

52 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA JAÉN 2021

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

CO-01. DETECCIÓN DE LESIONES SERRADAS TRAS LA IMPLANTACIÓN DE PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBADO DE CÁNCER COLORRECTAL

NAVAJAS HERNÁNDEZ P, MUÑOZ GARCÍA-BORRUEL M, JIMÉNEZ GARCÍA VA, CAUNEDO ÁLVAREZ A

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

Introducción

Los pólipos serrados (PS) son consideradas lesiones precursoras del 15-30% de los cánceres colorrectales (CCR), así como del cáncer de intervalo. Debido a sus características y su localización más frecuente en colon proximal, evaluar su detección permite conocer la calidad de las colonoscopias de cribado.

El objetivo de nuestro estudio fue analizar la incidencia, características, tratamiento endoscópico y seguimiento de los PS diagnosticados en las colonoscopias del programa poblacional de cribado de CCR (PPCCR) en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluye todos los PS identificados tras la implantación del PPCCR en el área del Hospital Virgen Macarena (Sevilla) desde marzo 2019 a julio 2021. Se recogieron variables demográficas, variables asociadas a la colonoscopia basal y de seguimiento y características de las lesiones encontradas.

Resultados

Se identificaron 39 PS en 26 pacientes de un total de 1130 sujetos del PPCCR a los que se les detectaron más de 2400 pólipos, con edad media de $65 \pm 5,26$ años, siendo el 77% varones. El 54% (14 pacientes) tenía sobrepeso, el 31% eran fumadores y un 65% consumían alcohol. Todas las colonoscopias cumplieron con los

criterios de calidad establecidos y bajo sedación superficial. La preparación Boston fue adecuada (Boston ≥ 6) en el 84,6%. De las lesiones serradas encontradas, el 92,3% fue subtipo adenoma sésil serrado y el 7,7% adenoma tradicional serrado. El tamaño medio fue de $9,58 \pm 5,61$ mm, con morfología sésil 0-Is en el 73,1%. El 15,4% albergaban displasia. Se resecaron mediante polipectomía convencional 7 pólipos, 27 mediante REM en bloque y 5 REM fragmentada. No hubo complicaciones asociadas a la resección. En la colonoscopia basal se identificaron además 62 adenomas convencionales (34,6% adenomas avanzados y 54,8% no avanzados) y 22 pólipos hiperplásicos. En el seguimiento endoscópico, no se hallaron lesiones residuales ni recidiva.

Conclusiones

La prevalencia estimada de PS en el PPCCR es de un 1,6%, comparable a la descrita en la literatura (0,5-8,1%). La vía de carcinogénesis de los PS en el desarrollo de CCR sugiere la posibilidad de incluir su detección como criterio de calidad en las colonoscopias de cribado.

CO-02. ESTUDIO COMPARATIVO DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA NO VARICOSA NO ULCEROSA FRENTE A ULCEROSA Y RENDIMIENTO DE LAS ESCALAS PRONÓSTICAS

HERRADOR PAREDES M, LÓPEZ TOBARUELA JM, ORTEGA SUAZO EJ, REDONDO CEREZO E, JIMÉNEZ ROSALES R

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

Introducción

Nuestro objetivo en este trabajo ha sido comparar la evolución de la hemorragia digestiva alta ulcerosa (HDAU) versus la hemorragia digestiva alta no ulcerosa (HDANU) y evaluar el rendimiento de las escalas de riesgo en la HDANU.

Material y Métodos

Estudio prospectivo que recoge a pacientes con HDA sometidos a endoscopia del Hospital Universitario Virgen de las Nieves desde 2013 a 2019. Se excluyó la HDA varicosa y se clasificó a los pacientes en HDU (úlceras esofágica, gástrica o duodenal) o HDNU (neoplasia, desgarro de Mallory-Weiss, lesión vascular, erosiones). Se recogieron datos clínicos, analíticos, de procedimientos realizados y de complicaciones intrahospitalarias y tardías (6 meses). Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial. Las escalas de riesgo se analizaron utilizando la curva ROC.

Resultados

Se incluyeron a 340 pacientes en el grupo HDAU y a 235 en el grupo HDANU. Hubo diferencias significativas en edad >65, sexo, ASA, historia de cirrosis hepática, presentación con hematemesis, síncope, niveles de hemoglobina, escala Rockall, necesidad de tratamiento endoscópico, quirúrgico o radiología intervencionista, transfusiones de sangre, estancia en el hospital, mortalidad intrahospitalaria, eventos hemorrágicos tardíos y mortalidad tardía (Tabla 2). En otras variables no hubo diferencias significativas. La escala MAP(ASH) fue mejor en predecir necesidad de intervención y mortalidad hospitalaria comparado con las escalas AIMS65, GB y Rockall (Figuras 1 y 2). A pesar de ser pacientes mayores, con ASA y escala Rockall más alto, los pacientes con HDANU tuvieron mejor pronóstico y resultados que los pacientes con HDAU

| Risk factor | Value |
|--|-------|
| M: Altered mental status (Glasgow <15) | 1 |
| A: ASA score > 2 | 1 |
| P: Pulse > 100 | 1 |
| A: Albumin < 2.5 | 2 |
| S: SBP < 90 | 2 |
| H: Hemoglobin | 2 |

TABLA 1

Escala MAP(ASH).

| | HDA U | HDA NU | p |
|--------------------------------|-------|--------|-------|
| Edad >65 | 52.9% | 64.3% | 0.007 |
| Género (H) | 39.1% | 28.5% | 0.009 |
| ASA score | 2.54 | 2.59 | 0.038 |
| Cirrosis | 7.1% | 13.6% | 0.009 |
| Hematemesis | 36.8% | 50.6% | 0.003 |
| Síncope | 16% | 8.1% | 0.006 |
| Hb al ingreso | 9.24 | 9.74 | 0.031 |
| Rockall score | 4.29 | 4.70 | 0.037 |
| Terapia endoscópica | 37.6% | 29.4% | 0.04 |
| Necesidad de rx/cx | 5.9% | 2.6% | 0.04 |
| Transfusiones | 2.88 | 2.55 | 0.043 |
| Estancia hospitalaria | 9.20 | 6.93 | 0.021 |
| Mortalidad hospitalaria | 8.5% | 6.4% | 0.04 |
| Eventos hemorrágicos diferidos | 18.8% | 26.4% | 0.031 |
| Mortalidad diferida | 6.7% | 10.6% | 0.035 |

TABLA 2

Datos con diferencias significativas entre HDAU y HDANU.

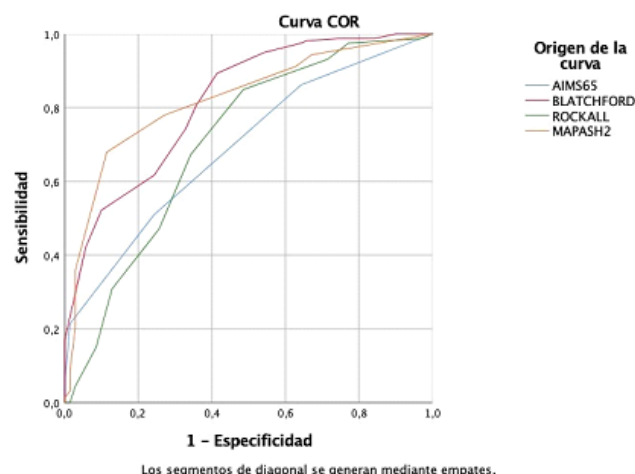


FIGURA 1

Curva ROC.

| Variables de resultado de prueba | Área bajo la curva | | | | |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|--|------|
| | Área | Desv. Error ^a | Significación asintótica ^b | 95% de intervalo de confianza asintótico | |
| AIMS65 | ,691 | ,036 | ,000 | ,620 | ,762 |
| BLATCHFORD | ,816 | ,030 | ,000 | ,757 | ,875 |
| ROCKALL | ,706 | ,040 | ,000 | ,628 | ,784 |
| MAPASH2 | ,823 | ,029 | ,000 | ,766 | ,880 |

Las variables de resultado de prueba: AIMS65, BLATCHFORD, ROCKALL, MAPASH2 tienen, como mínimo, un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Las estadísticas podrían estar sesgadas.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

FIGURA 2

Curva ROC.

Conclusiones

Los pacientes con HDANU tienen menos necesidad de hemostasia endoscópica, cirugía o radiología intervencionista; sin embargo, tienen una tasa similar de sangrado activo en endoscopia y resangrado. Esto puede ser explicado porque el manejo de úlceras ha sido ampliamente estudiado y aceptado, mientras que el origen NU sigue un curso más benigno y menos agresivo. La escala MAP(ASH) tiene el mejor rendimiento en la predicción de intervención y mortalidad en pacientes con HDNU.

CO-03. IMPACTO DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL CON TENOFOVIR PARA LA HEPATITIS CRÓNICA B EN LA INCIDENCIA DE INFECCIÓN SARS-COV-2 Y COVID-19. ESTUDIO MULTICÉNTRICO COVHB.

TORRES-DOMÍNGUEZ A¹, OLALLA-SIERRA J², AMPUERO-HERROJO J³, GARCÍA-GARCÍA AM⁴, CASTRO-RODRÍGUEZ J⁵, CORDERO-RUIZ P⁶, SANTAELLA-LEIVA I⁷, ESTÉVEZ-ESCOBAR M⁸, CASADO-MARTÍN M⁹, BLANCO-RODRÍGUEZ MJ¹⁰, SOUSA-DOMÍNGUEZ FL¹¹, LARA-ROMERO C¹², LÓPEZ-GARRIDO MA¹³, GÓMEZ-PÉREZ A⁵, AMADO-VILLANUEVA PP⁹, TORRES E¹⁴, RUÍZ-ESCOLANO E¹¹, GONZÁLEZ-SÁNCHEZ M¹³, NOGUERAS-LÓPEZ F¹³, GILA-MEDINA A¹³, GONZÁLEZ-BÁRCENAS M¹⁵, ROMERO-GÓMEZ M³, ROSALES-ZÁBAL JM¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²DEPARTAMENTO MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁵DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ⁶DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ⁷DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ⁸DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. ⁹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ¹⁰DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. ¹¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. ¹²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. ¹³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ¹⁴DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. ¹⁵DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE VILADECANS, VILADECANS.

Introducción

Analizar el potencial impacto que el tratamiento antiviral frente al VHB ha podido tener en la incidencia de infección por SARS-CoV-2 y las hospitalizaciones relacionadas con la COVID-19 durante la primera ola de la pandemia en España.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo mediante encuesta en REDCap a hepatólogos de 13 centros hospitalarios españoles. Se incluyeron pacientes con infección crónica VHB (HCB) en tratamiento antiviral, entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2020 (primera ola en España), analizando el tipo de tratamiento, fase de infección VHB, presencia de infección por SARS-CoV-2 (por PCR o sospecha clínica), hospitalizaciones relacionadas con COVID-19, incluyendo estancias en cuidados intensivos (UCI) y muertes relacionadas. Se comparó la incidencia de eventos COVID con la población general de Andalucía y de España para ese periodo. Se calculó la densidad de incidencia de eventos COVID-19 entre la cohorte en tratamiento con TDF y el resto de la cohorte con otros tratamientos y la razón de tasas.

Resultados

2360 pacientes con HCB estaban en tratamiento antiviral activo, 1374 (58,2%) con tenofovir (TDF), 946 (40%) entecavir (ETV), 39 (1,65%) otros antivirales y 1 (0,04%) interferón. El 53% de los pacientes (1249) se encontraban en fase 4 (hepatitis crónica HBeAg negativo). 11 pacientes (0,46%) fueron diagnosticados de infección por SARS-CoV-2, de ellos 7 (63,6%) por PCR y 4 (36,4%) por diagnóstico clínico. 5 pacientes (0,21%) precisaron ingreso

hospitalario, de los que 2 (40%) estaban con TDF, 1 (20%) con ETV, y en 2 no se especificaba (40%); ninguno ingresó en UCI. Fallecieron 2 pacientes ingresados (40%), uno en tratamiento con TDF y otro con ETV (Tabla 1). No hubo diferencias significativas entre la proporción de pacientes HCB diagnosticados con COVID respecto a los registros de población general de Andalucía y España, aunque sí en la tasa de ingresos en UCI (Tabla 2). La tasa de incidencia COVID en la cohorte tratada con TDF (2/1374) fue de 0,14 por cada 100 pacientes, y en la cohorte con otros tratamientos (9/986) fue de 0,91 por cada 100 pacientes. Razón de tasas 6,27 (IC95%: 1,29 – 59,6).

| Pacientes COVID-19 | Diagnóstico | Tratamiento | Fase de HCB | Hospitalizaciones por COVID-19 | Éxitos por COVID-19 |
|--------------------|-------------|-----------------|-------------|--------------------------------|---------------------|
| 1 | Clinico | ETV | 4 | No | No |
| 2 | Clinico | TDF | 4 | No | No |
| 3 | Clinico | ETV | 4 | No | No |
| 4 | PCR | TDF | 4 | Si | No |
| 5 | Clinico | TDF | 4 | No | No |
| 6 | PCR | ETV | 4 | Si | Si |
| 7 | PCR | TDF | 5 | Si | Si |
| 8 | PCR | No especificado | 3 | Si | No |
| 9 | PCR | No especificado | 3 | Si | No |
| 10 | PCR | ETV | 2 | No | No |
| 11 | PCR | 3TC | 4 | No | No |

ETV: entecavir. TDF: tenofovir disoproxil fumarate. 3TC: lamivudina.

TABLA 1

Resumen de pacientes con COVID-19 e infección crónica VHB.

| | Total (N) | confirmados por PCR | ingresos hospitalarios | ingresos en UCI | éxitos |
|---------------|-----------|---------------------|------------------------|--------------------|------------------|
| Estudio COVHB | 2348 | 7 (0.3%) | 5 (0.2%) | 0 (0.0%) * | 2 (0.08%) |
| Andalucía | 8476718† | 12679 (0.15%) | 6263 (0.07%) | 772 (0.01%) * | 1404 (0.02%) |
| España | 47329981† | 239638 (0.5%) | 123879 (0.26%) | 11399 (0.02%) * | 27127 (0.06%) |

Los datos con (*) indican una diferencia significativa ($p < 0,001$) en la prueba comparativa entre la población de VHB del estudio COVHB y la población de VHB registrada a nivel regional o nacional.

† Número de habitantes en 2020, según datos del Instituto Nacional de Estadística de España (accesible en https://www.ine.es/prensa/cp_e2020_p.pdf)

TABLA 2

Datos registrados de COVID-19 (presentados como número de pacientes y porcentaje) para pacientes con HCB en el estudio COVHB, Andalucía y España para el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de mayo de 2020.

Conclusiones

El porcentaje de pacientes con infección crónica VHB en tratamiento antiviral que ha presentado infección por SARS-CoV-2 durante la primera ola española, no difiere de la población general andaluza ni española. Los pacientes con HCB que recibían un tratamiento diferente al TDF, tenían casi 6,3 veces más riesgo de infectarse, por lo que serían necesarios más estudios para confirmar ese efecto.

CO-04. EFECTIVIDAD, SUPERVIVENCIA Y SEGURIDAD DE LOS AGENTES ANTI-TNF EN COMPARACIÓN CON EL CAMBIO DE DIANA TERAPÉUTICA COMO SEGUNDA LÍNEA TRAS EL FRACASO A UN PRIMER ANTI-TNF EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. ESTUDIO CAMBIACROHN.

VÁZQUEZ MORÓN JM¹, MARTÍN RODRÍGUEZ MDM², OLMEDO MARTÍN R³, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A⁴, NÚÑEZ ORTIZ A⁵, RUEDA SÁNCHEZ J⁶, DEL PINO BELLIDO MDP⁷, CABALLERO MATEOS A⁸, IGLESIAS FLORES E⁹, VIEJO ALMANZOR A¹⁰, RODRÍGUEZ MONCADA R⁹, GOMÉZ DELGADO E¹, ROSA SÁNCHEZ C², LÁZARO SÁEZ M⁴, LEO CARNERERO E⁵, CASTRO FERNÁNDEZ M⁶, LORENZO GONZÁLEZ L⁷, ARGÜELLES ARIAS F⁷, PALLARÉS MANRIQUE H¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ³SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ⁵SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL SANTA ANA DE MOTRIL, MOTRIL. ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ¹⁰SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Después del fracaso de un primer anti-TNF en la enfermedad de Crohn (EC), un segundo anti-TNF muestra elevadas tasas de fracaso y discontinuación. El objetivo era evaluar la efectividad, durabilidad y seguridad de los agentes anti-TNF en comparación con Ustekinumab y Vedolizumab como tratamiento de segunda línea.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo y multicéntrico que incluyó pacientes con EC activa que habían fallado a un primer anti-TNF e iniciaron un biológico de segunda línea.

Resultados

Participaron 249 pacientes; Iniciaron segundo anti-TNF 129 pacientes (57 Infliximab y 72 Adalimumab) y otro biológico 120 pacientes (97 Ustekinumab y 23 Vedolizumab). En la semana 14, el 74,7% de los pacientes presentaban respuesta clínica (71,3% segundo anti-TNF vs 78,3% otro biológico, $p=0,283$) y el 45,8% estaban en remisión clínica (46,5% segundo anti-TNF vs 45% otro biológico, $p=0,824$). En la semana 52, el 77,1% de los pacientes presentaban respuesta clínica (65,9% segundo anti-TNF vs 89,2% otro biológico, $p<0,001$) y remisión clínica el 46,6% (39,5% segundo

anti-TNF vs 54,2% otro biológico, $p = 0,029$). En la semana 52, el 22,9% de los pacientes habían suspendido el biológico de segunda línea (34,1% segundo anti-TNF vs 10,8% otro biológico, $p < 0,05$; IFX 26,3%, ADA 40,3%, UST 10,3%, VDZ 13%; $p<0,05$). El segundo anti-TNF se suspendió en 81/129 pacientes (62,8%) después de una mediana de seguimiento de 21 meses. Mientras que 24/120 pacientes (20%) interrumpieron ustekinumab o vedolizumab después de una mediana de seguimiento de 40 meses ($p<0,001$). La tasa de suspensión por paciente-año de seguimiento fue del 20,9% para anti-TNF y 6,7% para ustekinumab o vedolizumab. Las tasas de interrupción durante el seguimiento fueron 68,4% IFX, 58,3% ADA, 39,1% VDZ y 15,5% UST ($p<0,001$). Se notificaron eventos adversos en 31/249 pacientes (12%), 25/31 con anti-TNF y 6/31 con otro biológico (5 vs 0 reacciones infusionales, 5 vs 1 infecciones, 10 vs 2 lesiones cutáneas, 2 vs 1 artralgias y 3 vs 2 otro evento).

Conclusiones

En nuestra práctica clínica, el inicio de un segundo biológico muestra efectividad a corto plazo independientemente del fármaco utilizado. A medio plazo el cambio a un mecanismo de acción diferente (ustekinumab o vedolizumab) induce mayores tasas de respuesta y remisión clínica. A largo plazo un anti-TNF de segunda línea se asoció con menor supervivencia en comparación con el cambio a una diana terapéutica diferente. Se observaron tasas más bajas de suspensión con el cambio a otra diana, especialmente con ustekinumab, con un mejor perfil de seguridad.

CO-05. ¿ES POSIBLE IDENTIFICAR LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA Y EL GRADO DE FIBROSIS ASOCIADO MEDIANTE MÉTODOS NO INVASIVOS EN PACIENTES CON MAFLD?

LÓPEZ GONZÁLEZ J, CASADO MARTÍN M, CAMPOS SERRANO N, JORDÁN MADRID T, VEGA SÁENZ JL

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

Analizar la presencia de esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) y EHNA con fibrosis avanzada (FA), en pacientes con enfermedad del hígado graso asociada al metabolismo (MAFLD) y rigidez hepática (RH) elevada, así como identificar los posibles factores asociados a la existencia de FA.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, incluye la totalidad de pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de MAFLD atendidos en nuestra consulta desde enero de 2019, con RH mayor de 8 kPa mediante elastografía transicional (ET). Una vez identificados los pacientes procedimos a evaluar la presencia de EHNA y el grado de fibrosis mediante biopsia hepática.

Hemos registrado variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, elastográficas e histológicas.

Hemos definido fibrosis avanzada(FA) como la presencia de fibrosis grado 3 o 4, y Fibrosis leve(FL) como la presencia de Fibrosis grado 1, 2 o ausencia en el análisis histológico.

Resultados

El estudio incluyó 40 pacientes, cuyas características se describe en la **tabla 1**.

| VARIABLES | | RESULTADO N=40 |
|------------------------|-----------|-------------------|
| EDAD | | 59.78 ±8.5 |
| SEXO (%) | HOMBRE | 20 (50%) |
| | MUJER | 20 (50%) |
| HTA (%) | | 30 (75%) |
| DISLIPEMIA (%) | | 25 (62.5%) |
| DIABETES (%) | | 27 (67.5%) |
| OBESIDAD (%) | | 40 (100%) |
| GOT | | 47.4 ± 28.2 U/L |
| GPT | | 56.1 ± 33.5 U/L |
| GGT | | 115.6 ± 88 U/L |
| HB GLICOSILADA | | 6.5 ± 1.27 % |
| COLESTEROL | | 202 ± 33.4 MG/DL |
| TRIGLICERIDOS | | 190.4 ± 95 MG/DL |
| FIBROSIS AVANZADA (%) | | 14 (35%) |
| RIGIDEZ HEPÁTICA (KPA) | | 12.1 ± 5.8 KPA |
| CAP (N=23) | | 334.4 ± 32.4 |
| FIB-4 (%) | <1.33 | 13 (32.5%) |
| | 1.33-2.66 | 22 (55%) |
| | >2.66 | 5 (12.5%) |
| FIB-4 | | 1.8 ± 1.04 |
| APRI (%) | <0.5 | 18 (45%) |
| | 0.5-1.5 | 19 (47.5%) |
| | >1.5 | 3 (7.5%) |
| APRI | | 0.66 ± 0.49 |

TABLA I

Características principales de los pacientes incluidos en el estudio.

El estudio histológico demostró EHNA en 36 pacientes (90%), 14 pacientes tenían FA (35%), y dos un grado de fibrosis F4.

Los pacientes con EHNA y FA, presentaban cifras de GGT significativamente más altas (161,86 ± 115 vs 90,6 ± 56, p=0,04) que los pacientes con FL. La RH fue significativamente mayor en los pacientes con EHNA y FA que en los pacientes con FL (15,9 ± 8,6 vs 10 ± 1,48, p=0,02). Un 42% de los pacientes con FL mostró un

APRI > 1.5. Por otra parte, un 50% de los pacientes con FA tenían un APRI > 0.5 y, de ellos, la mitad mayor de 1,5 (p=0,026). Todos los pacientes con APRI > 1 y RH > 12,1 kPa presentaban FA, y tan solo un 29% de los pacientes que no cumplían ambos criterios la presentaban (p=0,037). Por otra parte, todos los pacientes con APRI > 1,5 y GGT > 115,6 U/L presentaban FA, frente a un 29% de los pacientes que no cumplían ambos criterios analíticos (p=0,037).

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. COLANGIOSCOPIA ENDOSCÓPICA: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

MARTINEZ BURGOS M, ANGULO MCGRATH I, MARIN GARCIA D, VAZQUEZ PEDREÑO L, JIMENEZ PEREZ M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Describir nuestra experiencia en la técnica de SPYGLAS.

Material y Métodos

Estudio unicéntrico, retrospectivo, observacional, que incluyó los pacientes a los que se les realizó una colangiografía endoscópica (Spyglas) en nuestro centro entre los años 2019 y 2021. Se recogió el sexo y la edad de los pacientes, la indicación (diagnóstica o terapéutica), la duración del procedimiento y la aparición de complicaciones o eventos posteriores.

Resultados

Se reclutaron un total de 8 pacientes. 7 (87.5%) varones y 1 (12,5%) mujer. La edad media de los pacientes fue 63 (IQR 54-72). En 3 pacientes la indicación fue la de coledocolitiasis > 20 mm no extraíble por técnicas habituales, exploraciones en las cuales se realizó esfinteroplastia previa y terapéutica con autolith, siendo la duración media del procedimiento de 75 min. En 3 pacientes la indicación fue diagnóstica, por sospecha de patología tumoral no confirmable por otras técnicas (imagen, biopsias y citología). En 2 pacientes la indicación fue diagnóstica por sospecha de estenosis de anastomosis biliar (pacientes trasplantados hepáticos). En los procedimientos diagnósticos el tiempo medio de procedimiento fue de 52 minutos. No se detectaron efectos adversos relacionados con el procedimiento. De los pacientes incluidos, solo 1 ha requerido nuevo ingreso hospitalario por clínica similar.