años 4,5 lesiones), y especialmente de estenosis esofágica, conforme más se demoraba el diagnóstico.

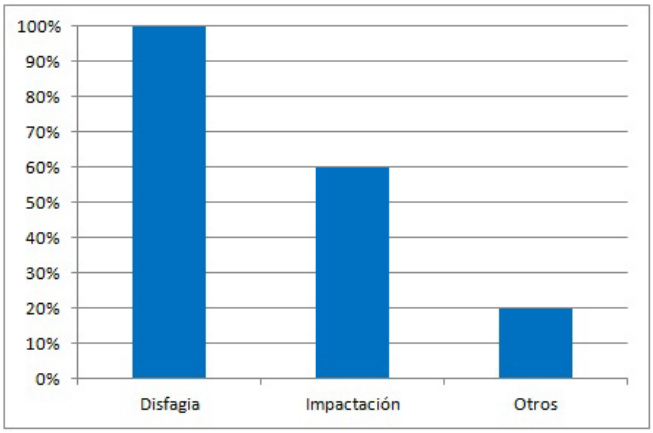

Figura 1

Presentación clínica de la Esofagitis Eosinofílica.

Por último, se objetivó resolución sintomática completa en el 100% (7/7) pacientes tratados con omeprazol 20 mg/12 horas, y

resolución parcial en los pacientes tratados con omeprazol 20 mg/24 horas (2/2), en los que se alcanzó resolución completa tras doblar la dosis terapéutica.

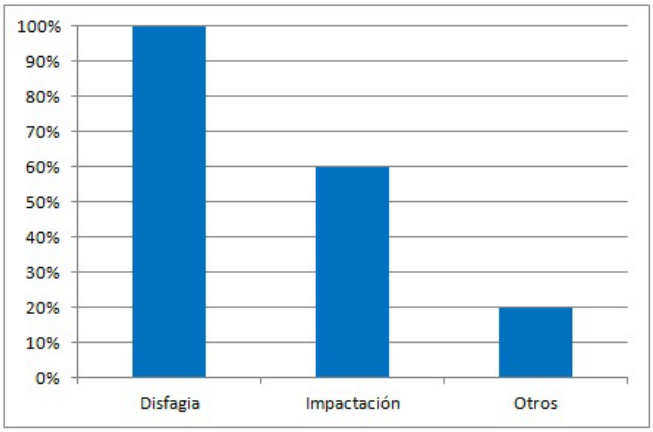

Figura 1

Presentación clínica de la esofagitis eosinofílica.

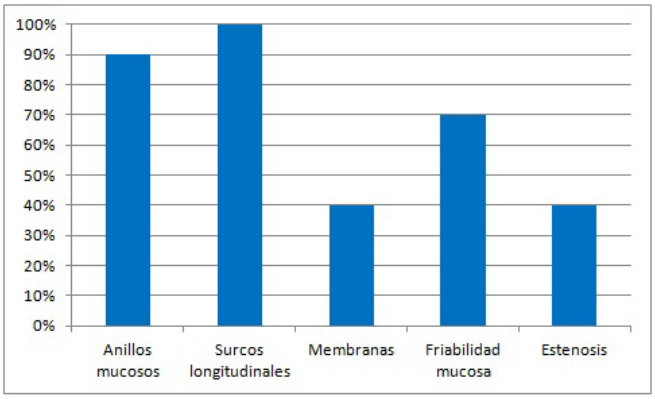

Figura 2

Lesiones endoscópicas presentes al diagnóstico de esofagitis eosinofílica.

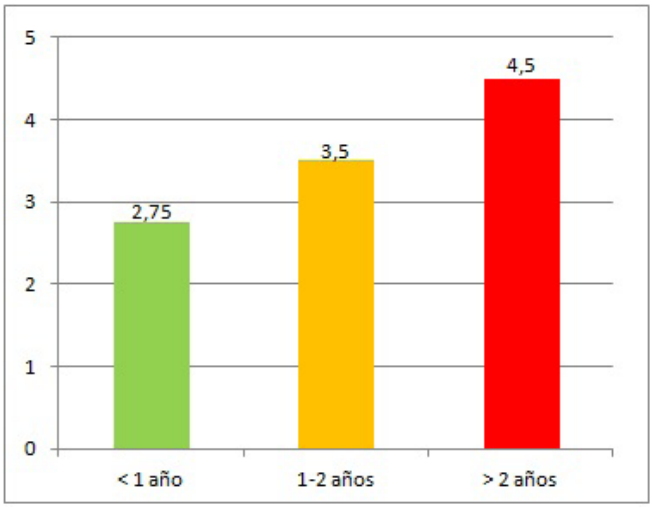

Figura 3

Número medio de lesiones endoscópicas según intervalo de tiempo entre el debut clínico y el diagnóstico de la EEo.

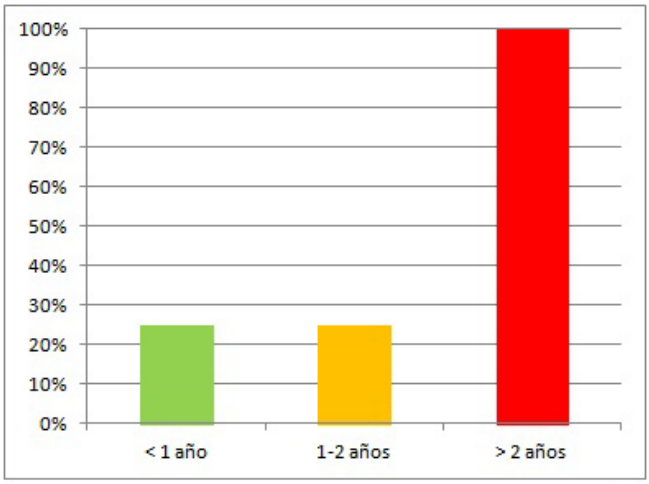

Figura 4

Porcentaje de pacientes con estenosis esofágica según intervalo de tiempo entre el debut clínico y el diagnóstico de EEo.

Conclusiones

Aunque es necesario reclutar más pacientes para lograr significación estadística, la incidencia de EEo en nuestra área sanitaria parece elevada en relación a estudios poblacionales previos, lo cual puede relacionarse, entre otros factores, con una mayor concienciación en clínicos y patólogos para diagnosticar dicha entidad en los últimos años. En nuestro estudio, continúa siendo frecuente su diagnóstico entre los 20 y 30 años, y predominantemente en varones. El número de lesiones endoscópicas es mayor y más significativo conforme se demora el diagnóstico. El tratamiento con inhibidores de bomba de protones a dosis doble parece más efectivo que a dosis estándar para alcanzar la resolución completa de la sintomatología.

CPO-11. INFLUENCIA DE TERAPIA SUSTITUTIVA CON ENZIMAS PANCREÁTICAS SOBRE INGRESOS HOSPITALARIOS

DIÉGUEZ CASTILLO C[1], JIMÉNEZ L[2], ÍÑIGO CHAVES A[1], MARTÍN RUIZ JL[1]

[1]UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA. [2]GRUPO DE INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Introducción

La pancreatitis crónica es la primera causa de insuficiencia pancreática exocrina. Ésta, se asocia a malnutrición y aumento de la morbimortalidad. El objetivo es valorar la influencia de la terapia sustitutiva con enzimas pancreáticas (TSEP) sobre el número de ingresos hospitalarios.

Material y métodos

Presentamos un estudio observacional prospectivo con una muestra de 16 pacientes seleccionados de una población de cincuenta sujetos con pancreatitis crónica, que tras realizarse elastasa fecal, el resultado supuso un cambio sobre la decisión de continuar o

suspender TSEP. Los pacientes se asignaron al grupo de inicio de TSEP o al grupo de abandono de TSEP y se valoraron los ingresos durante un año antes y después del cambio de tratamiento.

Resultados

La edad media de la población de estudio fue de 57 años, siendo 4 mujeres y 12 hombres.

En cuanto a la distribución por hábito tabáquico, el 66,7% eran fumadores en el grupo que abandonó TSEP y el 58,3% en el grupo que inició TSEP. La distribución por etiología tóxica por consumo de alcohol, fue del 50% en el grupo que abandonó TSEP y del 66,7% en el grupo que inició TSEP.

En el grupo que inició TSEP el número de ingresos en el año previo a iniciar la terapia médica fue 5, mientras que no se registraron ingresos en el año posterior a iniciar TSEP.

En el grupo que abandonó TSEP el número de ingresos previo a abandonar la terapia médica fue 4 y en el año posterior a abandonar TSEP tan solo hubo un ingreso.

Los episodios de reagudización de pancreatitis fueron el motivo de ingreso más frecuente (50%), seguido de la formación de abscesos pancreáticos o peripancreáticos (30%).

Conclusiones

A pesar del limitado tamaño de la muestra, se observa una reducción del número de ingresos en los pacientes con IPE que iniciaron TSEP y no se aprecia un incremento del número de ingreso tras abandonar TSEP en los pacientes sin IPE.

CPO-012. INTRODUCCIÓN DE LA DETECCIÓN DE ANTÍGENO FECAL DE HELICOBACTER PYLORI POR INMUNOENSAYO QUIMIOLUMINISCENTE EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON DISPEPSIA

LEDRO CANO D[1], DOMÍNGUEZ MC[2], BONET PADILLA M[1]

[1]UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED. OSUNA. SEVILLA. [2]UGC ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED. OSUNA. SEVILLA

Introducción

Actualmente, las guías clínicas plantean la detección de antígeno de Helicobacter pylori en heces con anticuerpos monoclonales (AHPH) como una opción válida para el diagnóstico, seguimiento y confirmación de la erradicación de esta infección.

Nos planteamos incluir esta técnica de AHPH en el manejo de los pacientes adultos con dispepsia y la elaboración de un protocolo de trabajo.

Material y métodos

A) Paciente con dispepsia sin síntomas de alarma que acude a su Centro de Salud. Tratamiento sintomático durante cuatro semanas con inhibidores de la bomba de protones (IBPs) o antagonistas H2 o procinéticos. Revisión en Consulta de Atención Primaria a las dos semanas de finalizar el tratamiento, si asintomático, sale del proceso; si sintomático, se debe solicitar el AHPH para lo cual el paciente debe haber estado un mes sin tratamiento antibiótico y dos semanas sin IBPs. Se recogerá muestra de heces en contenedor estéril de boca ancha sin conservante que se mantendrá refrigerada a 4-8ºC hasta su análisis. Si el test es negativo, se derivará a la Consulta Externa de Digestivo para valorar los síntomas y/o realizar endoscopia; si el test es positivo, se recomienda tratamiento Revisión en Consulta de Atención Primaria al mes de finalizar el tratamiento, si asintomático, sale del proceso; si sintomático, derivar a la Consulta Externa de Digestivo.

B) Paciente con dispepsia y síntomas de alarma que acude a su Centro de Salud. Derivación preferente a la Consulta Externa de Digestivo cuando el paciente presenta dispepsia más vómitos intensos y recurrentes, hemorragia digestiva, masa abdominal palpable, disfagia u odinofagia, pérdida de peso significativa no intencionada, ictericia o linfadenopatías. Para la AHPH se utiliza un inmunoensayo quimioluminiscente de Diasorin (LIAISON H.pylori SA) en el analizador LIAISON.

Resultados

Desde octubre de 2018 hasta enero de 2019 se han realizado 404 determinaciones de AHPH, de las cuales, 102 han sido positivas (índice 1,1) lo que supone el 25% de las muestras; 5 resultados (1%) salieron dudosos (índice 0,9-<1,1) y el resto negativos (índice <0,9).

Conclusiones

La inclusión del AHPH en nuestra cartera de servicios ha mejorado y simplificado el manejo de los pacientes adultos con infección por Helicobacter pylori. Empoderando a los médicos de familia a diagnosticar y tratar la infección por Helicobacter pylori. Elaboración de un consenso conjunto entre Atención Primaria, UGC de Medicina Interna y UGC de Análisis Clínico en el Área Sanitaria de Osuna.

CPO-013. LA DESREGULACIÓN DE LAS ENZIMAS DEL CICLO DE LA UREA SE ASOCIA A UN FENOTIPO MÁS AGRESIVO DE NAFLD

GALLEGO DURÁN R[1], AMPUERO HERROJO J[2], PASTOR RAMÍREZ H[1], ÁLVAREZ AMOR L[1], DEL CAMPO JA[1], MONTERO VALLEJO R[1], GATO ZAMBRANO S[1], MAYA MILES D[1], MUÑOZ R[1], ROJAS MÁ[1], GIL GÓMEZ A[1], PAREJA MJ[3], MILLÁN R[1], RICO MC[1], ALLER R[4], ANDRADE RJ[5], GARCÍA MONZÓN C[6], MARTÍN BERMUDO F[1], ROMERO GÓMEZ M[2]

[1]GRUPO DE INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [2]UNIDAD DE APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [3]UNIDAD ANATOMÍA PATOLÓGICA.

COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. [4]UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID. VALLADOLID. [5]UNIDAD ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. [6]UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA. MADRID

Introducción

Evaluar cambios en las enzimas del ciclo de la urea en pacientes con diversos estadios de NAFLD.

Material y métodos

Se incluyeron 17 pacientes diagnosticados de NAFLD mediante biopsia hepática para la evaluación por inmunohistoquímica (IHQ) y expresión génica. Los pacientes se seleccionaron como bland esteatosis (n=10) definida como la presencia de esteatosis en ausencia de NASH y fibrosis y otro grupo catalogado como NASH-fibrosis (n=7). Se aisló RNA total del tejido hepático y se analizó por qPCR, utilizando RNA 18s como control endógeno. El análisis IHQ se realizó siguiendo procedimientos estándares incubando las secciones hepáticas con anticuerpos anti glutamin synthetase (GS), ornithine transcarbamylase 1 (OTC1) y carbamoyl phosphate synthetase-1 (CPS1), y los resultados obtenidos se analizaron usando el plugin IHC Profiler. Finalmente, se realizó el genotipado de la variante rs1047891 localizada en CPS1 en 383 pacientes con diagnóstico histológico de NAFLD.

Resultados

La evaluación transcriptómica de estas enzimas regulatorias relacionadas con la síntesis de urea reveló una inhibición significativa de las mismas en pacientes con bland-steatosis frente a los controles sanos (CS): CPS-1 (0,3 fold [IC95% 0,02-0,34]) vs CS (1 fold [IC95%1,32-0,75]) (p=0,0003), sin ser estadísticamente significativa en aquellos casos con NASH-fibrosis (0,5 fold [IC95% 0,02-1,35]) (p=0,2). Además, se detectó una inhibición de OTC-1 en bland-steatosis (0,28 fold [IC95% 0,05-0,42]) vs CS (1-fold [IC95% 1,18-0,84]) (p<0,0001), así como en NASH-fibrosis comparados con CS (0,50 fold [IC95% 0,06-1,19]) (p=0,01). La expresión proteica de GS se encontró disminuida en aquellos pacientes con NASH-fibrosis (p=0,024) y correlacionada con los estadios de fibrosis (r=-0,522; n=17; p=0,032) y, globalmente, con mayores cifras de NAS Score (r=-0,610; n=17, p=0,009). De manera similar, la expresión de CPS1 se encontró disminuida en pacientes con NASH-fibrosis al compararlos con aquellos con bland-steatosis (p=0,004), así como inversamente correlacionada con fibrosis (r=-0,736; n=12; p=0,006), balonización (r=-0,666; n=12; p=0,018) y grado de esteatosis (r=-0,562, n=12; p=0,037). Tras el análisis uni y multivariado, el alelo A del SNP rs1047891 de CPS1 se encontró que ejercía un efecto protector contra el desarrollo de fibrosis (O.R. 0,62 (IC95% 0,39-0,99; p=0,047).

Conclusiones

Tanto el NASH y fibrosis significativa se encontraron asociados con una reducción en los patrones de expresión génica y proteica de las principales enzimas del ciclo de la urea, CPS-1 y OTC-1. Además, ser portador del alelo A de una variante funcional localizada en CPS1 podría ejercer un efecto protector en la susceptibilidad del desarrollo de fibrosis.

CPO-014. LOS NIVELES DE PCSK9 SE CORRELACIONAN CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA GRASA (EHMG) DIAGNOSTICADOS POR BIOPSIA HEPÁTICA

GATO ZAMBRANO S[1], MUÑOZ HERNÁNDEZ R[1], MONTERO VALLEJO R[1], ROJAS Á[1], MILLÁN DOMÍNGUEZ R[1], MAYA MILES D[1], AMPUERO HERROJO J[2], ROMERO GÓMEZ M[2]

[1]GRUPO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [2]UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

Evaluar los niveles de PCSK9 en pacientes con EHMG y analizar su correlación con la severidad de la patología.

Material y métodos

Se reclutaron 69 pacientes con EHMG diagnosticados por biopsia hepática. Se clasificaron según el SAF score como esteatosis simple (SS) (n=26) o NASH (n=43). Los niveles de PCSK9 se evaluaron mediante técnicas de Elisa en 20µL de muestras de suero por duplicado.

Resultados

En la **Tabla 1** se representan las características clínicas y demográficas de ambos grupos.

	Esteatosis Simple (n=26)	NASH (n=43)	p valor
Sexo (n,% hombre)	13 (50%)	22 (51,2%)	0,588
Edad (años)	48,05 ± 13,74	55,21 ± 10,47	0,027
IMC (kg/m²)	29,77 ± 5,84	35,29 ± 7,19	0,003
DM (n, %)	8 (30,8%)	24 (55,8%)	0,021
HTA (n, %)	7 (26,9%)	25 (58,1%)	0,005
TG (mg/dL)	109,73 ± 53,92	170,90 ± 77,61	0,001
AST (UI/L)	45,46 ± 36,39	47,76 ± 35,89	0,799
CT (mg/dL)	196,69 ± 34,54	180,26 ± 31,13	0,047
cLDL (mg/dL)	121,44 ± 28,54	105,46 ± 30,26	0,067
cHDL (mg/dL)	59,06 ± 11,88	45,19 ± 11,69	<0,001
GLUCOSA (mg/dL)	98,5 ± 51,15	126,76 ± 56,97	0,069
INSULINA (µUI/mL)	13,70 ± 9,94	22,50 ± 14,04	0,158
HOMA	2,90 ± 2,17	5,96 ± 4,80	0,064

Tabla 1

Los datos están expresados como media±SD para las variables cuantitativas y como n % para las variables cualitativas.

El 50% eran varones en la cohorte de SS y el 51% en NASH (p=0,588). La edad media de los pacientes fue de 48±14 y 55±10 en SS y NASH respectivamente (p=0,027). Los niveles de TG eran mayores en los pacientes con NASH comparado con los SS. El colesterol HDL estaba incrementado en los pacientes con SS (p<0,001), mientras que el colesterol LDL y el colesterol total se mantuvieron iguales.Como se representa en la Figura 1A, la concentración de PCSK9 en NASH fue mayor que en los pacientes con SS (p<0,001). Además, los niveles de PCSK9 eran menores en aquellos pacientes sin inflamación lobulillar (n=6; 11,8%) que en aquellos con inflamación leve (n=29; 56,9%) o moderada (n=16; 31,3%, p=0,014). Los pacientes sin balonización (n=21, 42%) tenían niveles de PCSK9 más bajos que aquellos con grado medio (n=24; 48%) o significativo (n=5; 10%, p=0,001).

Observamos una estrecha correlación entre los niveles de fibrosis y PCSK9 (p=0,028; r=0,560), siendo mayor en pacientes con fibrosis (p=0,04).

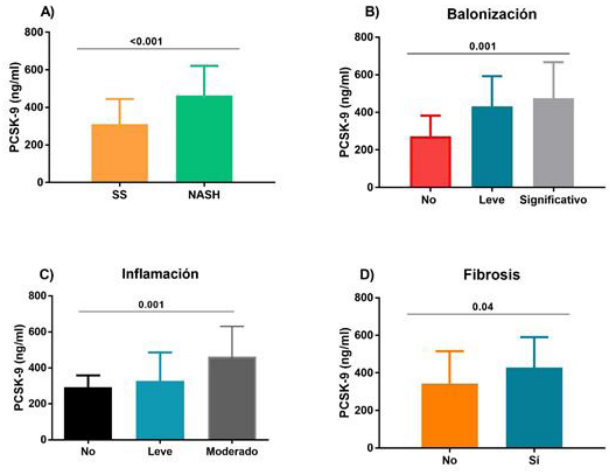

Figura 1

Conclusiones

La concentración de PCSK9 se correlaciona con el estadio de fibrosis, balonización e inflamación en pacientes con EHMG. PCSK9 podría ser el nexo de unión entre el estadio avanzado de la patología y el riesgo cardiovascular.

CPO-015. MÉTODO NO INVASIVO PARA LA OBTENCIÓN DE HEPATOCITOS INDUCIDOS (IHEP) A PARTIR DE LA ORINA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE WILSON

MUÑOZ HERNÁNDEZ R[1], GIL GÓMEZ A[1], ROJAS Á[1], GATO ZAMBRANO S[1], MILLÁN R[1], MONTERO VALLEJO R[2], MAYA D[3], GALLEGO DURÁN R[3], GIRÁLDEZ M[3], AMPUERO HERROJO J[3], ROMERO GÓMEZ M[3]

[1]LABORATORIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [2]LABORATORIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [3]DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONal VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

Obtener hepatocitos de manera no invasiva con la mutación específica de los pacientes con enfermedad de Wilson para modelos in vitro de terapia génica.

Material y métodos

En la **Figura 1** se representa el flujo de trabajo mediante el cual obtenemos hepatocitos inducidos a partir de la orina de pacientes con enfermedad de Wilson.

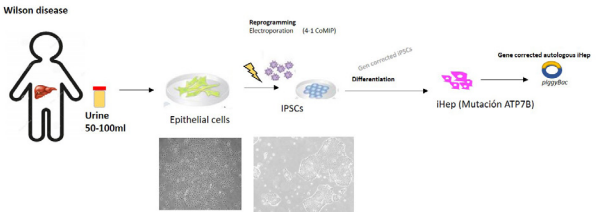

Figura 1

Metodología para la obención de iHep.

Resultados

En la **figura 1** se representa el flujo de trabajo. En primer lugar, se aislaron células epiteliales de 50-100 ml de orina de pacientes con EW, tras un protocolo de centrifugaciones sembramos en placas gelatinizadas con medio EBM-2 (Lonza). Una vez obtenidas las epiteliales se amplificaron y se caracterizaron por su expresión de EPCAM (EPCAM+CD31-). Posteriormente transfectamos mediante electroporación (Neon Transfection system, Invitrogen) con MIP 247 CoMip 4in1 with shRNA P53 (Addgene; Oct 4, Klf4, Sox2, c-Myc) para reprogramar a IPSCs y obtuvimos un banco de IPSCs derivadas de pacientes. Por último, usamos un kit de diferenciación a hepatocitos (StemXVivo- Hepatocyte differentiation kit) y posteriormente caracterizamos los hepatocitos inducidos mediante inmunohistoquímica y PCR por su expresión de alfa fetoproteína (AFP), Alfa 1 antitripsina (AAT) y albúmina (ALB).

Conclusiones

La reprogramación de células epiteliales procedentes de la orina nos permite obtener, de manera no invasiva, hepatocitos funcionales con la carga genética del paciente con EW. El cultivo de estas células constituye un paso esencial para el desarrollo de futuras terapias génicas. Además, este procedimiento podría utilizarse en el estudio de otras patologías en las que la genética juega un papel relevante.

CPO-016. MICRO-ELIMINACIÓN DE HEPATITIS C: ESTRATEGIA DE CITACIÓN DIRECTA DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

FUENTES A[1], GARCÍA F[1], RUIZ ESCOLANO E[2], SOUSA FL[2], GARCÍA F[1]

[1]UGC MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA. [2]UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

Introducción

Aunque en Atención Primaria el número de pacientes que quedan por diagnosticar sea cada vez menor, para conseguir la micro-eliminación de la hepatitis C hacen falta estrategias innovadoras y de adaptación local. En nuestro estudio hemos iniciado una estrategia de comunicación de resultados y de citación directa de los pacientes desde atención hospitalizada.

Material y métodos

Estudio piloto, prospectivo, en el que los pacientes diagnosticados de infección activa de hepatitis C mediante diagnóstico en un solo paso en el Servicio de Microbiología en el periodo de enero a junio de 2019, son citados directamente desde atención hospitalizada para valoración de tratamiento. Se analiza la tasa de derivación, el tiempo desde el diagnóstico hasta la primera visita, el número de pacientes que han iniciado tratamiento, y el tiempo hasta el inicio de tratamiento.

Figura 1

Circuito AP-AE.

Resultados

En el periodo de estudio (enero-junio 2019) se han diagnosticado en nuestro centro 21 nuevos diagnósticos de infección activa por VHC remitidos desde atención primaria. La mediana de edad de los pacientes fue de 54 años (49-75 años), el 69% eran hombres, las medianas de CV o Ag core fueron de 1.290.000 UI/ml (1.152,96-5.510.000) y 3.220,5 (1.386,3-5.400,61) respectivamente, la distribución por genotipos fue 24,1% 1a, 37,9% 1b, 10,3% 2, y 13,8% 3a sin resistencias asociadas a NS3 o NS5a; la mediana del grado de fibrosis fue de 8,1 kpa. El 95% (20/21) de los pacientes citados a fecha de junio acudieron a la consulta. El otro paciente no acudió por se éxitus. De estos 20, se descartó tratamiento en 2 de ellos por ser pacientes pluripatológicos mayores de 90 años. De los 18 restantes se inició tratamiento en 16. Los otros dos, una paciente fue citada en consulta general en vez de en la consulta de hepatología y no acudió a la segunda cita de resultados y el otro paciente es UDVP con alcoholismo activo y tampoco acudió a la cita de revisión, por lo que el porcentaje de tratamiento fue del 90% (16/18). El tiempo desde el diagnóstico hasta la primera visita fue de 13 días, (7,5-19 días), al igual que el tiempo hasta el inicio de tratamiento. Los pacientes han iniciado tratamiento con Sofosbuvir/Velpatasvir 12 semanas (n=6), o glecaprevir/pibrentasvir 8/12 semanas (n=9).

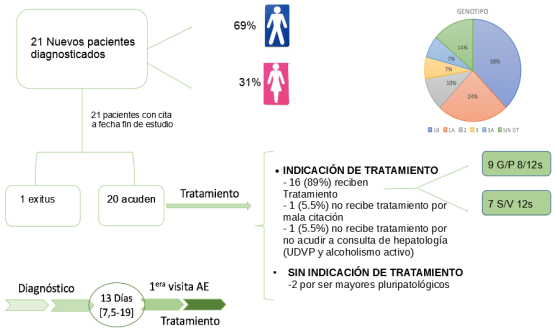

Figura 2

Resultados.

Conclusiones

En nuestro estudio piloto, la estrategia de citación de los pacientes directamente desde Atención Hospitalaria ha resultado en una elevada tasa de inicio de tratamiento, con una importante reducción del tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento.

CPO-017. MIRNA-200B COMO POTENCIAL BIOMARCADOR NO INVASIVO EN NAFLD

MONTERO VALLEJO R[1], GALLEGO DURÁN R[1], ÁLVAREZ AMOR L[1], AMPUERO HERROJO J[2], LÓPEZ BERMUDO L[1], PASTOR RAMÍREZ H[1], GATO ZAMBRANO S[1], RICO MC[1], MILLÁN R[1], GIL GÓMEZ A[1], MUÑOZ R[1], ROJAS Á[1], MAYA D[1], GIRÁLDEZ MD[2], MARTÍN BERMUDO F[1], ROMERO GÓMEZ M[2]

[1]LABORATORIO DE INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [2]UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

El objetivo de este estudio fue validar el potencial diagnóstico del miRNA-200b como biomarcador no invasivo en pacientes y en un modelo animal con NAFLD.

Material y métodos

Para el estudio en humanos, se incluyeron 39 pacientes biopsiados, 18/39 (46%) con NASH y 21/39 (54%) con esteatosis simple. El miRNA-200b libre y exosomal fue aislado de plasma, usando el miRNeasy serum/plasma kit y el miRNeasy Mini kit (Qiagen). Se analizó la expresión por qPCR, utilizando U6 como control endógeno. Además, se evaluó el miRNA-200b en ratones C57BL/6J sometidos a tres tipos de dietas: dieta control (control, n=3), dieta rica en grasa, deficiente en colina y suplementada con 0,1% de metionina (CDA-HFD, n=5) durante 16 semanas, y un grupo adicional tratado durante 8 semanas con esta dieta y otras 8 con la dieta control (reversión, n=10). Se analizó asimismo por qPCR y se empleó el miRNA-122 como housekeeping. El NASH se diagnosticó utilizando el SAF Score, y se empleó SPSS v24.0 para el análisis estadístico.

Resultados

De los pacientes, el 62% (24/39) eran mujeres, edad media 52±12 años y un 46% (18/39) sufría diabetes de tipo 2. En pacientes con NASH, se observó un incremento del miRNA-200b tanto a nivel circulante (fold change 5,2±6,7; p=0,011) como exosomal (fold

change 11,9±17,1; p=0,017). En el modelo animal, tras el consumo de la dieta de estudio, el grupo CDA-HFD presentó fibrosis y NASH. Analizándolo, se observó un incremento de expresión hepática del miRNA-200b respecto al control (fold change 62,6±46,4; p=0,036). En el grupo de reversión, la expresión en hígado del miRNA-200b se encontró disminuida respecto al grupo CDA-HFD (fold change 4,5±11,7; p=0,003), acercándose al grupo control (p=ns) (**Figura 1**).

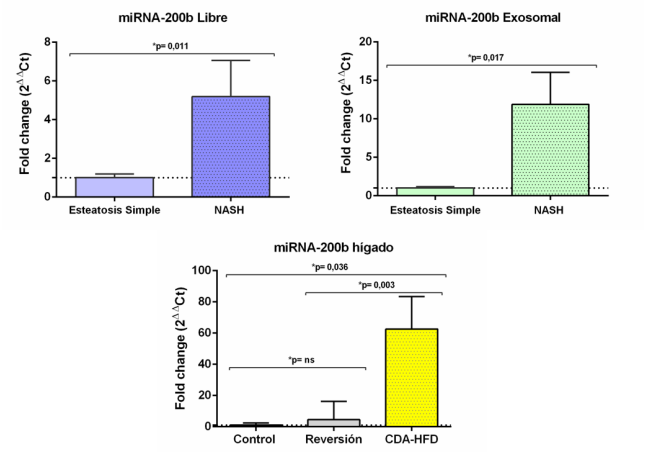

Figura 1

Fold change del miR-200b libre y exosomal en pacientes y en tejido en el modelo animal.

Conclusiones

El miR-200b se observó incrementado en pacientes con NASH tanto libres como exosomales. Además, este miRNA se encontró incrementado en un modelo animal con NASH, y su expresión disminuyó al revertir las condiciones de estos ratones.

CPO-018. QUISTOGASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA CON PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL COMO MÉTODO DE DRENAJE DE COLECCIONES PANCREÁTICAS: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO.

PINAZO BANDERA JM, GARCÍA GARCÍA AM, COBOS RODRÍGUEZ J, ALCAÍN MARTÍNEZ G, LAVÍN CASTEJÓN I

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA

Introducción

La pancreatitis, tanto aguda como crónica, es de las patologías más prevalentes en la clínica habitual. Un porcentaje destacado se complican con colecciones. Éstas se dividen según temporalidad y presencia de necrosis en: pseudoquiste (>4 semanas), colecciones agudas fluidas (CFPA, [<4 semanas]), colecciones agudas necróticas (CAN, [<4 semanas]) y Wall-of-necrosis (WON, [>4 semanas]), caracterizándose las dos últimas por presencia de necrosis. No hace muchos años, la única forma de drenaje era la quirúrgica, con una importante morbimortalidad; sin embargo en el último lustro la endoscopia ha adquirido un papel crucial en este escenario.

El objetivo es mostrar los resultados de nuestro centro del drenaje de las colecciones pancreáticas tras la instauración de la quistogastrostomía endoscópica con prótesis de aposición luminal.

Material y métodos

Presentamos un estudio retrospectivo de 31 pacientes sometidos a quistogastrostomía endoscópica con prótesis de aposición luminal, desde junio 2016 hasta junio 2019 en el Hospital Virgen de la Victoria (Málaga). Analizando datos demográficos, etiología, indicación del proceso, tipo de lesión, aspectos técnicos, efectos secundarios y tasa de éxito clínico/técnico.

Resultados

La edad media fue 62,1 años, predominantemente varones (25). La etiología más frecuente fue biliar (45,16%), seguida de enólica e idiopática (ambas 19,3%). La indicación más frecuente fue la presencia de datos de infección (29%) seguido de dolor abdominal (25,8%). En cuanto al tipo de lesión, el tipo de lesión predominante fue del tipo WON (13 casos).

Quince casos se drenaron mediante quistogastrostomía y sólo uno por quistoduodenostomía. El tamaño protésico fue de 15x10 mm en el 90,3%. Un 42% se sometieron a necrosectomías endoscópicas, con una media de 3,2 sesiones. La retirada protésica media fue a los 96,2 días. El tiempo de seguimiento medio fue 178 días.

Las complicaciones fueron escasas: 2 casos de migración protésica, 3 hemorragias post-quistogastrostomía (sin repercusión hemodinámica ninguna de ellas), una perforación visceral, un caso de sepsis post-procedimiento y un único exitus (sospecha de broncoaspiración durante la sedación).

Adquirimos una tasa de éxito técnico del 93,5%. El éxito clínico ascendió hasta un 87,1%. Únicamente en dos de los casos hubo que recurrir a la cirugía, uno por perforación y otro por falta de respuesta clínica **(Tabla 1 y 2)**.

Sexo	***Hombres (%)***	***25 (80.6)***
	Mujeres (%)	6 (19.3)
Edad	Edad media en años (rango)	62.16 (36-86)
Indicación	Síndrome compresivo * (%)	4 (12.9)
	Fiebre (%)	***9 (29)***
	Dolor abdominal (%)	8 (25.8)
	Ictericia (%)	3 (9.6)
	Síndrome compresivo + Dolor abdominal (%)	1 (3.2)
	Síndrome compresivo + Fiebre (%)	2 (6.4)
	Síndrome compresivo + Dolor abdominal + Fiebre (%)	1 (3.2)
	Dolor abdominal + Fiebre (%)	2 (6.4)
	Colecistectomía programada ** (%)	1 (3.2)
Síntomas/Signos aislados	***Fiebre (%)***	***14 (45.1)***
	Síndrome compresivo (%)	8 (25.8)
	Dolor abdominal (%)	12 (28.7)
Tipo y Etiología de la Pancreatitis	***Pancreatitis aguda biliar (%)***	***14 (45.1)***
	Pancreatitis aguda enólica (%)	2 (6.4)
	Pancreatitis aguda post-CPRE (%)	3 (9.6)
	Pancreatitis aguda lipémica (%)	1 (3.2)
	Pancreatitis aguda idiopática (%)	5 (16.1)
	Pancreatitis crónica enólica (%)	4 (12.8)
	Pancreatitis crónica idiopática (%)	1 (3.2)
Tipo de lesión	Colecciones agudas necróticas (%)	6 (19.3)
	Colecciones fluidas pancreáticas agudas (%)	1 (3.2)
	Wall-of-necrosis (%)	***13 (41.9)***
	Pseudoquistes (%)	10 (32.2)
	Colección post-Q. Fístula (%)	1 (3.2)
Procedimiento	***Quistogastrostomía (%)***	***29 (93.5)***
	Quistoduodenostomía (%)	2 (6.4)
Medidas de prótesis	***15x10mm***	***28 (90.3)***
	20x10mm	3 (9.6)
Uso concomitante de Pig-Tails	Casos (%)	5 (16.1)

*Imposibilidad de tolerancia oral por nauseas y/o vómitos + Datos radiológicos de compresión extrínseca del estómago/duodeno por parte de la colección

**Drenaje previo cirugía electiva para facilitar acceso quirúrgico laparoscópico

Tabla 1

Caracteristicas demográficas, etiológicas, clínicas y técnicas de nuestra muestra.

PCR (mg/dL)	PCR media pre-procedimiento PCR media post-procedimiento	115.42 98.15
Leucocitos	Leucocitos medio pre-procedimiento Leucocitos medio post-procedimiento	11188.12 9997.58
Éxito técnico*	***Sí (%)*** No (%)	***29 (93.5)*** 2 (6.4)
Éxito clínico**	***Sí (%)*** No (%)	***27 (87.1)*** 4 (12.9)
Número de revisiones endoscópicas	Media (rango)	2.4 (0-9)
Necrosectomía	Sí (%) ***No (%)***	13 (42) ***18 (58.1)***
Sesiones de necrosectomía	Media (rango)	3.2 (1-8)
Retirada de prótesis	***Sí (%)*** No (%)	***22 (71)*** 9 (29)
Tiempo hasta retirada de prótesis (días)	Media (rango)	96.2 (12-420)
Tiempo de seguimiento (días)	Media (rango)	178 (21-660)
Necesidad de Cirugía posterior)	Sí (%) ***No (%)***	2 (6.4) ***29 (93.5)***
Complicaciones	***Total (%)*** Migración protésica (%) Hemorragia digestiva post-procedimiento (%) Perforación (%) Sepsis (%)	***7 (22.6)*** 2 (6.4) 3 (9.6) 1 (3.2) 1 (3.2)
Exitus	Sí (%) ***No (%)***	1 (3.2) ***30 (96.8)***

* Éxito al realizar la técnica endoscópica sin complicaciones intraprocedimientos

** Mejoría objetiva de nauseas/vómitos y capacidad para tolerancia oral, desaparición de fiebre, control del dolor abdominal y disminución de la ictericia tras la maniobra endoscópica.

Tabla 2

Características analíticas, técnicas y seguimiento de nuestra muestra.

Conclusiones

En nuestra serie se han obtenido unos resultados óptimos en cuanto a la resolución de la clínica del paciente con una técnica mínimamente invasiva, con una tasa de complicaciones muy baja y escasa morbimortalidad. Por lo que abogamos por defender esta técnica como primera elección en este tipo de patología pancreática.

CPO-019. RENTABILIDAD DE LAS SESIONES FORMATIVAS SOBRE ENFERMEDADES HEPÁTICAS PREVALENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA Y CONSULTA ELECTRÓNICA

SÁNCHEZ TORRIJOS YM, SÁNCHEZ BARBERO B, AMPUERO HERROJO J, ROMERO GÓMEZ M

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

La gran carga asistencial en Atención Primaria (AP) supone una barrera tanto para mantener la alerta para detección precoz de las enfermedades hepáticas más prevalentes en pacientes de riesgo (hepatitis B, C y enfermedad hepática metabólica grasa (VHB, VHC, EHMG)), como para una adecuada derivación a Atención Especializada (AE). Nuestro objetivo fue evaluar el número de derivaciones por dichas patologías tras impartir sesiones formativas en los Centros de Salud, así como evaluar la rentabilidad de la consulta electrónica.

Material y métodos

Estudio transversal realizado en el Área Sanitaria perteneciente a nuestro hospital (AP) entre julio de 2018 a diciembre de 2018 tras la impartición de las sesiones formativas en junio de 2018. Se incluyeron pacientes con diagnóstico reciente de VHB/VHC (carga viral positiva), comparando la prevalencia de derivación desde AP/AE. Por otro lado, se analizó la rentabilidad de la consulta electrónica (vía de comunicación directa entre médico de AP y hepatólogo para resolución de dudas y/o derivación) en función de la necesidad de derivación a AE desde enero a septiembre de 2019.

Resultados

218 pacientes presentaron carga viral positiva VHC, de los cuales 118 fueron derivados a AE. De estos, el 28,1% (34/118 pacientes) provenían de AP. 162 pacientes presentaron HBsAg+ o carga viral positiva VHB, de los cuales 66 fueron derivados a AE. De estos, el 24,4% (16/66) provenían de AP.

En cuanto a los resultados de la consulta electrónica, están representados en la Tabla 1. Como podemos ver, el 54,6% (41/75 pacientes) de consultas por EMHG, fueron citado en AE, el 59,52% (50/84) de consultas por VHB fueron citados en AE, y el 67,8% (38/56) de consultas por VHC fueron citados en AE. Por otro lado, en la Figura 1 se puede apreciar como hay una tendencia al alza a utilizar esta herramienta.

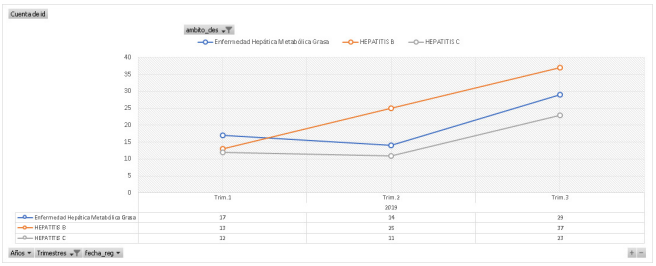

Figura 1

Uso consulta electrónica 2019.

Etiquetas de fila	cita: no	cita: sí	Total general
Enfermedad Hepática Metabólica Grasa	34	41	75
HEPATITIS B	34	50	84
HEPATITIS C	18	38	56
Total general	**86**	**129**	**215**

Tabla 1

Uso consulta electrónica estratificado por enfermedad hepática.

Conclusiones

Las sesiones formativas en AP son imprescindibles para fomentar el diagnóstico y derivación precoz de pacientes con enfermedades hepáticas prevalentes y prevenir la pérdida de pacientes diagnosticados (en nuestro estudio 100 con VHC y 96 con VHB), así como para evitar la sobre-saturación de consultas de AE de pacientes que no lo requieran. Son necesarios más estudios comparativos para evaluar la respuesta tras las mismas en AP.

Desde la implantación de la consulta electrónica en AP existe una tendencia al alza en su uso, con necesidad de derivación tras la misma mayor al 50% en cualquiera de las tres enfermedades, como signo de rentabilidad. Por tanto, la consulta electrónica podría suponer una herramienta indispensable de comunicación futura entre AP y AE que evitaría derivaciones erróneas y agilizaría aquellas que sí lo son.

CPO-020. SIGNOS ECOGRÁFICOS DE CIRROSIS HEPÁTICA E HIPERTENSIÓN PORTAL SEGÚN EL GRADO DE FIBROSIS EVALUADO POR ELASTOGRAFÍA POINT-SHEAR WAVE

CADENA HERRERA ML, FERNÁNDEZ ÁLVAREZ P, VALLADOLID LEÓN JM, GUERRA VELOZ MF, CARMONA SORIA MI

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA

Introducción

Analizar la relación entre los signos ecográficos de cirrosis hepática e hipertensión portal y el grado de fibrosis medido por point-Shear Wave (p-SWE). Analizar esta relación por subgrupos de etiologías más frecuentes.

Material y métodos

Se trata de un estudio analítico retrospectivo. Todos los pacientes con hepatopatía crónica de cualquier etiología que se realizaron ecografía más medición de la fibrosis hepática por p-SWE en nuestro centro entre junio 2017 y enero 2019 fueron incluidos. Todas las exploraciones se realizaron por un solo ecografista de gran experiencia con el equipo Hitachi Aloka Arietta V70 bajo la técnica habitual, incluyendo solo los estudios con diez determinaciones válidas (>60% VS). Los signos ecográficos evaluados fueron el contorno hepático, dilatación de la vena porta, esplenomegalia y VMFP enlentecida. Se usó el punto de corte establecido para nuestro equipo para fibrosis avanzada de >7,4 kpa (F3-F4).

Resultados

Se incluyeron 277 pacientes. Los pacientes con fibrosis avanzada en p-SW (116) el 51,7% presentaron contorno nodular, el 35.3% dilatación de la vena porta y el 39,7% esplenomegalia, con diferencias significativas respecto al grupo sin fibrosis avanzada (p<0,001). La VMFP enlentecida también fue más frecuente en el grupo con fibrosis avanzada (67,9% vs 62,8%) pero la diferencia no alcanzó significación estadística (p=0,377) **(Tabla 1)**.

Signos ecográficos		Fibrosis avanzada				
		No		Sí		
		N	%	N	%	p-valor
Contorno	Irregular	102	63,4	47	40,5	<0,001
	Liso	43	26,7	9	7,8	
	Nodular	16	9,9	60	51,7	
Porta	Dilatada	26	16,1	41	35,3	<0,001
	No dilatada	135	83,9	75	64,7	
Esplenomegalia	No	134	83,8	70	60,3	<0,001
	Sí	26	16,3	46	39,7	
VMFP	Normal	16	37,2	17	32,1	0,377
	Enlentecida	27	62,8	36	67,9	

Tabla 1

Signos ecográficos según grado de fibrosis en p-SWE.

En el grupo de VHC: contorno nodular (51,3%), dilatación portal (33,3%) y esplenomegalia (28,2%) fueron más frecuentes en los pacientes con fibrosis avanzada. En los grupos de EHGNA y VHB el contorno nodular fue más frecuente en fibrosis avanzada (31,6% y 66,7% respectivamente). En el grupo de alcohol la dilatación portal (51,9%) y en el grupo de enfermedades colestásicas la esplenomegalia (40%) fueron los signos más frecuentes en los pacientes con fibrosis avanzada respecto de aquellos in fibrosis. El resto de variables estudiadas no mostraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis por subgrupos **(Tabla 2)**.

Etiología	Frec	Fib. Av.	Signos ecográficos					
			Contorno nodular		Dilatación portal		Esplenomegalia	
Global	277	Si	51.7%	p <0,001	35.3%	p<0,001	39.7%	p<0,001
		no	9.9%		16.1%		16.3%	
VHC	105	Si	51.3%	p<0,001	33.3	p=0.028	28.2%	p=0.024
		No	12.1%		15.2		10.8%	
EHGNA	65	Si	31.6%	p <0,001	36.8%	p=0.171	73.7%	p=0.460
		No	0%		21.7%		78.3%	
Alcohol	32	Si	63%	p=0.078	51.9%	p=0.043	59.3%	p=0.376
		No	20%		0%		40%	
VHB	32	Si	66.7%	p=0.009	33.3%	p=0.203	33.3%	p=0.203
		No	13%		13%		13%	
H.Colestásicas	24	Si	60%	p=0.121	13.3%	p=0.692	40%	p=0.037
		No	22.2%		11.1%		0%	

Tabla 2

Signos ecográficos según grado de fibrosis en p-SWE por etiologías.

Conclusiones

La presencia de contorno nodular, dilatación portal y esplenomegalia fueron significativamente más frecuente en los pacientes con fibrosis avanzada en p-SWE con el equipo Hitachi Aloka Arietta V70.

- El mismo patrón ecográfico se repitió en el grupo de VHC con fibrosis avanzada.

- Es posible que exista un distinto patrón de signos ecográficos en los pacientes con fibrosis avanzada según la etiología.

Se necesitan más estudios prospectivos para evaluar la relación de los signos ecográficos con el grado de fibrosis con p-SWE y la etiología, y compararlos con hallazgos histológicos.

CPO-021. VALIDACIÓN DEL LNCRNA-H19 COMO BIOMARCADOR EN EL HEPATOCARCINOMA

ROJAS Á[1], GIL GÓMEZ A[1], DE LA CRUZ P[2], MUÑOZ HERNÁNDEZ R[1], SÁNCHEZ TORRIJOS YM[1], GALLEGO DURÁN R[1], RICO MC[1], FERRER T[3], MILLÁN R[1], MONTERO VALLEJO R[1], GATO ZAMBRANO S[1], MUNTANÉ J[2], AMPUERO HERROJO J[3], ROMERO GÓMEZ M[3]

[1]LABORATORIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [2]LABORATORIO CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [3]UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA

Introducción

Dada la ausencia de marcadores serológicos que permitan ser utilizados para el diagnóstico/monitorización del hepatocarcinoma (CHC), el objetivo de nuestro estudio es validar el lncRNA-H19 en una cohorte de pacientes cirróticos vs. pacientes con CHC con o sin tratamiento curativo del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Material y métodos

Los hallazgos previos observados en nuestro estudio piloto fueron validados en una cohorte de 45 pacientes.

A) El 48,9% (22/45) eran cirróticos que no desarrollaron cáncer en un seguimiento de 5 años, el 26,7% (12/45) eran pacientes CHC no tratados y 24,4% (11/45) tratados (4 trasplantes, 1 resección y 6 radiofrecuencias).

B) Se estudiaron a nivel basal y a los tres meses post intervención los niveles circulantes del lncRNA-H19 en 6 pacientes sometidos a tratamiento (4 trasplantes, 1 resección y 1 radiofrecuencia). El ARN total de plasma se aisló de 200ul con el kit miRNeasy (Qiagen) y los niveles de del lncRNA-H19 fueron analizados por qPCR.

Resultados

A nivel plasmático, los niveles del lncRNA-H19 estaban aumentados en los pacientes con CHC en comparación con el grupo cirrótico (fold-1,95±1,25; p=0,02), observándose un descenso significativo en el grupo sometido a tratamiento curativo (fold vs CHC-0,21±0,23; p=0,0008) **(Figura 1A)**.

En el grupo de los pacientes tratados los niveles de expresión del lncRNA-H19 descendieron a los tres meses respecto a la situación basal de manera significativa (fold-0,17±0,18; p<0,035) **(Figura 1B)**.

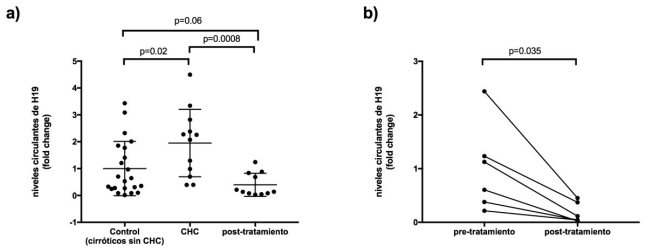

Figura 1

Niveles circulante de lncRNA-H19 en A) pacientes cirróticos vs CHC vs. pacientes sometidos a tratamiento con intención curativa; B) niveles de lncRNA-H19 en estado basal y tras el tratamiento.

Conclusiones

Los niveles de expresión del lncRNA-H19 se encuentran incrementados a nivel hepático (SAPD 2018) y circulante en los pacientes con CHC. El tratamiento curativo del CHC normalizó los niveles de expresión de este lncRNA, por lo que H19 es un interesante biomarcador que abordar en el contexto del CHC.

CPO-022. VARIABILIDAD CLÍNICA Y DIFERENCIAS EN LA ADECUACIÓN DE TRATAMIENTO DE PACIENTES INGRESADOS POR UN PRIMER EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA EN LOS SERVICIOS DE DIGESTIVO Y MEDICINA INTERNA

SÁNCHEZ TORRIJOS YM[1], TERNERO VEGA JE[1], LEÓN MONTAÑÉS L[3], LEÓN MONTAÑÉS R[4], BELTRÁN L[2]

[1]UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [2]UGC MEDICINA INTERNA. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. [3]UGC MEDICINA INTENSIVA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR. CÁDIZ. [4]GRUPO APARATO DIGESTIVO. CLÍNICA QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN. SEVILLA

Introducción

Analizar las características epidemiológicas y clínicas, posibles diferencias en el manejo diagnóstico-terapéutico y en el pronóstico de los pacientes que ingresaron por un primer episodio de pancreatitis aguda durante los años 2013 y 2014 en los Servicios de Aparato Digestivo (AD) y Medicina Interna (MI).

Material y métodos

Para ello, se llevó a cabo un estudio observacional unicéntrico de cohortes retrospectivo. Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron por un primer episodio de pancreatitis aguda en el los Servicios de Digestivo y MI del nuestro hospital entre enero de 2013 a diciembre de 2014. Se recogieron datos demográficos, clínicos, analíticos y evolutivos. Se realizó una análisis de frecuencias para variables cualitativas y mediante media o mediana e intervalo de confianza al 95% o rango intercuartílico para variables cuantitativas, utilizando el programa SPSS 19.0.

Resultados

Se incluyeron un total de 475 pacientes, 153 de AD y 322 de MI. Las características basales y analíticas de ambos grupos se representan en la Tabla 1 y 2. Cabe destacar que los pacientes de MI son de mayor edad y presentan mayor comorbilidad, así como que la segunda causa más frecuente de pancreatitis es desconocida, mientras que en AP es post-CPRE, en probable relación con los ingresos programados para dicha prueba.

En cuanto al manejo, representado en la Tabla 3, el porcentaje de ecografías, TAC y colangioRM fue prácticamente similar, sin embargo, en ningún paciente de MI se realizó ecoendoscopia, frente a un 10% en AD, y se realizaron un 10% más de CPRE en AD (p<0.05). En ambos servicios se hizo un uso de antibióticos similar, aunque en mayor proporción de manera inadecuada (según guías) en AD. Mientras que la severidad por TAC es equiparable, la gravedad es mayor en MI (6% vs 3,5% MI vs. AD, respectivamente), como se objetiva en la Tabla 4. No existen diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad, sin embargo, existe una mayor tasa de reingresos en MI (47,2% frente a 19,6%, p<0,05), siendo en un 30,9% por una nueva pancreatitis.

CARACTERISTICAS BASALES			P
	APARATO DIGESTIVO	MEDICINA INTERNA	
SEXO	77/153 hombres (50.3%)	148/322 hombres (46%)	
EDAD	57.9 ± 16.5 años	67.3 ± 17.8 años	0.001
DIABETES	27/153 (17.6%)	79/322 (24.5%)	0.05
HEPATOPATIA	10/153 (6.5%)	17/322 (5.3%)	
ERC	4/153 (2.6%)	21/322 (6.5%)	0.05
ECV	20/153 (13.1%)	60/322 (18.6%)	
EPOC	13/153 (8.5%)	29/322 (9%)	
OBESIDAD	34/153 (22.2%)	60/322 (18.6%)	
INMUNOSUPRESORES	6/153 (3.9%)	7/322 (2.2%)	
ETIOLOGIA PANCREATITIS (orden frecuencia)	Biliar→106/153 (69.7%) CPRE → 25/153 (16.4%) Alcohol→ 8/153 (5.3%) Fármacos→ 4/153 (2.6%) Autoinmune→ 3/153 (2%) Desconocida→ 3/153 (2%) Tumor→ 2/153 (1.3%) TG→ 1/153 (0.7%)	Biliar→ 209/322 (65.5%) Desconocida→ 38/322 (11.9%) Alcohol→ 24/322 (7.5%) Tumor→ 21/322 (6.6%) CPRE→ 19/322 (6%) TG→ 4/322 (1.3%) Fármacos→ 3/322 (0.9%) Autoinmune→ 1/322 (0.3%)	

Tabla 1

CARACTERISTICAS ANALÍTICAS (mediana)			p
	APARATO DIGESTIVO	MEDICINA INTERNA	
AMILASA	995 (338-1486)	1091 (343-5104)	,090
PCR	39 (2-304)	220 (42-380)	,001
HEMATOCRITO	0.43 (0.31-0.52)	0.42 (0.35-0.50)	,931
CREATININA	0.81 (0.57-1.09)	0.84 (0.58-9.40)	<0.001
UREA	30 (8-105)	41 (24-231)	<0.001
LEUCOCITOS	13.38 (8.7-19.76)	12.55 (2,20-24.50)	<0.001
GLUCOSA	120,5 (51-498)	123 (41-423)	,695
AST/ALT	120 (5-1486)	76,5 (5-1235)	,001
BILIRRUBINA TOTAL	1 (0,7-9)	1,50 (0,32-4.70)	,160
TG	86 (46-185)	114 (77-267)	,561
HDL	26.39 ± 17.34	31.99 ± 18.94	,686
LDH	243 (110-515)	179 (60-1650)	,298
CALCIO	8,2 (6,94-9.34)	8,67 (0,6-9.8)	,090

Tabla 2

Conclusiones

Como podemos apreciar en nuestro estudio el manejo de la pancreatitis aguda varía en función del servicio en el que ingrese, que si bien no afecta a la mortalidad, sin que influye en la necesidad de reingreso por parte del paciente. Unificar el manejo diagnóstico-terapéutico resulta de vital importancia en esta patología.

CARACTERISTICAS BASALES			P
	APARATO DIGESTIVO	MEDICINA INTERNA	
SEXO	77/153 hombres (50.3%)	148/322 hombres (46%)	
EDAD	57.9 ± 16.5 años	67.3 ± 17.8 años	0.001
DIABETES	27/153 (17.6%)	79/322 (24.5%)	0.05
HEPATOPATIA	10/153 (6.5%)	17/322 (5.3%)	
ERC	4/153 (2.6%)	21/322 (6.5%)	0.05
ECV	20/153 (13.1%)	60/322 (18.6%)	
EPOC	13/153 (8.5%)	29/322 (9%)	
OBESIDAD	34/153 (22.2%)	60/322 (18.6%)	
INMUNOSUPRESORES	6/153 (3.9%)	7/322 (2.2%)	
ETIOLOGIA PANCREATITIS (orden frecuencia)	Biliar→106/153 (69.7%) CPRE → 25/153 (16.4%) Alcohol→ 8/153 (5.3%) Fármacos→ 4/153 (2.6%) Autoinmune→ 3/153 (2%) Desconocida→ 3/153 (2%) Tumor→ 2/153 (1.3%) TG→ 1/153 (0.7%)	Biliar→ 209/322 (65.5%) Desconocida→ 38/322 (11.9%) Alcohol→ 24/322 (7.5%) Tumor→ 21/322 (6.6%) CPRE→ 19/322 (6%) TG→ 4/322 (1.3%) Fármacos→ 3/322 (0.9%) Autoinmune→ 1/322 (0.3%)	

Tabla 3

PRONÓSTICO			p
	APARATO DIGESTIVO	MEDICINA INTERNA	
SEVERIDAD TAC	Bajo→ 58/78 (74.4%) Medio→ 16/78 (20.5%) Alto→ 4/78 (5.1%)	Bajo→ 93/138 (67.4%) Medio→ 35/138 (25.4%) Alto→ 10/138 (7.2%)	
GRAVEDAD	Leve→ 131/153 (85.6%) Moderada→17/153 (11.1%) Grave→5/153 (3.3%)	Leve→ 276/318 (86.8%) Moderada→ 23/318 (7.2%) Grave→ 19/318 (6%)	
COMPLICACIONES	22/152 (14.5%)	40/319 (12.5%)	
TIPOS COMPLICACIONES	Pseudoquiste→ 20 DM → 4 IPE→ 0	Pseudoquiste→33 DM → 5 IPE→ 1	
MORT INTRAHOSPITALARIA	3/153 (2%)	15/322 (4.7%)	
MORT 3 meses	5/152 (3.3%)	5/310 (1.6%)	
REINGRESO	45/152 (29.6%)	145/307 (47.2%)	<0.001
REINGRESO NUEVA PANCR	29/144 (20.1%)	63/199 (30.7%)	0.017
MOTIVO REINGRESO (diferente a nueva pancreatitis)	Colecistitis→ 2 Colangitis→ 5 Ambas→ 0 Cólico biliar/coledocolitiasis→ 0	Colecistitis→ 27 Colangitis→ 59 Ambas→ 1 Cólico biliar/coledocolitiasis→ 1	
REINGRESO PTE COLECIST	29/152 (19.1%)	69/307 (22.5%)	
REINGRESO COMPLIC	4/144 (2.8%)	8/209 (3.8%)	
REINGRESO OTROS MOTIVOS	11/144 (7.6%)	19/221 (8.6%)	
COLECISTECTOMÍA	21/48 (43.8%)	55/184 (29.9%)	
DÍAS INGRESO	9 días (1-85 días)	8 días (2-70 días)	0.004
NÚMERO REINGRESOS	1 (0-4)	1 (0-10)	

Tabla 4