

51 REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA VIRTUAL 2020

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

CO-01. ALTERACIÓN DEL PERFIL HEPÁTICO Y SU IMPACTO EN PACIENTES CON SARS-COV2

CADENA HERRERA ML, DEL PINO BELLIDO P, VÍAS PARRADO C, GUERRA VELOZ MF, CORDERO RUIZ P, CARMONA SORIA I

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

Introducción

Evaluar la prevalencia de elevación de transaminasas y su influencia en la mala evolución de los pacientes ingresados con SARS-Cov2.

Material y Métodos

Estudio unicéntrico retrospectivo. Se incluyeron pacientes con PCR positiva para SARS-Cov2 ingresados entre el 23 de marzo y 30 de abril de 2020 en el hospital HUVVM y que disponían de analítica con perfil hepático al ingreso. Se recogieron variables clínicas y analíticas al ingreso y durante la hospitalización. Se definió como alteración de la función hepática (AFH) a valores de transaminasas ALT/AST superiores a 40 UI/L al ingreso o durante la hospitalización. Las variables finales estudiadas fueron ingreso UCI, necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) y mortalidad.

Resultados

Se incluyeron 220 pacientes. 72 pacientes (32,7%) presentaron AFH al ingreso, esta fue más frecuente en varones jóvenes -media 59,5 años. El ingreso a UCI (23,6% vs 8,8% p 0,005) y la necesidad de VMI (19,4% vs 4,1% p 0,001.), pero no la mortalidad, fueron mayores en pacientes con AFH al ingreso que los que no la tenían. Tabla 1

Durante la hospitalización, 94 pacientes (41,7%) presentaron AFH, más frecuente en varones jóvenes -media 61años- hipertensos. Los pacientes con AFH durante la hospitalización tuvieron valores más altos de leucocitos (7070 vs 5805 p 0,015), mayor linfopenia (970 vs 1265 p 0,001) y más uso de corticoides (35,6 vs 25,6% p 0,006).

	No AFH	AFH	p
<i>Sexo hombre</i>	77 (52)	48 (66.7)	0.056
<i>Edad</i>	66 (52-75.75)	59.5 (46-67)	<0.05
<i>Oh- activa</i>	8 (5.4)	2 (2.8)	0.594
<i>HTA</i>	77 (52)	26(36.1)	0.038
<i>EPOC</i>	10 (6.8)	3 (4.2)	0.646
<i>DM</i>	34 (23)	9 (12.5)	0.098
<i>Obesidad</i>	16 (10.8)	8 (11.1)	0.870
<i>Hepatopatía crónica</i>	18 (12.2)	8 (11.1)	0.997
<i>Admisión</i>			
UCI	13 (8.8)	17 (23.6)	0.005
VMI	6 (4.1)	14 (19.4)	0.001
Estancia hospitalaria	8 (5-14)	7 (6-10)	p=ns
Mortalidad	30(20.3)	16 (22.2)	0.875
<i>Durante hospitalización</i>			
UCI	2 (4.7)	21 (24.1)	0.006
VMI	1 (2.3)	16 (18.4)	0.023
Estancia hospitalaria	6 (4-9)	8 (6-14)	0.006
Mortalidad	4 (9.3)	28 (32.2)	0.009
Kaletra	35 (81.4)	77 (88.5)	0.404
Corticoides	11 (25.6)	31 (35.6)	0.006

TABLA 1
Desenlaces clínicos relacionados con AFH.

Estos pacientes, además presentaron mayor ingreso en UCI (24,1 vs 4,7% p 0,006), mayor necesidad de VMI (18,4 vs 2,3% p 0,023), mayor estancia hospitalaria y mayor mortalidad (32,2 vs 9,3, p 0,009) que aquellos sin AFH. (Tabla 1)

En el análisis univariante AFH al ingreso se asoció con mayores tasas de ingreso en UCI (OR 2.24, IC 95% 1.02-4.91, p 0.044) y necesidad de VMI (OR 3,11, IC95% 1,22-7,92, p 0,017), sin asociación con mortalidad.

En el análisis multivariante, AFH durante la hospitalización se relacionó con mayor mortalidad (ALT OR 0.929, IC 95% 0,869-0,994, p 0,032 y AST OR 1,079, IC 95% 1,008-1,155, p 0,028). (Tabla 2)

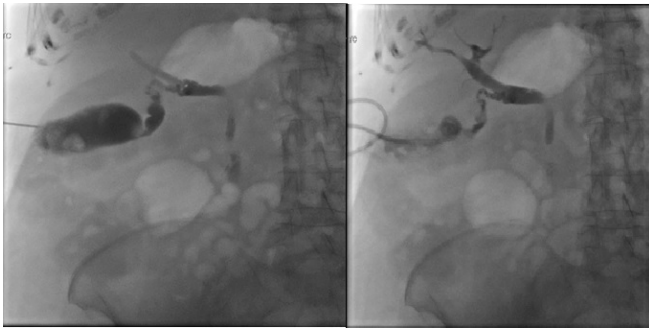


TABLA 2
Valores analíticos predictores de mortalidad.

Conclusiones

La AFH al ingreso se asoció con mayor riesgo de ingreso en UCI y necesidad de VMI, sin embargo, no se relacionó con mayor mortalidad.

- La AFH durante la hospitalización se asoció con mayor estancia hospitalaria y mortalidad, sin relación con la medicación administrada.

- La afectación hepática parece tener un papel importante en la severidad del SARS-Cov2, pero se necesitan más estudios para evaluar el valor pronóstico de estas asociaciones.

CO-02. ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL PARA EVALUAR LA PREVALENCIA DE EHGNA: INFLUENCIA DE LA DIETA MEDITERRÁNEA Y ANÁLISIS DE LA FIBROSIS HEPÁTICA MEDIANTE MÉTODOS NO INVASIVOS.

DEL PINO BELLIDO P, CADENA HERRERA L, VALDÉS DELGADO T, BELLIDO MUÑOZ F, GUERRA VELOZ MF, CORDERO RUIZ P, VALLADOLID LEÓN JM, CAUNEDO ÁLVAREZ Á, CARMONA SORIA I

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

Introducción

La enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) tiene un amplio espectro clínico que oscila entre la esteatosis hepática, esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis y carcinoma hepatocelular. En nuestro país existe poca información acerca de prevalencia de EHGNA, estimándose una prevalencia global del 25%, y fibrosis avanzada del 3%, condicionando el pronóstico de la enfermedad.

Objetivos

Evaluar la prevalencia de EHGNA (esteatosis y fibrosis hepática) en sujetos invitados a una colonoscopia, dentro del programa de cribado de Cáncer colorrectal (CCR) aplicado en nuestro Hospital.

Estudiar la adherencia a la dieta mediterránea (DM) y la actividad física con la presencia de EHGNA.

Material y Métodos

Estudio de corte transversal en pacientes derivados a nuestro hospital para realizarse una colonoscopia dentro del programa de cribado CCR. Se excluyeron aquellos con hepatopatía de otra etiología, consumo excesivo de alcohol (>30g en hombres y >20 g en mujeres), fármacos hepatotóxicos y/o relacionados con esteatosis, y enfermedades inflamatorias.

Previo a la realización de la colonoscopia se recogieron variables demográficas, antropométricas analíticas, ecografía abdominal (US), y elastografía de transición (ET). Se realizó encuesta de adherencia a dieta mediterránea y cuestionario de actividad física.

Se definió esteatosis como: US score \geq 2 o FLI \geq 60; fibrosis avanzada mediante ET $>$ 8; baja adherencia a la dieta mediterránea PREDIMED $<$ 9, actividad física definida como alta, moderada o baja.

Resultados

Se han incluido 316 sujetos, 62,7% hombres con una mediana edad 66 (64-68) años, 20,25% DM, 55,1% HTA. El 71,2% (225) presenta esteatosis (Figura 1).

PREVALENCIA DE EHGNA EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE CRIBADO CCR

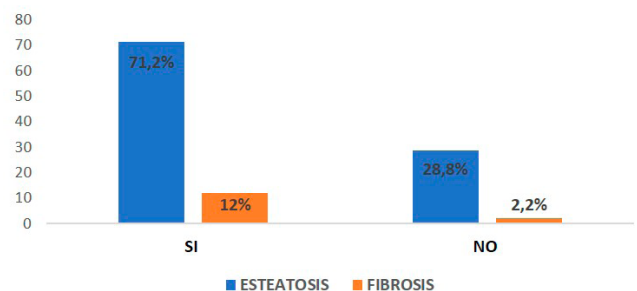


FIGURA 1

Prevalencia de EHGNA y de fibrosis en población de cribado de CCR.

Pacientes con EHGNA de forma significativa tienen mayor prevalencia de HTA (63,1 vs 35,2%), mayor IMC (30,7 vs 26,6), triglicéridos mas altos (119 vs 82mg/dl), valores mas altos ALT (21 vs 16U/L), GGT mas elevada (30 vs 17), HOMA más elevado (1,71 vs 0,75) que lo pacientes sin EHGNA. El porcentaje de fibrosis avanzada y de baja actividad física es mayor también en este grupo (Tabla 1).

En el análisis multivariante las principales variables relacionadas con la esteatosis fueron: HTA (OR 2,797; IC95% 1,118-7,003, p=0,028); IMC (OR 1,415; IC95% 1,211-1,653, p<0,001), GGT (OR 1,113; IC95% 1,062-1,167, p<0,001) y HOMA (OR 2,635; IC95% 1,306-5,313, p=0,007) (Tabla 2).

	EHGNA SÍ (225)	EHGNA NO (91)	P
EDAD (IQR)	66 (64-68)	66 (64-69)	0,051
SEXO			
Hombre	150 (66,7%)	48 (52,7%)	0,052
DM (%)	52 (23,1%)	12 (13,2%)	0,109
HTA (%)	142 (63,1%)	32 (35,2%)	<0,001
IMC	30,71 (27,79-33,23)	26,22 (24,5-28,2)	<0,001
Colesterol Total (mg/dl)	194,96±40,63	201,50±40,36	0,196
Triglicéridos (mg/dl)	119,5 (90-159)	82 (64-107)	<0,001
ALT	21 (17-30)	16 (13-20)	<0,001
GGT	30 (20-47)	17 (14-22)	<0,001
HOMA	1,71 (1-2,69)	0,75 (0,46-1,18)	<0,001
HbA1c	5,7 (5,4-6,1)	5,6 (5,3-5,8)	0,014
Fibrosis avanzada (fibroscan >8)	27 (12%)	2 (2,2%)	
Medidas no validas	49 (21,8)	12 (13,2)	
PREDIMED			
Baja adherencia	134 (60,9%)	49 (55,1%)	0,498
ACTIVIDAD FÍSICA			
Baja	169 (76,8%)	61 (68,5%)	0,024
Alta	5 (2,3%)	8 (9,0%)	
Presencia de pólipos	173 (82,8%)	58 (70,7%)	0,018
UBICACIÓN			
Derecho	38 (24,7%)	12 (25,0%)	0,551
Izquierdo	116 (75,3%)	36 (75,0%)	
HISTOLOGÍA			0,174
Carcinoma	3 (7,5%)	17 (15,0%)	

TABLA 1

Variables demográficas y analíticas de paciente con y sin EHGNA.

	Multivariante OR	P
HTA	2,797 (1,118-7,003)	0,028
IMC	1,415 (1,211-1,653)	<0,001
Colesterol Total (mg/dl)		
Triglicéridos (mg/dl)		
ALT		
GGT	1,113 (1,062-1,167)	<0,001
HOMA	2,635 (1,306-5,313)	0,007
HbA1c		
PREDIMED		
Baja adherencia		
ACTIVIDAD FÍSICA		
Baja		
Alta		

TABLA 2

Variables relacionadas con la presencia de EHGNA.

Conclusiones

La prevalencia de EHGNA es elevada en personas que asisten al programa de CCR, relacionado con la presencia HTA, Obesidad, cifras elevadas GGT y HOMA. Este grupo presenta 12% de fibrosis avanzada.

La adherencia a la DM y la actividad física es baja en pacientes EHGNA.

CO-03. PAPEL DE LA OSTEOPONTINA Y LA CITOQUERATINA K18 COMO BIOMARCADORES EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE EL DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR FÁRMACOS IDIOSINCRÁSICO Y LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA

GARCÍA GARCÍA AM¹, MARTIN REYES F¹, DEL CAMPO HERRA E¹, CUETO SÁNCHEZ A², SANABRIA CABRERA J², SAN JUAN JIMENEZ R², MEDINA CÁLIZ I², CABALLANO INFANTES E², ORTEGA ALONSO A¹, ROBLES DÍAZ M¹, STEPHENS C², LUCENA MI², ANDRADE RJ¹, GARCÍA CORTES M¹, GARCÍA FUENTES E¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA.
²SERVICIO FARMACOLOGÍA CLÍNICA. IBIMA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE MÁLAGA. MÁLAGA.

Introducción

La alta prevalencia actual de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) puede dificultar la diferenciación entre esta entidad y la lesión hepática idiosincrásica inducida por fármacos (drug induced liver injury; DILI) en pacientes que toman fármacos. Las pruebas hepáticas estándar son subóptimas en cuanto a especificidad, sensibilidad y pronóstico. Nuestro objetivo fue evaluar el potencial de la osteopontina (OPN), la citoqueratina 18 escindida por caspasa (cck18) y la citoqueratina 18 total (escindida y no escindida, K18) como biomarcadores para discriminar entre EHNA y DILI.

Material y Métodos

Se recolectaron muestras de sangre de casos adjudicados de DILI dentro de la primera semana del inicio de los síntomas, EHNA y controles sanos. Se realizó elastografía transitoria (FibroScan®) en casos de EHNA y control. Los casos de EHNA se dividieron en dos grupos (F0-F1 y F2-F4). Se extrajeron muestras de sangre en un solo momento. OPN, Cck18 y K18 se analizaron mediante ELISA en 14 DILI, 37 EHNA (11 F0-F1 y 26 F2-F4) y 28 controles (todos F0) (Figura 1)

Resultados

Cck18 y K18 distinguieron los casos de control y EHNA F0-F1 (cck18: 245,8 ± 11,3 y 339,2 ± 35,9, respectivamente; K18: 250,3 ± 19,8 y 424,1 ± 72,2, respectivamente) de los casos EHNA F2-F4 y DILI (cck18: 718,6 ± 103,7 y 968,1 ± 96,7, respectivamente; K18: 944,8 ± 144,3 y 1315,3 ± 172,5, respectivamente) (p <0,05). No se

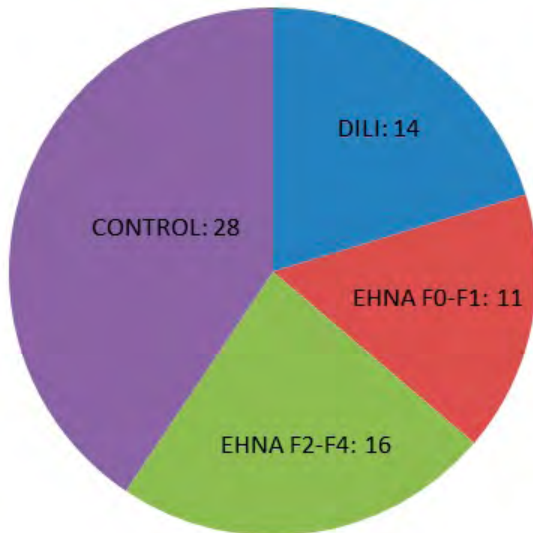


FIGURA 1
Muestra.

encontraron diferencias significativas en los niveles de ccK18 y K18 entre los controles y los pacientes EHNA F0-F1, o entre los casos de EHNA F2-F4 y DILI (Figuras 3 y 4). Con respecto a la OPN, no se encontraron diferencias significativas entre los controles y EHNA F0-F1 ($119,6 \pm 6,9$ y $139,6 \pm 11,2$, respectivamente) o entre EHNA F0-F1 y EHNA F2-F4 ($139,6 \pm 11,2$ y $162,2 \pm 9,6$, respectivamente). Se encontraron diferencias significativas entre el control y la EHNA F2-F4 ($p = 0,002$). Los niveles de OPN en los casos de DILI ($215,5 \pm 10,6$) difirieron significativamente de los grupos restantes ($p < 0,01$ para las tres comparaciones) (Figura 4).

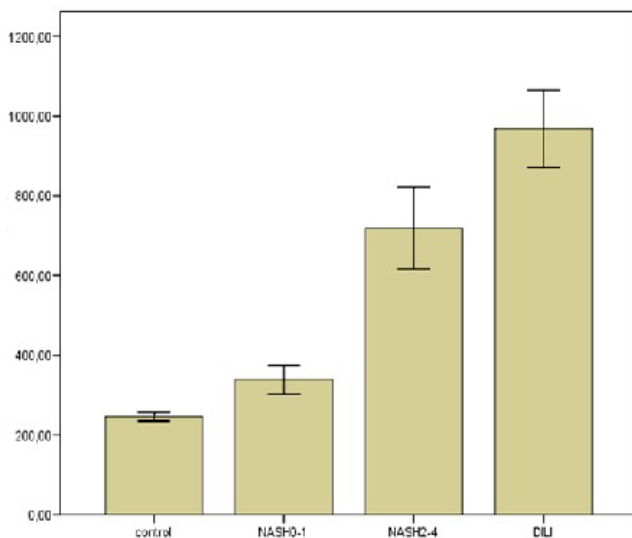


FIGURA 2
Media ccK18 (U/L).

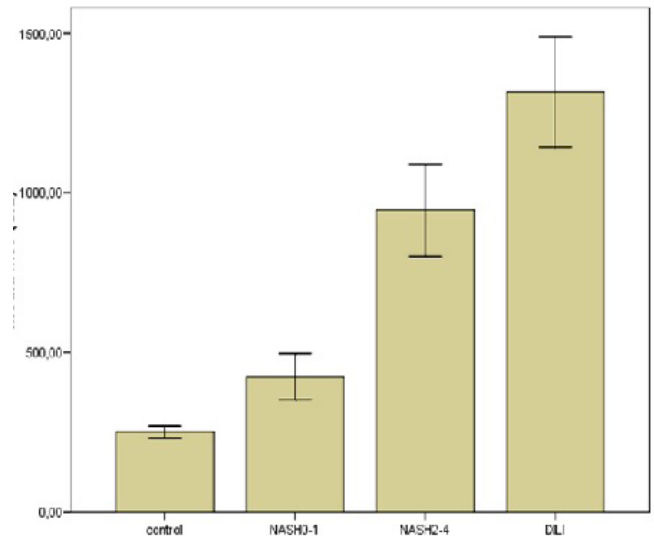


FIGURA 3
Preguntas, respuestas y % de aciertos.

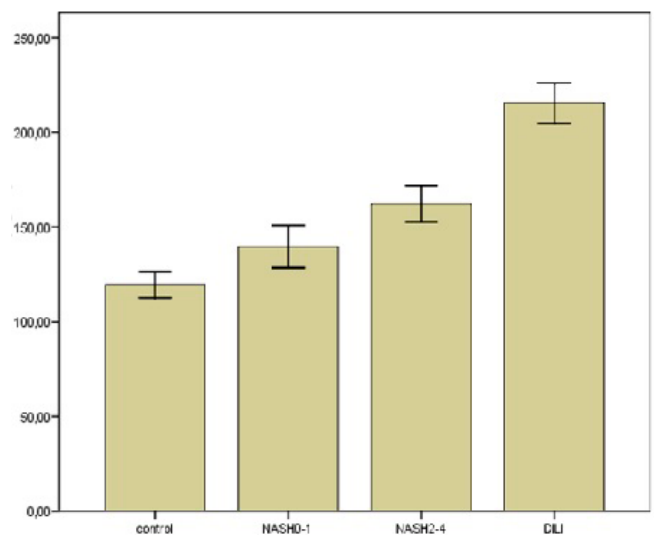


FIGURA 4
Media OPN (ng/ml).

Conclusiones

Nuestros hallazgos sugieren que solo la OPN puede ser un biomarcador potencial para diferenciar DILI de EHNA. En nuestro estudio, ccK18 y K18 no diferenciaron entre DILI y formas más graves de NASH. Sin embargo, CcK18 y K18 también podrían usarse para discriminar los casos de EHNA según el grado de fibrosis.

CO-04. INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV2 EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE ANDALUCÍA

GROS ALCALDE B¹, BENÍTEZ-CANTERO JM¹, SOTO ESCRIBANO P¹, MARÍN PEDROSA S¹, MEDINA MEDINA R¹, CAMARGO CAMERO R², ALCAÍN MARTÍNEZ G², TRIGO SALADO C³, MARTÍN RODRÍGUEZ MM⁴, KECO HUERGA A⁵, TRAPERO MARTÍNEZ AM⁶, OLMEDO MARTÍN R⁷, IGLESIAS FLORES EM¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA. MÁLAGA. ³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

⁵DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME. SEVILLA. ⁶DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. ⁷DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA. MÁLAGA.

⁸DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

⁹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

¹⁰DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

- principal:

1. Estimar la incidencia de la infección por SARS-CoV-2 entre los pacientes con EII de Andalucía.

2. Analizar la necesidad de ingreso hospitalario en pacientes con EII e infección por SARS-CoV-2 así como su evolución.

- secundarios:

1. Evaluar la necesidad de recursos sanitarios en estos pacientes (ingreso en UCI, intubación orotraqueal, estancia hospitalaria).

2. Evaluar la mortalidad de los pacientes con EII e infección COVID.

3. Identificar factores de riesgo asociados a peor evolución de la enfermedad infecciosa.

4. Evaluar si la actividad inflamatoria a nivel intestinal puede condicionar una peor evolución en estos pacientes.

Material y Métodos

Observacional, ambispectivo, multicéntrico y longitudinal. PCR-SARS-CoV-2 positiva y EII, de Andalucía.

Variables demográficas, de evolución de su EICI, de la infección COVID-19 y seguimiento posterior.

Análisis estadístico programa SPSS® software versión 20.0.

Resultados

19 pacientes, 52,6% mujeres. Edad media 50,4 (DS 11,9) años. 10,5 % tabaquismo, 42% hipertensión, 21% diabetes y 16% obesidad. 52,6% colitis ulcerosa (CU) y 47,4% enfermedad de Crohn (EC), media de 10,3 (DS 7,1) años de evolución. Enfermedad perianal 10,5% y manifestaciones extraintestinales 26,3%, todas ellas tipo articular. En el momento de la infección el 31,6% enfermedad activa y 68,4% remisión clínica. 73,7% en tratamiento con aminosalicilatos (5ASA), 52,6% inmunosupresores, 21,1% esteroides y 26,3% biológicos. Síntomas predominantes: fiebre (79%), tos (68%), astenia (63%), diarrea (58%) y cefalea (58%). Ingresaron 9 pacientes (47,4%), enfermedad respiratoria grave (77,8%) y un ingreso en UCI. No fallecidos. Todos los ingresados recibieron hidroxycloquina y 77,8% con lopinavir/ritonavir. Factores asociados con la necesidad de ingreso: hipertensión ($p=0,04$), insuficiencia cardíaca ($p=0,047$), diarrea ($p=0,009$), disnea ($p=0,003$), hipoxemia ($p=0,04$) y dolor abdominal ($p=0,018$). Se relacionó con enfermedad respiratoria infecciosa grave la obesidad ($p=0,03$) y manifestaciones extraintestinales ($p=0,02$). Niveles de PCR significativamente superiores en ingresados respecto a los pacientes que no precisaron ingreso 88,7 vs 4,7 ($p=0,017$). A todos los pacientes con tratamiento inmunosupresor, se les suspendió el mismo tras la PCR positiva.

Conclusiones

La infección SARS-CoV2 tiene un importante impacto en nuestra población con casi el 50% de los pacientes que requieren ingreso, estando relacionado con la comorbilidad del paciente (hipertensión, cardiopatía y obesidad), y no con la actividad de la EII ni con el tratamiento de base. Tan sólo la presencia de MEIs se asoció con una enfermedad respiratoria infecciosa grave. La diarrea, disnea, dolor abdominal e hipoxemia son más frecuentes en pacientes que ingresaron. Resultados limitados por pequeño tamaño muestral.

CO-05. USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN, EFICACIA, SEGURIDAD Y FACTORES PREDICTORES DE REMISIÓN

LORENZO GONZÁLEZ L¹, VÁZQUEZ MORÓN JM², LEO CARNERERO E³, SÁNCHEZ CAPILLA D⁴, PALLARÉS MANRIQUE H², VALDÉZ DELGADO T¹, CASTRO LARIA L¹, ARGÜELLES-ARIAS F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA. SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. HUELVA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La enfermedad de Crohn es un desafío a nivel terapéutico a pesar de los nuevos fármacos disponibles. Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal que actúa inhibiendo las interleucinas IL12 e IL23. Nuestro objetivo fue evaluar la efectividad y seguridad de Ustekinumab, al igual que factores predictores de remisión en la práctica diaria.

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico realizado en 5 hospitales de Andalucía. Se incluyeron pacientes con EC en tratamiento con Ustekinumab desde 2017 con una pauta de inducción iv según peso más 90 mg sc a las 8 semanas. Posteriormente, la pauta de mantenimiento fue en todos los pacientes 90 mgs sc/8 semanas. Se realizó seguimiento durante un año.

Se recogieron datos demográficos y clínicos para analizar posibles predictores de remisión como el índice de Harvey Bradshaw (IHB), CDAI, PCR y VSG basal a los 3, 6 y 12 meses. También se recogieron tratamientos previos y concomitantes, indicación de inicio de ustekinumab y reacciones adversas.

Resultados

Características de los pacientes	Número (%)	Tratamiento	Número (%)
Número de pacientes	98	Número de pacientes	98
Edad (media, años)	43.1 ± 13.2	Tratamiento previo	
Género (H/M)	51(52%) / 47 (48%)	Mesalazina	61 (62%)
IMC (media, Kg/m ²)	24.7 ± 4.2	Corticoides	89 (91%)
Hábito tabáquico		Tiopurinas (AZA/6MP)	81 (82.6%)
Ex fumador	12 (14.6%)	Metotrexato	48 (49%)
Fumador	23 (28%)	Fracaso a biológicos	
Duración EC (años)	12.1 ± 12.6	Naïve	1 (1%)
Edad al diagnóstico		Fallo a 1	42 (42.8%)
< 17 años (A1)	10 (10.3%)	Fallo a 2	36 (36.7%)
17-40 años (A2)	73 (75.3%)	Fallo a 3 o más	19 (19.4%)
> 40 años (A3)	14 (14.4%)	Motivo inicio ustekinumab	
Localización		Corticorrefractoriedad	3 (3%)
Ileal (L1)	31 (32%)	Corticoddependencia	43 (50%)
Colónica (L2)	9 (9.3%)	Intolerancia a IMM	18 (21%)
Ileocólica (L3)	51 (52.6%)	Refractoriedad a IMM	19 (22%)
TDS (L4)	6 (6.2%)	Brote Moderado	59 (62%)
Fenotipo		Brote Severo	10 (10.5%)
Inflamatorio (B1)	49 (50.4%)	Manifestaciones extraintestinales	30 (31.6%)
Estenosante (B2)	24 (24.7%)	Enfermedad perianal	12 (12.6%)
Penetrante (B3)	24 (24.7%)	Tratamiento concomitante	
Perianal (p)	34 (35.8%)	Mesalazina	21 (21.8%)
Manifestaciones extraintestinales	51 (53%)	Corticoides	27 (27.5%)
Articulares	39 (40.6%)	Tiopurinas	13 (13.9%)
Cirugía	41 (40%)	Metotrexato	2 (2.0%)
Índice Harvey-Bradshaw	8.3 ± 3.6		
CDAI; (mediana, RIC)	206 ± 56		
PCR (mg/dl)	3.45 ± 7.58		
Calprotectina fecal (mg/Kg)	789 ± 626		

TABLA 1

Características basales de los pacientes.

Se analizaron 98 pacientes (edad media de 43 años), mayoría hombres (52%). 42,8% presentaban fallo a un biológico previo y el 56% a 2 o más. Los motivos de inicio de ustekinumab fueron corticoddependencia (50%), brote moderado (62%) y manifestaciones extraintestinales (31,6%).

Tanto los índices clínicos (CDAI y Índice de Harvey-Bradshaw) como los parámetros bioquímicos (PCR y VSG) presentaron un descenso estadísticamente significativo durante el seguimiento.

A los 3 meses, el 69% de los pacientes presentaron respuesta y 40,8% remisión. A los 6 meses, el 56% estaban en remisión clínica. A los 12 meses, 73,7% en respuesta clínica y 60,5% en remisión. La remisión libre de corticoides fue del 32,4%, 44%, 47,4% a los 3, 6 y 12 meses respectivamente.

Como posibles factores predictores de remisión, en el análisis multivariante a los 3 meses se encontraron estadísticamente significativos en relación con la remisión libre de corticoides: ex fumador (p 0,041), índice Harvey Bradshaw ≤ 4 (p 0,014) y no enfermedad perianal (p 0,049). A los 6 meses se encontró el sexo femenino (p 0,017).

Durante el seguimiento aparecieron 4 eventos adversos: Herpes zoster, herpes labial, reacción infusional, trombosis de la vena mesentérica superior y de la porta (tras cirugía).

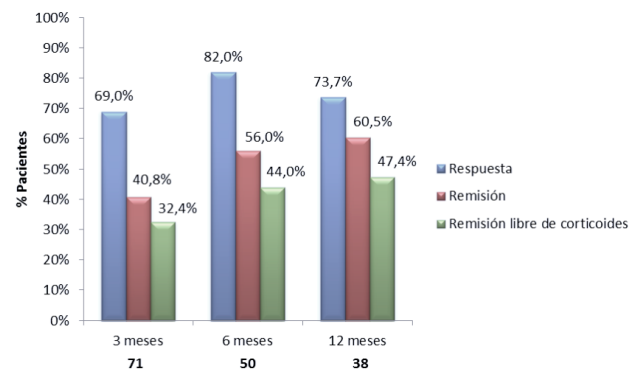


FIGURA 1

Proporción de pacientes en respuesta clínica (reducción de al menos 3 puntos en HBI en comparación con el valor basal), remisión clínica (HBI \leq 4) y remisión clínica libre de esteroides.

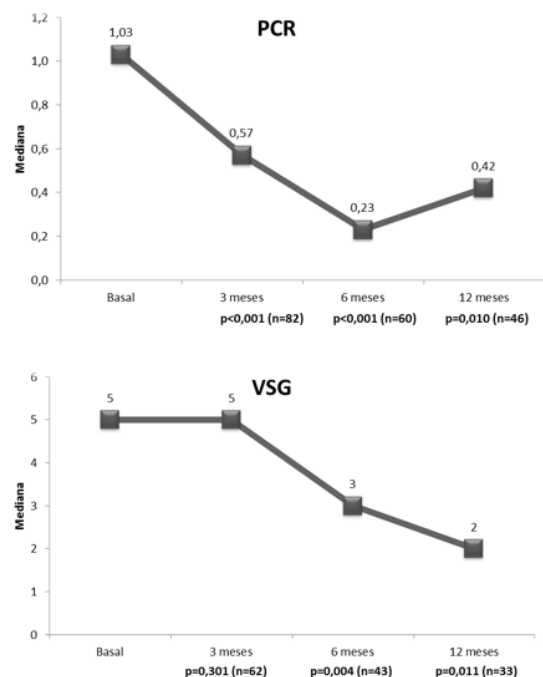


FIGURA 2

Concentración media de proteína C reactiva (PCR) y velocidad media de sedimentación globular (VSG).

Conclusiones

El tratamiento con ustekinumab en pacientes que han fracasado a otras terapias biológicas es útil y seguro para inducir respuesta clínica e incluso remisión en más del 50% de los pacientes con respuesta mantenida a largo plazo.

SESIÓN II

CO-06. ESTUDIO EN VIDA REAL SOBRE EL CRIBADO DEL HEPATOCARCINOMA Y SU IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA

FERNÁNDEZ GARCÍA F, TORO ORTIZ JP, PINAZO BANDERA JM, ALCÁNTARA BENITEZ R, ANDRADE BELLIDO RJ, GARCÍA CORTÉS M

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

Introducción

El carcinoma hepatocelular (CHC) tiene una incidencia anual en nuestro medio de 6.76/100000 habitantes, desarrollándose mayoritariamente en pacientes cirróticos. El cribado pretende un diagnóstico precoz que permita aplicar opciones terapéuticas que alarguen la supervivencia. Este estudio busca analizar características clínicas, demográficas y radiológicas al diagnóstico; el estadio tumoral, tratamiento recibido y la evolución de los pacientes diagnosticados en nuestro centro.

Material y Métodos

Estudio observacional descriptivo de CHC diagnosticados en un hospital de tercer nivel entre enero de 2012 y mayo de 2018, incluyéndose 159 pacientes. Los datos se recogieron mediante revisión de historias clínicas digitales y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.

Resultados

La mayoría de los pacientes diagnosticados de CHC fueron varones (81.8%) con una edad media de 67.63 años y cirrosis hepática en el 92.5% de los casos. El estadio funcional, método diagnóstico y etiología se recoge en las **Tablas 1-3**.

La actitud terapéutica se basó en la clasificación de Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC): Once pacientes fueron remitidos para trasplante hepático (TH), recibiendo 10 de éstos terapia puente: quimioembolización (TACE), alcoholización (IPA) o microondas (MW).

Se realizó resección hepática (RH) en 21 pacientes, MW como tratamiento inicial en 28 y TACE en 41. En 5 pacientes el tratamiento

	Total N= 159	Cribado n= 100	No cribado n= 59	p
Edad media, años	67.63	67.11	68.78	0.008
Sexo, n (%)				0.91
Mujer	29 (18.2)	18 (18)	11 (18.6)	
Hombre	130 (81.8)	82 (82)	48 (81.3)	
Comorbilidades, n (%)				
Hipertensión	80 (50.3)	50 (50)	30 (50.8)	0.91
Diabetes mellitus	54 (34)	34 (34)	20 (33.9)	0.99
Otras neoplasias				0.4
Activa	14 (8.8)	8 (8)	6 (10.1)	
En remisión	18 (17.6)	9 (9)	9 (15.2)	
VIH	6 (3.8)	6 (6)	0	0.05

TABLA 1

Características epidemiológicas y demográficas.

	Total N= 159	Cribado n= 100	No cribado n= 59	p
Cirrosis, n (%)	147 (92.5)	95 (95)	52 (88.1)	0.11
Hipertensión portal, n (%)	105 (66)	65 (65)	40 (67.8)	0.71
Child-Pugh, n (%)				< 0.05
A	87 (54.7)	69 (69)	19 (32.2)	
B	43 (27.1)	25 (25)	19 (32.2)	
C	16 (10.1)	2 (2)	14 (23.7)	
Etiología, n (%)				0.04
VHC	58 (36.5)	42 (42)	16 (27.1)	
Endógena	52 (32.7)	30 (30)	22 (37.3)	
Mixta *	15 (9.4)	13 (13)	2 (3.4)	
EHGNA	11 (6.9)	4 (4)	7 (11.8)	
VHB	9 (5.7)	6 (6)	3 (5)	
Criptogénica	3 (1.9)	2 (2)	1 (1.7)	
Hepatitis autoinmune	1 (0.6)	1 (1)	0	
Tóxica	1 (0.6)	0	1 (1.7)	
Hemocromatosis	1 (0.6)	1 (1)	0	
Estudio no completado	7 (4.6)	1	6 (10.2)	

TABLA 2

Características clínicas y etiología.

inicial fue IPA y durante el transcurso de la enfermedad, 2 que iniciaron tratamiento con MW y/o TACE fueron tratados posteriormente con IPA. Se indicó tratamiento sistémico con Sorafenib en 22 individuos (en 10 inicialmente y en 12 más durante la evolución) (**Tabla 4**).

Se halló una supervivencia global a 1, 2, 3 y 4 años del 60,3%, 47,3%, 37% y 27% respectivamente con una mediana de 22 meses (IC 95% 16,11-27,89). Analizando la supervivencia en pacientes que recibieron tratamiento no paliativo (RH, TH, MW, IPA y TACE) la mediana aumentó a 43 meses (IC 95% 20,25-45,74).