

FIGURA 2
Duración del tratamiento

SESIÓN III

CO-11. MONITORIZACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA DIETA SIN GLUTEN MEDIANTE LA DETERMINACIÓN DE PÉPTIDOS INMUNOGÉNICOS DEL GLUTEN (GIP) EN ORINA: CONCORDANCIA CON LA LESIÓN MUCOSA DUODENAL EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CELIACA.

GARZON BENAVIDES M¹, RUIZ CARNICER A², GARCIA FERNANDEZ F¹, BOZADA GARCÍA JM¹, ARGÜELLES ARIAS F³, ROMERO GOMEZ M¹, SOUSA MARTIN C⁴, PIZARRO MORENO A¹

¹DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

²DEPARTAMENTO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. FACULTAD DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

³DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

⁴LABORATORIO MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA. FACULTAD DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

Introducción

Analizar la efectividad de la determinación de GIP en orina para monitorizar la adherencia a la DSG de los pacientes celíacos y demostrar su concordancia con el grado de lesión histológica.

Material y Métodos

Estudio prospectivo cuasiexperimental de evaluación de efectividad de una prueba diagnóstica. Se incluyeron celíacos mayores de 14 años a DSG durante al menos 24 meses de los Hospitales Virgen del Rocío y Macarena. Se recogieron datos clínicos, serológicos, de adherencia a la dieta según cuestionario validado CDAT y

determinación de GIP en orina (primera orina de la mañana de sábado, domingo y día de la visita) a la inclusión, 3, 6 y 12 meses. Se realizó biopsia duodenal a la inclusión y a los 12 meses. La determinación de GIP se realizó con Glutentox sticks (Biomedal®, Sevilla, España).

Resultados

Desde noviembre 2016 hasta enero 2020 se incluyeron 94 pacientes, mediana de edad 36,5 años (RIC: 20,7-48,2). 64,9% mujeres. A la inclusión el 25,8% (24/93) eran Marsh II-III, 24,5% estaban sintomáticos, 9,6% (9/94) con serología positiva y sólo 2,2% (2/89) no adherentes según cuestionario CDAT. El 52,1% (49/94) eran GIP+. Al final del seguimiento el 12,7% (8/63) eran Marsh II-III, el 27,4% mantenían síntomas, 8,2% serología positiva, 5,3% no adherentes según cuestionario CDAT. Se detectó GIP en orina en el 30,2% (19/63) (Figura 1). No hubo variación en las determinaciones de serología independientemente de la evolución histológica. Hubo mayor porcentaje de pacientes con GIP + en los que persistían con lesión histológica, sin variaciones significativas a lo largo del seguimiento, a diferencia de los pacientes con estabilidad Marsh 0-I (Figura 2). En los pacientes con Marsh II-III a los 12 meses, el porcentaje de detección de GIP en orina fue 37,5% (RIC:20,4%-61,3%), significativamente superior a los pacientes

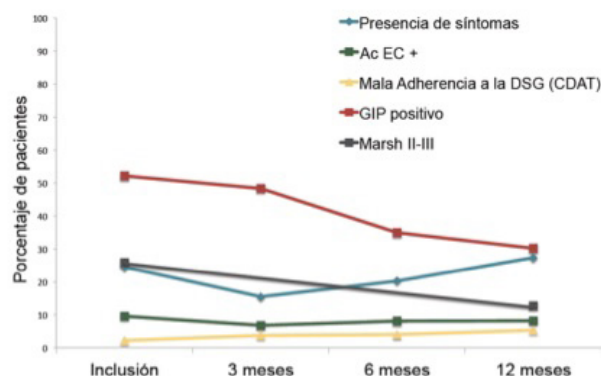


FIGURA 1

Porcentaje de pacientes celiacos a DSG durante al menos 24 meses con persistencia de síntomas, presencia de anticuerpos de EC, detección de GIP en orina, mala adherencia por cuestionario CDAT y lesión histológica avanzada (Marsh II-III) en el momento de la inclusión y en la revisión a 3, 6 y 12 meses.

Marsh 0-I, 16,6% (RIC:0%-25%) ($p < 0,05$) (Figura 3). Se comparó cada una de las herramientas de monitorización de adherencia a la DSG con la lesión histológica a los 12 meses. La sensibilidad de la determinación de GIP fue significativamente superior a la serología (75 vs. 25; $p < 0,05$). El VPN de la determinación de GIP fue 95,5, superior al resto de herramientas (Tabla 1).

CONCORDANCIA ENTRE LA SEROLOGÍA Y LA DETERMINACIÓN DE GIP CON LA EVOLUCIÓN HISTOLÓGICA

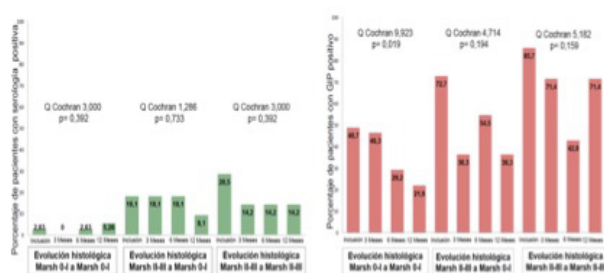


FIGURA 2

Porcentaje de pacientes celiacos a DSG durante al menos 24 meses con anticuerpos de EC + y GIP + en cada una de las visitas según evolución histológica desde la inclusión a la revisión de los 12 meses: estabilidad y ausencia de lesión histológica, mejoría histológica o persistencia de atrofia.

CONCORDANCIA ENTRE LA SEROLOGÍA Y LA DETERMINACIÓN DE GIP CON LA EVOLUCIÓN HISTOLÓGICA

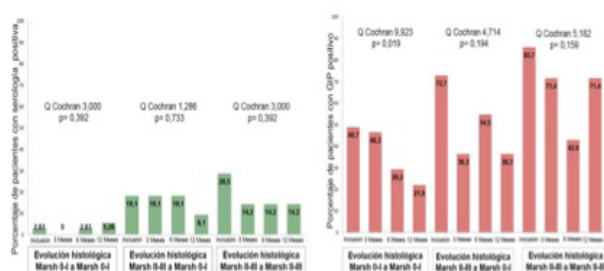


FIGURA 3

Concordancia entre el porcentaje de detección de GIP en orina (total de orinas con GIP positivo/total de determinaciones de orina por paciente en todas las visitas), y el grado de lesión histológica a los 12 meses de seguimiento.

Método control DSG	Sensibilidad % (IC 95%)	Especificidad % (IC 95%)	VPP % (IC 95%)	VPN % (IC 95%)	RPP (IC 95%)	RPN (IC 95%)
GIP	75 (40,9-92,9)	76,4 (63,7-85,6)	31,6 (15,4-54)	95,5 (84,9-98,7)	3,17 (1,71-5,90)	0,33 (0,1-1,12)
Ac EC	25 (7,1-59,1)	94,3 (84,6-98,1)	40 (11,8-76,9)	89,3 (78,5-95)	4,42 (0,87-22,49)	0,8 (0,5-1,25)
CLINICA	57,1 (25-84,2)	76,4 (63,7-85,6)	16,7 (9,6-47,3)	93,3 (82,1-97,7)	2,46 (1,15-5,47)	0,56 (0,23-1,37)
CDAT	ND	97,6	ND	85,1	ND	ND

TABLA 1

Concordancia entre el porcentaje de detección de GIP en orina (total de orinas con GIP positivo/total de determinaciones de orina por paciente en todas las visitas), y el grado de lesión histológica a los 12 meses de seguimiento.

Conclusiones

La ecoendoscopia±PAAF es una técnica segura y presenta un rendimiento diagnóstico adecuado en lesiones LSE de pequeño tamaño, sin embargo el bajo tamaño muestral limita los resultados.

CO-12. RELEVANCIA CLÍNICA DE LA OBSTRUCCIÓN AL FLUJO DE SALIDA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA

LIBRERO JIMÉNEZ M, FERNÁNDEZ CANO MC, ROSA SÁNCHEZ C, RODRÍGUEZ SICILIA MJ, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

Con el objetivo de minimizar tratamientos innecesarios y optimizar los resultados, la última Clasificación Chicago v 4.0 recomienda incluir bajo el diagnóstico definitivo de EGJO (Obstrucción al Flujo de Salida de la Unión Esofagogástrica) exclusivamente a aquellos pacientes que tienen síntomas clínicamente relevantes (incluyendo disfagia y dolor torácico no cardíaco) junto al diagnóstico manométrico de EGJO y un esofagograma baritado (o un FLIP) alterado. Por ello con este estudio nuestro objetivo fue correlacionar en una muestra de pacientes de nuestro centro la presencia de síntomas compatibles con el diagnóstico manométrico de EGJO.

Material y Métodos

Presentamos un estudio observacional prospectivo de todos los pacientes a los que se le realizó manometría de alta resolución (MAR) en el Hospital Virgen de las Nieves desde su implantación (Octubre 2018 a Febrero 2021). Se reclutó de manera consecutiva un total de 540 pacientes, de los cuales únicamente 147 cumplieron los criterios de diagnóstico manométrico de EGJO, 43 hombres y 104 mujeres, con una edad media de $54 \pm DS 14.7$ años. Se comparó entre ambos grupos (presencia vs ausencia de EGJO manométrico) la presencia de los síntomas considerados significativos (disfagia y dolor torácico), elaborando para ello tablas de contingencia y llevándose a cabo el test de contraste de hipótesis mediante Chi cuadrado.

Resultados

De los 147 pacientes que cumplían los criterios diagnósticos manométricos para EGJO, 25 tenían además clínica de disfagia y tan solo 4 tenían clínica de dolor torácico. Por lo tanto, del total de nuestra muestra (N = 540), únicamente cumplieron tanto criterios manométricos como clínicos un total de 29 pacientes.

Conclusiones

El análisis de nuestra población pone de manifiesto el valor fundamental que han añadido los nuevos criterios diagnósticos de EGJO en la Clasificación Chicago v 4.0, en la medida en que permiten identificar de forma más precisa aquellos pacientes en los

que el diagnóstico manométrico de EGJOO tiene una significación clínica y, por lo tanto, podrían beneficiarse de medidas terapéuticas específicas. La principal limitación de nuestro estudio es que no se llevó a cabo un esofagograma baritado a todos los pacientes, por lo que la nueva definición incluida en dicha clasificación no estaría al completo en nuestra muestra.

CO-13. EXPERIENCIA EN LA PROFILAXIS DE RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN ENFERMEDAD DE CROHN CON USTEKINUMAB

CALVO BERNAL MDM¹, LÁZARO SÁEZ M¹, TENDERO PEINADO C², MARTÍN RODRÍGUEZ MDM², VIDAL VILCHEZ B³, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

La recurrencia postquirúrgica (RPQ) es un hecho en la historia natural de los pacientes intervenidos por enfermedad de Crohn (EC). Al primer año de la cirugía la probabilidad de recurrencia es alrededor del 20%, mientras que al quinto año ésta aumenta hasta el 40%. Por ello, es fundamental instaurar un tratamiento profiláctico que retrase su aparición.

Este estudio analiza la eficacia del ustekinumab como profilaxis para la RPQ en la EC.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo en el que incluimos 24 pacientes, 9 del Hospital Torrecárdenas (Almería), 14 de Virgen de las Nieves (Granada) y 1 de Clínico San Cecilio (Granada), con EC intervenidos de forma curativa en los últimos 4 años que han recibido profilaxis de la RPQ con ustekinumab. Se registraron variables epidemiológicas, clínicas, farmacológicas, analíticas y dependientes de la cirugía.

Resultados

La edad media fue 43 años, siendo el 67% mujeres, con una media de 14 años de evolución de la enfermedad. El 42% asociaban manifestaciones extraintestinales y el 33% enfermedad perianal. El 42% presentaba un patrón ileal y estenosante y el 46%, ileocólica y fistulizante. La mayor parte (63%) solo se habían intervenido en una ocasión y la vía más frecuente fue por laparotomía.

Ninguno de los pacientes era naïve a biológicos. 17 (71%) había recibido previamente azatioprina, 13 (54%) infliximab, 24 (100%) adalimumab, 13 (54%) 2 antiTNF, 17 (71%) 1 o más antiTNF con azatioprina, 2 (8%) antiTNF con vedolizumab, 2 (8%) vedolizumab.

El 75% recibió dosis de inducción con ustekinumab para la profilaxis. La periodicidad de administración del tratamiento con ustekinumab

Características de los pacientes en tratamiento profiláctico para la recurrencia con ustekinumab		
	Pacientes incluidos (n=24)	Pacientes que presentaron recurrencia (n=9)
Edad media	43	44
Sexo (Mujer/varón)	16/8	7/2
Fumador	3	2
Manifestaciones extraintestinales	8	4
Enfermedad perianal	8	2
Tiempo de enfermedad (años)	14	14
Patrón predominante	Estenosante/fistulizante	Estenosante
Localización predominante	Ileal/ileocólica	Ileal
2 o más cirugías previas	9	4
Abordaje por laparotomía	20	8
Ileostomía	4	1
Resección intestinal <50cm	19	5
Necesidad de reintervención por complicaciones	3	1
Inducción con ustekinumab para la profilaxis	18	6
Posología de ustekinumab más frecuente	Cada 8 semanas	Cada 8 semanas
Tratamiento previo con infliximab	13	4
Tratamiento previo con adalimumab	24	9
Tratamiento previo con 2 anti-TNF	13	4
Tratamiento previo con anti-TNF y azatioprina	17	6
Tratamiento previo con vedolizumab	2	
Tratamiento previo con azatioprina	17	6
Tiempo medio en tratamiento para la profilaxis (meses)	23	26

TABLA 1

Características descriptivas de los pacientes en tratamiento profiláctico con ustekinumab en comparación con aquellos que presentaron recurrencia postquirúrgica.

Pacientes con recurrencia	Recurrencia endoscópica (Índice de Rutgeerts)	Recurrencia en entero-RMN	Recurrencia en ecografía	Recurrencia clínica
1		X		X
2	X (1)			
3		X	X	X
4	X (2a)			X
5		X		X
6				
7		X	X	
8		X		X
9	X (13)	X	X	X

TABLA 2

Forma de presentación de la recurrencia postquirúrgica en los pacientes de este estudio.

Porcentaje de pacientes en profilaxis con ustekinumab que han presentado RPQ

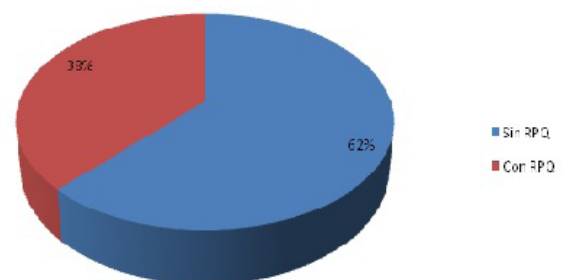


FIGURA 1

Porcentaje de pacientes en tratamiento profiláctico con ustekinumab que presentaron recurrencia postquirúrgica.

fue cada 8 semanas en el 79% de los pacientes. La duración media del tratamiento fue de 23 meses.

9 (38%) pacientes han presentado RPQ, 3 de ellos identificada mediante ileocolonoscopía y 6 morfológica. En todos los pacientes que han presentado RPQ se ha optimizado el tratamiento encontrándose actualmente 7 en tratamiento con ustekinumab.

No se identificaron diferencias en los factores asociados a la recurrencia habitualmente (localización ileal, patrón estenosante o fistulizante) entre aquellos pacientes con RPQ frente a los que continúan libres de enfermedad.

Conclusiones

En nuestro estudio, tras dos años de profilaxis con ustekinumab, el 62% de los pacientes ha continuado libre de enfermedad. Ustekinumab ha demostrado ser eficaz para la profilaxis de la RPQ en pacientes refractarios a múltiples terapias además de conseguir respuesta clínica en aquellos que llegan a presentar la recurrencia con optimización del tratamiento, con un perfil de seguridad excelente.

CO-14. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE FIBROSIS Y CUANTIFICACIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA MEDIANTE RM EN PACIENTES CON ESTEATOSIS HEPÁTICA METABÓLICA (EHMET)

LARA ROMERO C1, JIAXU L1, CASTELL J2, FERNANDEZ I3, MONTERO-VALLEJO R4, AMPUERO HERROJO J1, ROMERO-GÓMEZ M1

¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC RADIODIAGNÓSTICO. HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN MACARENA - VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ³GRUPO FÍSICA INTERDISCIPLINAR. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA. ⁴DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. UNIVERSIDAD DE SEVILLA, SEVILLA.

Introducción

Evaluar la capacidad diagnóstica de la resonancia magnética en el estadije de la fibrosis hepática mediante elastografía, así como la cuantificación de esteatosis gracias al PDFF (proton density fat fraction) en pacientes con esteatosis hepática metabólica (EHmet) confirmada histológicamente.

Material y Métodos

Se incluyeron 54 pacientes de forma prospectiva. La elastografía por RM se correlacionó con el grado de fibrosis, esteatosis y/o inflamación determinados en la biopsia hepática. Se analizaron las curvas ROC y la capacidad diagnóstica de la elastografía por RM así como de la cuantificación de grasa por PDFF. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para identificar factores de confusión de la elastografía por RM, es decir, para evaluar la concordancia entre la RM y los hallazgos histopatológicos.

Resultados

El área bajo la curva (AUROC) de la RM para discriminar la fibrosis significativa ($\geq F2$) fue 0,891 ($P < 0,001$) con un punto de corte de 3,37Kpa. El AUROC para la fibrosis avanzada ($\geq F3$) fue 0,904 ($P < 0,001$) con un punto de corte de 3,54Kpa. Los factores que resultaron estadísticamente significativos en aquellos pacientes

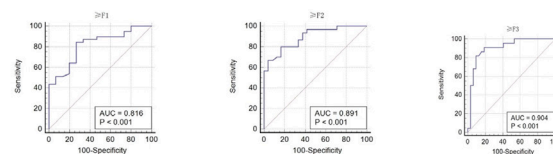


FIGURA 1

Curvas ROC para los distintos grados de fibrosis.

Variable	r	P value
Inflammation grade(0-2 vs 3-5)	-0.456	0.001
AST	-0.467	0.001
ALT	-0.396	0.008

TABLA 1

Resultados de los factores confusores que resultaron estadísticamente significativos en aquellos pacientes en los que había discordancia entre los resultados de la RM y la histología.

en los que había discordancia entre la RM y la fibrosis histológica fueron el grado de inflamación ($r = -0,456$, $p = 0,001$), AST ($r = -0,467$, $p = 0,001$) y ALT ($r = -0,396$, $p = 0,008$). La media de la cuantificación de grasa por PDFF fue de 9,7% para pacientes con S1 y 16,6% en pacientes con esteatosis moderada ($\geq S2$).

Conclusiones

La elastografía por RM es un método no invasivo excelente para detectar y estadiar la fibrosis hepática en pacientes con EHmet, permitiendo discriminar la fibrosis significativa y la fibrosis avanzada, así como cuantificar la esteatosis mediante PDFF. El grado de inflamación tanto histológica como bioquímica puede afectar a la precisión diagnóstica de la RM en el estadije de la fibrosis hepática en pacientes con EHmet.

CO-15. PSEUDOPÓLIPOS INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS MACROSCÓPICOS Y MICROSCÓPICOS Y CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA

BARRANCO CASTRO D¹, GUTIÉRREZ DOMINGO A², ARGÜELLES ARIAS F¹, CASTRO LARIA L¹, SÁEZ DÍAZ A³, CAUNEDO ÁLVAREZ A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ³UGC MATEMÁTICA APLICADA Y ESTADÍSTICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Los pseudopólipos inflamatorios (PPII) son lesiones inflamatorias no neoplásicas que aparecen como consecuencia de los repetidos ciclos de inflamación y regeneración del epitelio colónico ulcerado. Existen pocos estudios que analicen este tipo de lesiones, incluyendo sus características endoscópicas y anatomopatológicas.

Los objetivos de este estudio son conocer el grado de correlación entre los hallazgos microscópicos de PPII y macroscópicos durante la colonoscopia, así como realizar una clasificación histológica de estas lesiones.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de pacientes mayores de 18 años con EII y hallazgos de PPII confirmados histológicamente en las colonoscopias realizadas entre enero 2018 y junio 2021 en el Hospital Universitario Virgen Macarena.

Se revisaron las muestras histológicas para llevar a cabo una clasificación anatomopatológica de los PPII en pseudopólipos verdaderos, pólipos inflamatorios, pseudopólipos postinflamatorios y pólipos CAP-inflamatorios (**Figuras 1-3**). Desde el punto de vista macroscópico se clasificó la lesión según la descripción del endoscopista en PPII (**Figura 4**), adenoma u otra lesión.

Además, se analizaron variables epidemiológicas, endoscópicas, histológicas y clínicas presentes en el momento de realización de la colonoscopia.

Resultados

Se incluyeron un total de 77 colonoscopias pertenecientes a 65 pacientes diferentes, con una edad media de $45,9 \pm 15,6$ años, siendo el 64,9% (50) hombres. Un 64,9% (50) de las exploraciones se realizaron en pacientes con colitis ulcerosa (CU), el 31,2% (24)

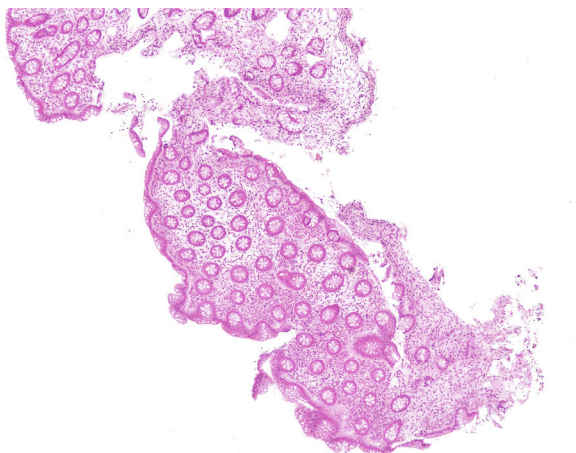


FIGURA 1

Pseudopólipo verdadero: en esta imagen podemos apreciar una mucosa relativamente intacta o edematosa, representando remanentes mucosos entre zonas de ulceración (HE, 2x).

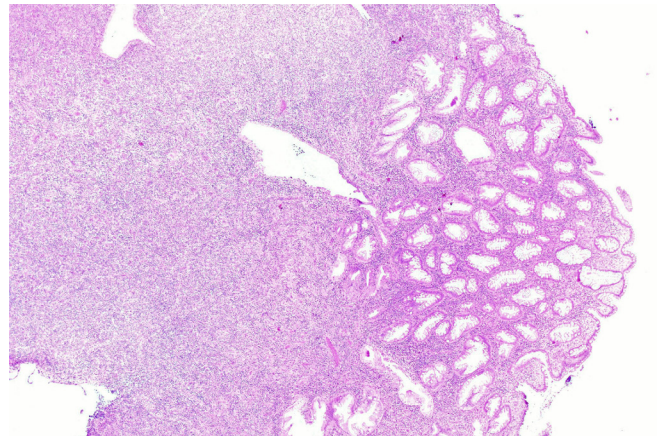


FIGURA 2

Pólipo inflamatorio: en la parte izquierda de la imagen podemos observar un tejido de granulación compacto, no epitelializado y en la parte derecha apreciamos mucosa colónica infiltrada por un proceso inflamatorio de carácter mixto con cambios reparativos y ulceración focal (HE, 4x).

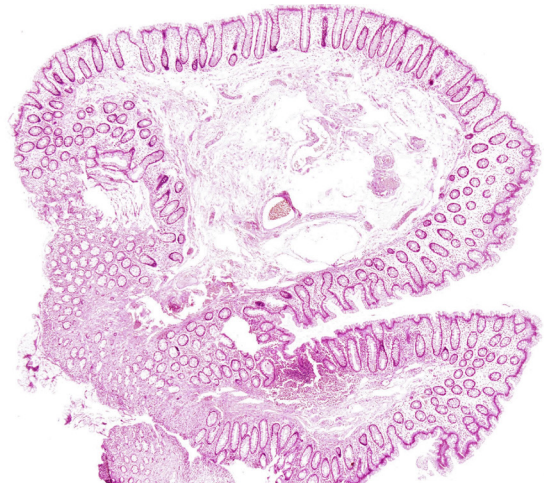


FIGURA 3

Pólipo post-inflamatorio: podemos observar un pólipo con una ligera hiperplasia epitelial, de muscular de la mucosa y del tejido fibrovascular. (HE, 2x).

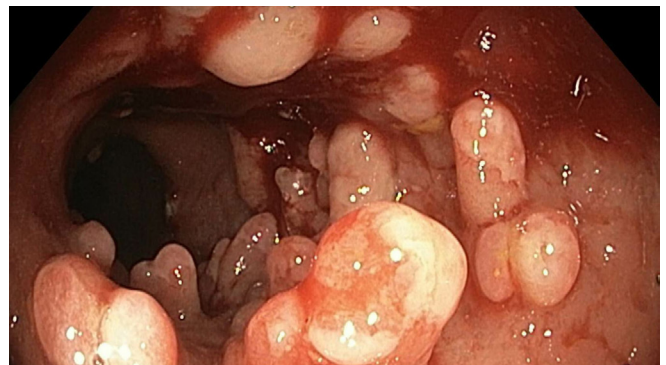


FIGURA 4

Imagen de colonoscopia en paciente con colitis ulcerosa y presencia de numerosos pseudopólipos inflamatorios con exudado fibrinoso localizados en sigma.

EII	Característica	Clasificación	n (%)
Colitis ulcerosa 50 (64.9%)	Extensión	E1	8 (15.4%)
		E2	24 (46.2%)
		E3	20 (38.5%)
	Severidad	S0	27 (51.9%)
		S1	13 (25%)
		S2	10 (19.2%)
Enfermedad de Crohn 24 (31.2%)	Edad al diagnóstico	S3	2 (3.8%)
		A1	5 (20.8%)
		A2	13 (54.2%)
	Localización	A3	6 (25%)
		L1	1 (4.2%)
		L2	12 (50%)
	Comportamiento	L3	11 (45.8%)
		B1	13 (54.2%)
		B2	7 (29.2%)
B3		4 (16.7%)	
Colitis indeterminada 3 (3.9%)			

TABLA 1

Características fenotípicas según la clasificación de Montreal de los pacientes incluidos en el estudio.

en pacientes con enfermedad de Crohn y un 3,9% (3) en enfermos con colitis indeterminada. Las características fenotípicas de los pacientes según la clasificación de Montreal se recogen en la **tabla 1**.

La mayoría de PPII se localizaban en colon izquierdo (42,9%), seguido de recto (41,6%), colon derecho (7,8%), colon transversal (6,5%) y la totalidad del colon (1,3%) (**Figura 5**). El número medio de PPII

Tipo histológico de pseudopólipo inflamatorio

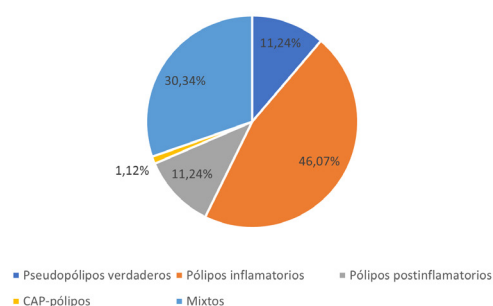


FIGURA 5

Localización de los pseudopólipos inflamatorios a lo largo del colon en los pacientes incluidos en el estudio.

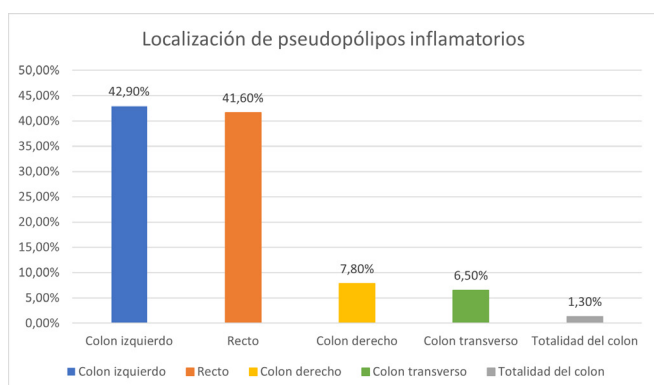


FIGURA 6

Clasificación histológica de los pseudopólipos inflamatorios estudiados en los pacientes incluidos en el estudio.

en las exploraciones fue de $4,9 \pm 5,9$. Histológicamente, el 11,24% eran pseudopólipos verdaderos, el 46,07% pólipos inflamatorios, el 11,24% pólipos postinflamatorios, el 1,12% CAP-pólipos y el 30,34% de los PPII presentaban características mixtas (**Figura 6**).

En el 72,7% (56) de los casos el endoscopista identificó correctamente la lesión polipoidea como PPII, frente a un 27.3% de los casos en los que no se caracterizó la lesión o se describió erróneamente como adenoma u otra lesión (pólipo hiperplásico, lipoma, lesión subepitelial).

Conclusiones

Los PPII son más frecuentes en la CU, siendo su localización predominante el colon izquierdo. El subtipo histológico más frecuente son los denominados pólipos inflamatorios.

En un 72,7% de los casos, el endoscopista identifica correctamente estas lesiones.

SESIÓN IV

CO-16. COLANGITIS BILIAR PRIMARIA E INFECCIÓN POR SARS-COV-2: INCIDENCIA, SUSCEPTIBILIDAD Y RESULTADOS.

LUCENA-VALERA A¹, SOUSA JM¹, CASADO M², MORALES-ARRAEZ D³, MORENO-MORALED A I², ARENAS J⁴, CONDE I⁵, MUÑOZ L⁶, CANILLAS L⁷, FERNANDEZ E⁸, QUIÑONES R⁹, SIMÓN MA¹⁰, GÓMEZ E¹¹, GUTIERREZ ML¹², FERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ C¹², JORQUERA F⁹, GARCÍA-BUEY ML⁸, GARCÍA-RETORTILLO M⁷, MORILLAS R⁶, BERENGUER M⁵, HERNÁNDEZ-GUERRA M³, MOLINA E¹³, AMPUERO J¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CANARIAS, SAN CRISTÓBAL DE LA LAGUNA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DONOSTIA-DONOSTIA UNIBERTSITATE OSPITALEA, DONOSTIA/SAN SEBASTIÁN. ⁵UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE, VALENCIA. ⁶UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL DE BADALONA, BADALONA. ⁷UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DEL MAR, BARCELONA. ⁸UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID. ⁹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN, LEÓN. ¹⁰UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLES A, ZARAGOZA. ¹¹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE, MADRID. ¹²UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN, ALCORCÓN. ¹³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO, SANTIAGO DE COMPOSTELA.