

CPO-001. ANÁLISIS DE LAS PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES DE COLON TENIENDO EN CUENTA EL TAMAÑO DE LAS PRÓTESIS EMPLEADAS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

BRACHO GONZÁLEZ M, MARTÍNEZ BURGOS M, ANGULO MCGRATH I, VÁZQUEZ PEDREÑO L, JIMÉNEZ PÉREZ M

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

Introducción

Describir nuestra experiencia en el uso de prótesis metálicas autoexpandibles de colon en el tratamiento de la neoplasia estenosante colónica considerando los diferentes tamaños disponibles de las mismas.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo, incluyendo los pacientes con obstrucción neoplásica de colon tratados con prótesis de colon en nuestro centro durante el periodo 2016-2021. Se utilizaron prótesis metálicas autoexpandibles no recubiertas tipo “Wallflex”

Variable (n=92)		N (%) / Mediana (RQ)
Sexo (Hombre)		59 (64.1)
Edad (años)		66 (55-77)
Éxito técnico en la colocación de la prótesis		85 (92.4)
Supervivencia a los 30 días de colocación de la prótesis		84 (91.3)
Tamaño de la prótesis metálica autoexpandible empleada	Localización de la estenosis neoplásica de colon	
Prótesis de 90x25mm	Recto	0 (0)
	Unión rectosigma	18 (24)
	Sigma	41 (54.7)
	Colon izquierdo	7 (9.3)
	Ángulo esplénico	8 (10.7)
	Colon transverso	1 (0.1)
Prótesis de 60x25mm	Recto	3 (13.6)
	Unión rectosigma	5 (22.7)
	Sigma	10 (45.5)
	Colon izquierdo	3 (13.6)
	Ángulo esplénico	1 (4.6)
	Colon transverso	0 (0)
Prótesis de 120x25mm	Recto	0 (0)
	Unión rectosigma	2 (22.2)
	Sigma	5 (55.5)
	Colon izquierdo	1 (11.1)
	Ángulo esplénico	1 (11.1)
	Colon transverso	0 (0)

TABLA 1

Características basales de pacientes incluidos y descriptivo de éxito técnico y uso de los diferentes tamaños de prótesis metálicas autoexpandibles en nuestro centro.

de 60x25mm, de 90x25mm o de 120x25mm. Consideramos éxito técnico a la correcta colocación de la prótesis sin necesidad de cirugía urgente posterior.

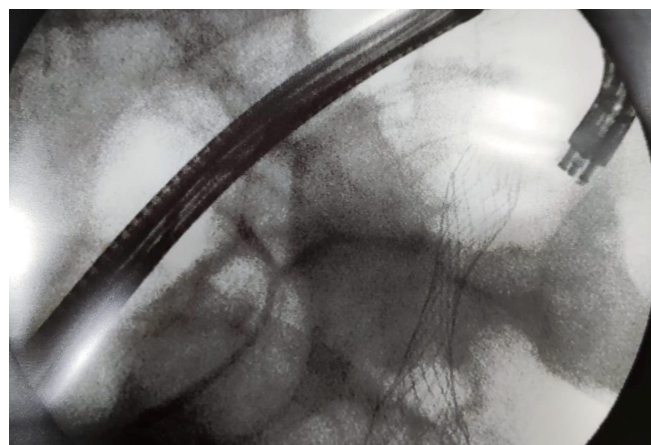


FIGURA 1

Imagen radiológica tras colocación de prótesis autoexpandibles metálicas, con imagen en diábolo secundaria a la estenosis neoplásica central.



FIGURA 2

Imagen radiológica tras colocación de prótesis autoexpandibles metálicas, con imagen en diábolo secundaria a la estenosis neoplásica central.



FIGURA 3

Colocación de prótesis metálica autoexpandible sobre prótesis previa (por migración parcial de la misma).

Resultados

92 pacientes, 33 (35.9%) mujeres y 59 (64.1%) hombres. La edad media fue de 66 años (IQR 55-77). El procedimiento resultó eficaz técnicamente en 85 casos (92.4%). La localización de las estenosis fue: recto en 2 pacientes (2.1%), unión rectosigma en 19 pacientes (20.7%), sigma en 54 pacientes (58.7%), colon izquierdo en 8 pacientes (8.7%), ángulo esplénico en 8 pacientes (8.7%) y colon transversal en 1 paciente (1.1%). En algunos casos fue necesaria la colocación de más de una prótesis para conseguir el éxito técnico. Se emplearon un total de 75 prótesis de 90x25 mm (de las cuales un 64% fueron posicionadas en sigma y colon izquierdo), 22 prótesis de 60x25 mm (de las cuales 36.4% se usaron en recto y unión recto-sigma) y 9 prótesis de 120x25 mm (de las cuales el 55.5% fueron posicionadas en sigma).

La supervivencia a los 30 días de colocación de la prótesis fue del 91.3%. No se detectó mortalidad relacionada directamente con el procedimiento.

Conclusiones

La colocación de prótesis metálicas autoexpandibles es una opción segura y eficaz en el manejo inicial de las estenosis neoplásicas de colon.

En nuestro centro, el tamaño de prótesis utilizado con más frecuencia es de 90x25mm, preferiblemente en estenosis neoplásicas localizadas en sigma y colon izquierdo. En contra de lo publicado en otras series, en nuestro centro no apreciamos un mayor empleo de prótesis de 60x25mm en estenosis neoplásicas de recto ni un mayor uso de prótesis de 120x25mm en estenosis del ángulo esplénico.

CPO-002. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (GEP): ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

DE VICENTE ORTEGA A, ARROYO ARGÜELLES JM, FRUTOS MUÑOZ L, MARTÍN MARCUARTU P, CARRILLO ORTEGA G

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN.

Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) ha tenido una gran difusión al considerarse un método seguro y eficaz de soporte nutricional para pacientes con desnutrición e imposibilidad para la ingesta oral, con supervivencia estimada superior a dos meses.

Las indicaciones más frecuentes son neoplasias orofaríngeas y esofágicas, y enfermedades neurológicas.

Objetivo

Como objetivos, queremos describir las características epidemiológicas e indicaciones más frecuentes de PEG, así como unidades solicitantes, complicaciones y supervivencia.

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que requirieron colocación de PEG en nuestro centro desde enero 2019 hasta julio 2021.

Resultados

Se incluyeron un total de 26 pacientes con solicitud de PEG. El 65.38% eran mujeres, con edad media de 62.81±18.41 años. El 46.15% de las ocasiones fue solicitada por el servicio de Nutrición, seguido por Neumología (23.07%) y Medicina Interna (15.38%) (Figura 1).

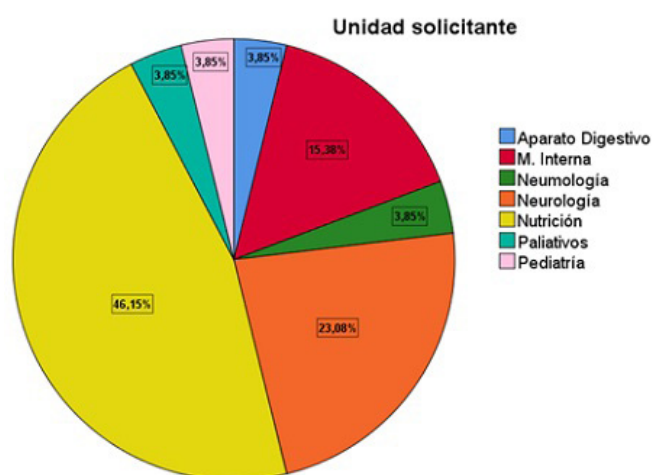


FIGURA 1
Unidades solicitantes del procedimiento PEG.

Las principales indicaciones fueron en 30.77% enfermedad de Parkinson, 23.08% accidente cerebrovascular (ACV), 19.23% esclerosis lateral amiotrófica (ELA), 7.69% parálisis cerebral y 7.69% tumores del sistema nervioso central (Figura 2). En el 20% de los casos se colocaron sondas de 15Fr y en el 80% de 20Fr.

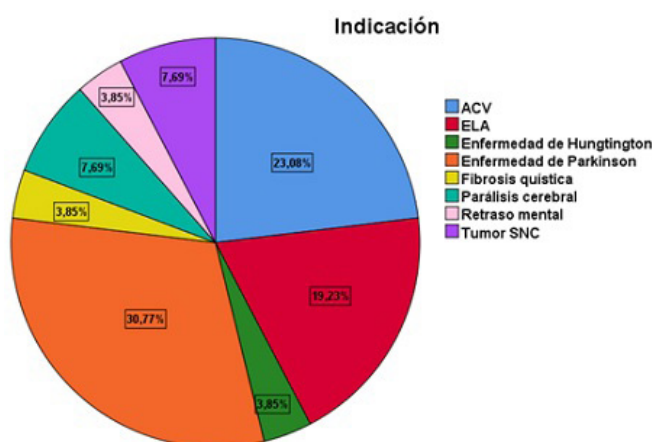


FIGURA 2
Principales indicaciones para realizar el procedimiento.

Todas ellas se realizaron en quirófano, con sedación profunda y sin complicaciones inmediatas. Se consideró éxito técnico en el 92%, y dos de ellas (8%) fueron fallidas por problemas técnicos: cámara gástrica en región torácica alta e imposibilidad de decúbito supino por rigidez muscular.

Durante el seguimiento, aparecieron como complicaciones: rotura/difunción de sonda en 8.70%, broncoaspiración en 4.35% y úlcus duodenal por decúbito en 4.35% (Figura 3). El 38.46% fallecieron, todos ellos en relación a su patología basal.

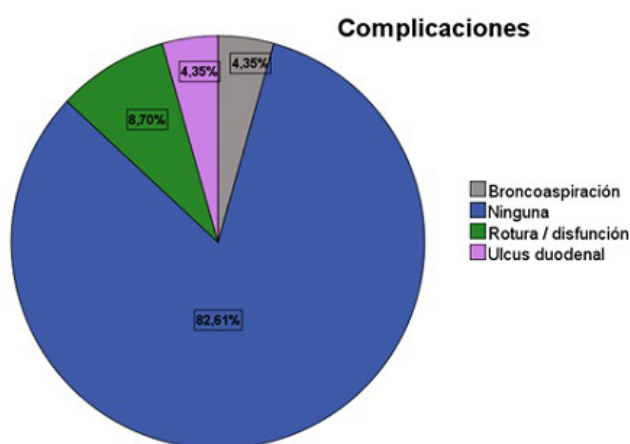


FIGURA 3
Complicaciones post-procedimiento.

Conclusiones

1. La principal indicación es la enfermedad de Parkinson
2. Las unidades más solicitantes son: Nutrición, Neumología y Medicina Interna
3. Existen pocas complicaciones asociadas al procedimiento, sin evidenciar ninguna en el 82.60%

CPO-003. BÚSQUEDA ACTIVA DE PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA PERDIDOS EN EL SISTEMA. ANÁLISIS PRELIMINAR.

JOFRÉ PERALTA S¹, TORRES DOMÍNGUEZ A¹, SALDAÑA GARCÍA L¹, PÉREZ RUIZ M¹, BISSO ZEIN JK¹, GÁLVEZ FERNÁNDEZ RM¹, MARTÍN SALIDO E², GARCÍA GAVILÁN MDC¹, ROSALES ZÁBAL JM¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²SERVICIO ANÁLISIS CLÍNICO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática autoinmune crónica y progresiva que se caracteriza por la afectación de la vía biliar intrahepática de pequeño calibre. Su etiología es

desconocida y es potencialmente grave ante su evolución a cirrosis hepática.

Nuestro objetivo es identificar pacientes con criterios diagnósticos (bioquímicos y serológicos) de colangitis biliar primaria perdidos en el sistema.

Material y Métodos

Se recogieron retrospectivamente los datos entre enero de 2016 y diciembre de 2020 de pacientes con autoinmunidad compatible con CBP (AMA $\geq 1:40$ o ANA específicos sp100/gp210) y se evaluaron con los niveles de fosfatasa alcalina (FA), clasificándose en cuatro grupos:

1. FA normal: pacientes sin CBP pero con potencial de desarrollarla.
2. FA elevada (al menos dos determinaciones $>1.5x$ en dos años): pacientes con diagnóstico de CBP.
3. FA desconocida en los últimos 5 años.
4. FA normal con biopsia-CBP.

Se evaluó si los pacientes estaban en seguimiento o no (pacientes perdidos) por el servicio de Digestivo. En el caso de no tener seguimiento, la causa del mismo. Además, se analizó si había relación entre el servicio solicitante de la autoinmunidad y el seguimiento posterior por Digestivo.

Número de pacientes	229
Sexo	Mujeres: 201 (87,8%). Hombres: 28 (12,2%)
Edad (media +/- DS)	60 años +/- 14
Servicio que solicita la autoinmunidad	Digestivo: 111 (48,47%) Atención Primaria: 52 (22,71%) Medicina Interna: 24 (10,48%) Hematología: 17 (7,42%) Otros: 25 (10,92%)
Autoinmunidad	AMA: 155 (67,7%) ANA sp100/gp210: 44 (19,2%) Ambos: 30 (13,1%)
Niveles de FA UI/L (media +/- DS, mediana)	122,95 +/- 80,64. 101.
Tipo de caso según niveles de FA	FA normal: 96 (41,92%) FA elevada: 120 (52,40%) FA desconocida: 12 (5,24%) FA normal y biopsia compatible con CBP: 1 (0,44%)
Seguimiento por Digestivo	Si: 113 (49,3%). No: 116 (50,7%)
Causas de pérdida de seguimiento	Exitus: 16 (13,8%). Alta: 22 (19%). Desplazamiento: 16 (13,8%). Trasplante: 2 (1,7%). Desconocida: 60 (51,70%).
Otras hepatopatías asociadas	No: 157 (68,6%). Esteatosis hepática: 46 (20,1%). Alcohólica: 10 (4,4%). Solapamiento (CBP-HAI): 9 (3,9%). Virus: 5 (2,2%). Hepatitis autoinmune: 1 (0,4%). Poliquistosis hepática: 1 (0,4%).
Síntomas	Asintomáticos: 165 (72,1%). Astenia: 26 (11,4%). Artralgias: 25 (10,9%). Prurito: 14 (6,1%). Sequedad ocular/oral: 9 (3,9%).
Otras enfermedades autoinmunes asociadas	Patología tiroidea: 46 (20,1%). Sd. Sjögren: 10 (4,4%). Artritis reumatoide: 8 (3,5%). Psoriasis: 6 (2,6%). Enfermedad Raynaud: 5 (2,2%). Esclerodermia: 4 (1,7%). Polimialgia reumática: 3 (1,3%). Celiacía: 3 (1,3%). CREST: 2 (0,9%). Vitiligo: 2 (0,9%). Lupus: 2 (0,9%). Polimiositis: 1 (0,4%). Beçet: 1 (0,4%).

TABLA 1
Características basales de los pacientes y resultados.

Tipo de caso	Causa de pérdida de seguimiento					
	Exitus	Alta	Desplazamiento	Trasplante	Desconocida	Total
FA normal (potencial para CBP)	7 (10,14%)	16 (23,2%)	4 (5,8%)	1 (1,44%)	41 (59,42%)	69 (100%)
FA elevada (CBP)	9 (25,71%)	5 (14,3%)	9 (25,71%)	1 (2,85%)	11 (31,43%)	35 (100%)
FA desconocida	0 (0%)	1 (8,3%)	3 (25%)	0 (0%)	8 (66,7%)	12 (100%)
FA normal + biopsia (CBP)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (100%)	0 (100%)
Total	16 (13,8%)	22 (19%)	16 (13,8%)	2 (1,7%)	60 (51,70%)	116 (100%)

TABLA 2

Causa de pérdida de seguimiento según tipo de caso.

Resultados

229 pacientes con autoinmunidad compatible fueron incluidos. 221 (87,8%) mujeres, con edad media 60 años. Se clasificaron como grupo 1: 96 (41,92%), grupo 2: 120 (52,4%), grupo 3: 12 (5,2%), grupo 4: 1 (0,44%).

121 (52,84%) cumplen criterios diagnósticos de CBP, 35 de ellos (30%) sin seguimiento (de éstos, 11 -31,42%- sin justificación). 96 (42%) pueden potencialmente desarrollar CBP, 69 de ellos (71,8%) sin seguimiento (de éstos, 41 -59,42%- sin causa).

El estudio autoinmune se solicitó desde Digestivo en 111 (48,5%), de A. Primaria en 52 (22,7%), Medicina Interna 24 (10,5%), Hematología 17 (7,4%) y otros servicios 25 (11%). 116 (50,7%) no

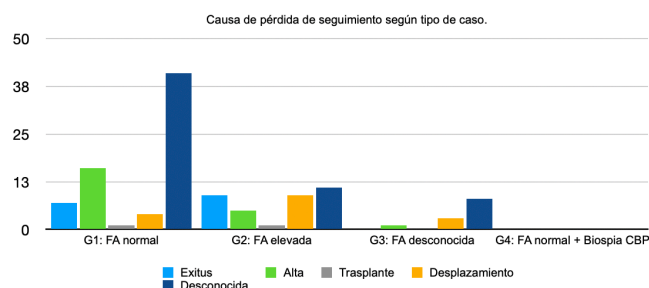


FIGURA 1

Causa de pérdida de seguimiento según tipo de caso.

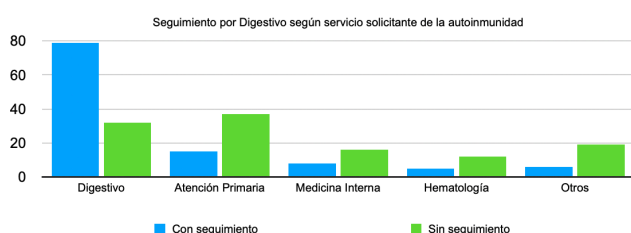


FIGURA 2

Seguimiento por Digestivo según servicio solicitante de la autoinmunidad.

tienen seguimiento en Digestivo, siendo la pérdida mayor en las solicitudes de inmunidad fuera de Digestivo ($p < 0,005$).

No hubo asociación entre la presencia o no síntomas y la presencia o no de otras enfermedades autoinmunes con la pérdida de seguimiento.

Conclusiones

Más de la mitad de los pacientes con AMA o ANA específicos positivos cumplen criterios diagnósticos de CBP, estando sin seguimiento un tercio de ellos.

Un 42% de pacientes con AMA o ANA específicos presentan FA normal, siendo potencialmente candidatos a desarrollar CBP, un 72% de ellos sin seguimiento.

La CBP sigue siendo una entidad infradiagnosticada, lo que ensombrece su pronóstico.

Es necesario implementar estrategias formativas para mejorar el diagnóstico precoz.

CPO-004. MICROELIMINACIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN POBLACIÓN INMIGRANTE: RESULTADOS PRELIMINARES DE NUESTRA EXPERIENCIA EN DOS ASENTAMIENTOS.

PÉREZ CAMPOS E, CASADO MARTÍN MM

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

Introducción

La población inmigrante procedente de áreas endémicas de hepatitis C constituye un grupo de elevada prevalencia de infección, cuyo abordaje requiere estrategias de diagnóstico y tratamiento "point of care", ya que una gran parte de ellos no tienen acceso a nuestro sistema sanitario. El objetivo de nuestro trabajo ha sido la puesta en marcha y evaluación de un plan de microeliminación de hepatitis C en asentamientos de inmigrantes en Almería.

Material y Métodos

Proyecto iniciado en febrero de 2021, llevado a cabo por los servicios de Aparato Digestivo de los hospitales de Torrecárdenas y Poniente en colaboración con personal sanitario de Cruz Roja Almería, en 2 asentamientos de la provincia. El diagnóstico de la infección VHC se ha llevado a cabo mediante el test OraQuick en saliva realizado en el asentamiento por enfermeras de Cruz Roja. En los pacientes positivos se procede a la determinación del RNA en laboratorio centralizado mediante recogida de muestra de sangre seca. Posteriormente, los pacientes con infección activa, tras agilización de la gestión de su tarjeta sanitaria en colaboración con atención primaria, acuden a la consulta de hepatología con un acompañante de Cruz Roja, donde tras la evaluación del paciente, se procede a la prescripción del tratamiento antiviral y recogida del

mismo de farmacia hospitalaria por personal de Cruz Roja en una sola visita. El tratamiento es controlado y dispensado diariamente por personal sanitario de Cruz Roja.

Resultados

Desde el 1 febrero hasta el 30 de mayo de 2021 se ha realizado la determinación de antiVHC en un total de 183 migrantes, en 2 asentamientos (áreas de Levante y Poniente). El 90% fueron varones (165). La edad media de los pacientes fue 33 años (19-58). La mayoría de migrantes procedía de Marruecos (114) y de África Subsahariana (69). En esta primera evaluación, no hemos obtenido ningún resultado positivo, no obstante, son resultados preliminares de los cuatro primeros meses tras la puesta en marcha del programa.

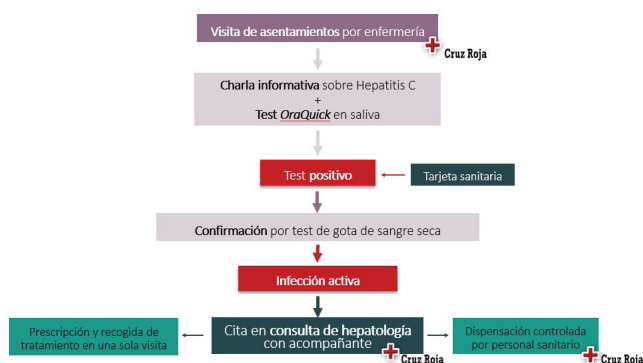


FIGURA 1
Protocolo propuesto del proyecto.

ORIGEN POBLACIÓN TESTADA

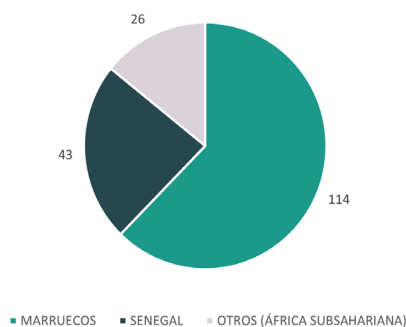


FIGURA 2
Prevalencias de la población testada.

Conclusiones

El abordaje de la infección VHC en población inmigrante sin acceso a nuestro sistema sanitario requiere una descentralización del diagnóstico y tratamiento. La colaboración con instituciones que habitualmente se encargan del cuidado de estos pacientes, como es Cruz Roja en nuestro caso, es crucial para la puesta en marcha de programas de microeliminación en dicha población. Hasta el

momento, nuestra población inmigrante testada muestra una baja prevalencia de infección VHC, quizás en relación con su edad o con una baja prevalencia en sus países de procedencia.

CP0-005. NIVELES ELEVADOS DE LEPTINA DETERMINAN UNA MENOR CAPACIDAD DE REGENERACIÓN HEPÁTICA TRAS LA CURACIÓN DE LA HEPATITIS C

GATO S¹, AMPUERO J², MUÑOZ-HERNÁNDEZ R¹, GALLEGODURÁN R¹, MAYA-MILES D¹, MONTERO-VALLEJO R¹, ROJAS A¹, GIL-GÓMEZ A¹, GARCÍA-FERNÁNDEZ V¹, RICO MC², MILLÁN-DOMÍNGUEZ R², ROMERO-GÓMEZ M²

¹LABORATORIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²CONSULTA APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

Determinar el papel de las adipocinas en la curación hepática, incluyendo fibrosis y esteatosis, tras la erradicación de la VHC.

Material y Métodos

Estudio prospectivo multicéntrico en el que se incluyeron 192 pacientes con VHC tratados con AADs, revisados antes de empezar el tratamiento (T0) y a las 12 semanas después de terminarlo (T1). En ambas visitas se realizó analítica completa y Fibroscan® (CAP y ET) y se evaluó la determinación de adipocinas (omentina, leptina, adiponectina, resistina e irisina, categorizadas según terciles) y la capacidad antioxidante total (TAC). La curación hepática fue definida como ausencia de fibrosis significativa (<9 kPa) y esteatosis (<248 dB/m) tras el tratamiento.

Resultados

La **tabla 1** muestra las características basales de la población. Brevemente, el 63,5% (122/192) eran hombres, con una edad media de 56,61-12,36 años. El 26,3% (47/179) tenía hipertensión arterial,

Edad (años)	56,61±12,36	Triglicéridos (mg/dL)	104,2±63,8
Sexo masculino (% n)	63,5% (122)	Glucosa	95,42±26,5
IMC (kg/m ²)	26,13±3,97	Insulina	13,22±8,61
HTA (% n)	26,3% (47)	HOMA	4,15±4,17
DM (% n)	10,4% (20)	Hb1Ac	5,54±0,7
Dislipidemia (% n)	7,8% (14)	Ferritina	192,24±195,89
AST (UI/L)	52,7±36,32	AFP	25,77±40,79
ALT (UI/L)	64,69±46,99	Plaquetas (10 ⁹ /L)	215,87±89,56
GGT (UI/L)	72,43±61,46	INR	1,05±0,32
Bilirrubina (mg/dL)	0,72±0,49	Alcohol (% n)	7,8% (14)
Creatinina	0,82±0,21	Tabaco (% n)	41,7% (80)
Albumina	4,32±0,41	Cirrosis (% n)	12% (23)
Colesterol (mg/dL)	174,84±36,95	RVS (% n)	98,9% (180)
HDL (mg/dL)	55,69±18,95	Descompensación previa (% n)	2,2% (3)
LDL (mg/dL)	107,93±35,21	Varices esofágicas (% n)	3,7% (7)

TABLA 1

Características basales de la población de estudio. Las variables cuantitativas están expresadas como media±SD y las variables cualitativas están expresadas como %,n.

	CURACIÓN HEPÁTICA		p valor
	SÍ	NO	
Edad (años)	56,39±12,85	56,82±11,95	0,818
Sexo masculino (%n)	72% (72)	54,3% (50)	0,016
IMC (kg/m ²)	24,46±3,22	27,53±4	<0,001
HTA (% n)	30,1% (28)	22,1% (19)	0,239
DM (% n)	12% (12)	8,7% (8)	0,488
Dislipidemia (% n)	6,5% (6)	9,3% (8)	0,581
AST (UI/L)	44,55±22,55	60±44,1	0,003
ALT (UI/L)	56,54±40,87	72,25±51,08	0,021
GGT (UI/L)	51,29±33,09	84,8±70,64	0,012
Bilirrubina (mg/dL)	0,68±0,44	0,76±0,54	0,319
Creatinina	0,81±0,24	0,82±0,17	0,697
Albumina	4,31±0,29	4,32±0,49	0,828
Colesterol (mg/dL)	180,09±36,81	170,02±36,6	0,06
HDL (mg/dL)	56,22±20,38	55,11±17,55	0,717
LDL (mg/dL)	121,69±27,86	99,38±37,01	0,047
Triglicéridos (mg/dL)	99,38±68,48	108,53±59,3	0,325
Glucosa	94,55±25,05	96,22±27,88	0,665
Insulina	9,1±6,65	15,54±8,78	0,003
HOMA	3,46±3,42	4,77±4,69	0,066
Hb1Ac	5,54±0,68	5,54±0,73	0,959
Ferritina	149,71±131,51	230,52±233,71	0,005
AFP	26,01±42,73	25,55±39,3	0,944
Plaquetas (10 ⁹ /L)	234,74±101,2	198,35±73,47	0,005
INR	1,03±0,26	1,08±0,36	0,24

TABLA 2

Características basales de los pacientes según si alcanzan o no la curación hepática.

Adiponectina (T0)	% curación hepática (T1)	p valor
Niveles bajos	36,5%	0,041
Niveles medios	46,8%	
Niveles altos	59,3%	

Leptina (T0)	% curación hepática (T1)	p valor
Niveles bajos	59,3%	0,049
Niveles medios	46%	
Niveles altos	37,1%	

Omentina (T0)	% curación hepática (T1)	p valor
Niveles bajos	50%	0,07
Niveles medios	40,4%	
Niveles altos	63,3%	

TAC (T0)	% curación hepática (T1)	p valor
Niveles bajos	54,8%	0,24
Niveles medios	47,6%	
Niveles altos	39,3%	

Resistina (T0)	% curación hepática (T1)	p valor
Niveles bajos	41,8%	0,67
Niveles medios	50%	
Niveles altos	48,1%	

Irisina (T0)	% curación hepática (T1)	p valor
Niveles bajos	54,8%	0,85
Niveles medios	48,9%	
Niveles altos	53,3%	

TABLA 3

Porcentaje de curación hepática en T1 según los niveles de cada una de las adipocinas en T0.

mientras que el 10,4% (20/192) tenía diabetes mellitus, el 7,8% (14/179) dislipidemia y el 12% (23/192) cirrosis. El 47,9% (92/192) alcanzó curación hepática tras el tratamiento. En la **tabla 2** se muestra que el sexo masculino, el índice de masa corporal (IMC), los niveles de AST, ALT, GGT y plaquetas, así como la insulina y ferritina se asociaron con la curación hepática en el análisis univariante. Por otro lado, observamos que los niveles basales de leptina ($p=0,049$) y adiponectina ($p=0,041$) también se asociaron a la curación hepática **tabla 3**. No observamos relación con el cambio entre T0 y T1 en los niveles de las adipocinas. En el análisis multivariante, las variables asociadas independientemente a la curación hepática fueron: IMC (OR 0,83 [IC95% 0,71-0,97], $p=0,018$); edad (OR 1,046 [IC95% 1-1,09], $p=0,048$); albúmina (OR 0,20 [IC95% 0,04-0,88], $p=0,034$); CAP>248 dB/m (OR 0,24 [IC95% 0,09-0,66], $p=0,006$); nivel alto de leptina (primer tercil) (OR 0,26 [IC95% 0,07-0,99], $p=0,049$); nivel intermedio de leptina (segundo tercil) (OR 0,29 [IC95% 0,09-0,97], $p=0,045$); kPa >9.5 (OR 0,36 [IC95% 0,12-1,12], $p=0,078$) y kPa >13.5 (OR 0,08 [IC95% 0,01-0,46], $p=0,005$).

Conclusiones

Los niveles de leptina elevados en T0 determinaron una peor recuperación hepática en T1, por lo que podrían jugar un papel importante en la reversión de la esteatosis y de la fibrosis tras el tratamiento en pacientes con hepatitis C.

CPO-006. REPERCUSIÓN CLÍNICA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B, C, VIH Y PATOLOGÍA HEPÁTICA EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR SARS-COV2

CALVO BERNAL MDM¹, MOYA MONTOYA MDM², JÁCOME PÉREZ AP², CAMPOS SERRANO N¹, CASADO MARTÍN MM¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC MEDICINA INTERNA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

La infección por SARS-COV-2 se asocia a alteraciones hepáticas de origen multifactorial. Existe riesgo de reactivación de infecciones virales hepáticas subyacentes por el uso de inmunosupresores. Además, parece que la enfermedad hepática previa avanzada condiciona un peor pronóstico.

Los objetivos de nuestro estudio son:

1. Evaluar la prevalencia de infección por VHB, VHC y VIH en pacientes ingresados por COVID19.
2. Analizar las alteraciones del perfil hepático y su implicación clínica.
3. Analizar la evolución clínica de los pacientes con infección SARS-COV-2 y enfermedad hepática previa.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo en el Hospital Torrecárdenas de Almería. Incluimos todos los pacientes ingresados por infección SARS-CoV-2 desde marzo hasta noviembre de 2020. Se han analizado variables epidemiológicas, clínicas y analíticas.

<i>Características basales de los pacientes</i>	
Edad media	63 años
Sexo (Varón/mujer)	310 (65%) / 166 (35%)
Hipertensión	240 (50%)
Obesidad	77 (16%)
Diabetes	98 (21%)
Dislipemia	163 (34%)
EPOC	32 (6.75%)
Cardiopatía isquémica	26 (5.5%)
Consumo de alcohol	31 (6.5%)
Consumo de tabaco	121 (25.4%)
Etnia caucásica	380 (79.8%)
Patología hepática previa	27 (5.7%)
Cirrosis previa	6 (1.3%)
Infección viral previa	10 (2.1%)
- VHB	5
- VHC	1
- VIH	2
- VIH+VHC	2

TABLA I

Características basales de los pacientes incluidos en el estudio.

Resultados

El estudio incluyó 476 pacientes, 65% varones, edad media 63,3 años (DS=16,26). El 80% caucásicos.

En el 50% de los pacientes se realizó serología VHB, VHC y VIH al ingreso. Se detectaron 5 casos de infección por VHB, 3 por VHC y ninguna por VIH. Su evolución clínica fue similar al resto de pacientes. Ninguno fue tratado con inmunosupresores.

Durante la hospitalización 294 pacientes (64%) presentaron elevación de AST y ALT, de ellos, 122 mostraban dichas alteraciones al ingreso. El 95% presentaron hipertransaminasemia de bajo rango (300 UI) y uno presentó fallo hepático agudo.

La evolución clínica de los pacientes con transaminasas elevadas fue similar a los que las mantuvieron normales excepto la mortalidad, que fue significativamente inferior en este grupo de pacientes (13,9% vs 23,6%; $p=0,009$).

La media de ALT de los pacientes tratados con inmunosupresores fue significativamente mayor que la de los no tratados (136,24 vs 89,33; $p=0,004$).

27 pacientes (5,7%) presentaban patología hepática previa. De éstos, 6(1,3%) eran cirróticos. Su evolución clínica fue similar al resto de pacientes.

En el análisis multivariante, la hipertransaminasemia se relacionó con menor mortalidad (OR 0,38, IC 95% 0,2-0,7; $p=0,003$). La cardiopatía isquémica (OR 2,42, IC 95% 0,89-2,4; $p=0,081$) y la linfopenia (OR 7,85, IC 95% 2,85-21,61; $p<0,001$) se asoció con mayor mortalidad.

Conclusiones

La prevalencia de la infección por VHB y VHC en pacientes ingresados por infección SARS-CoV2 es mayor a la estimada para la población general, sin implicaciones clínicas.

En los pacientes hospitalizados por COVID19, la elevación de las transaminasas es frecuente y se asocia con una menor mortalidad.

La evolución clínica de los pacientes COVID19 con patología hepática previa es, en nuestro estudio, similar a la del resto de pacientes.

CPO-007. PREDICIENDO LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES LOCALES EN LA PANCREATITIS AGUDA. UN ESTUDIO PROSPECTIVO

ROSA SÁNCHEZ C, VALVERDE LÓPEZ F, LIBRERO JIMÉNEZ M, FERNÁNDEZ CANO MC, REDONDO CEREZO E

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

Introducción

La pancreatitis aguda (PA) es una patología muy frecuente en la práctica clínica habitual. El pronóstico es muy variable y está estrechamente relacionado con las múltiples complicaciones que puede presentar, entre ellas la presencia de complicaciones locales tales como colecciones peripancreáticas agudas, pseudoquistes, necrosis encapsuladas o necrosis infectada. En este estudio se intenta establecer una relación entre diferentes variables analíticas y la presencia de este tipo de complicaciones para intentar predecir su aparición.

Material y Métodos

Estudio prospectivo de casos-controles que incluye a los pacientes ingresados en HUVN entre marzo y noviembre de 2017 con diagnóstico de PA. Se analizan los parámetros analíticos solicitados habitualmente en este tipo de patología al ingreso y a las 48 horas y se clasificaron los pacientes en función de la presencia o no de complicaciones locales en su evolución (incluyendo colecciones peripancreáticas y necróticas agudas, necrosis encapsulada, necrosis infectada, pseudoquistes, pseudoaneurismas o disrupción del conducto pancreático). Se realizó la comparación entre ambos grupos mediante SPSS 25.0 usando la T de Student o la U de Mann-Whitney según los tests de normalidad.

Resultados

N = 208. Edad media 65 años, 49,6% varones, 18 casos con complicaciones locales (8,7%). Los resultados de la comparación

entre ambos grupos se resumen en las **tablas 1 y 2**. Los pacientes que no desarrollaron complicaciones locales presentaron niveles más altos de fosfatasa alcalina y GOT que los pacientes con complicaciones locales siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Asimismo, también se observaron a las 48 horas unos niveles significativamente superiores de hematocrito, leucocitos y polimorfonucleares, glucemia, calcio y proteína C reactiva en los casos con complicaciones locales.

Parámetros al ingreso	Total	Sin complicaciones locales	Con complicaciones locales	p
N (%)	208	190 (91,3)	18 (8,7)	
Hemoglobina (media +/- DS)	14,05 (2,14)	13,96 (2,14)	14,54 (1,85)	n.s.
Leucocitos (media +/- DS)	13191,95 (5382,90)	12982,31 (5008,35)	14890,24 (7041,32)	n.s.
Polimorfonucleares (%) (media +/- DS)	80,87 (9,94)	80,84 (9,7)	80,62 (10,80)	n.s.
Glucosa (media +/- DS)	137,79 (55,35)	136,55 (56,62)	152,88 (55,26)	n.s.
Urea (media +/- DS)	47,91 (29,30)	48,39 (29,60)	44,47 (33,05)	n.s.
Creatinina (media +/- DS)	1,17 (1,11)	1,20 (1,17)	1,08 (0,86)	n.s.
Amilasa (media +/- DS)	1358,56 (1138,15)	1328,37 (1099,29)	1272,56 (980,06)	n.s.
Lipasa (media +/- DS)	2761,37 (2917,42)	2776,29 (2919,90)	2942,13 (3165,09)	n.s.
Bilirrubina total (media +/- DS)	1,98 (2,00)	2,06 (2,09)	1,44 (1,45)	n.s.
GOT (media +/- DS)	177,03 (200,48)	186,15 (209,49)	95,81 (120,77)	0,014
GPT (media +/- DS)	163,82 (213,47)	169,54 (222,44)	95,41 (142,88)	n.s.
GGT (media +/- DS)	327,61 (451,273)	332,40 (465,44)	191,41 (231,57)	n.s.
Fosfatasa alcalina (media +/- DS)	150,73 (133,31)	156,09 (139,88)	97,50 (57,53)	0,003
Procalcitonina (media +/- DS)	3,31 (12,73)	3,10 (11,54)	2,15 (5,70)	n.s.
PCR (media +/- DS)	51,67 (81,00)	47,37 (76,10)	72,29 (111,44)	n.s.
Calcio (media +/- DS)	9,09 (0,67)	9,18 (0,59)	8,91 (0,84)	n.s.
Láctico (media +/- DS)	1,95 (1,02)	1,91 (0,95)	2,35 (0,70)	n.s.

TABLA 1

Relación entre parámetros analíticos al ingreso y la aparición de complicaciones locales.

Parámetros a las 48 horas	Total	Sin complicaciones locales	Con complicaciones locales	p
N (%)	208	190 (91,3)	18 (8,7)	
Hematocrito (media +/- DS)	38,38 (5,55)	38,17 (5,28)	41,12 (5,24)	0,034
Hemoglobina (media +/- DS)	12,69 (1,98)	12,64 (1,93)	13,43 (1,96)	n.s.
Leucocitos (media +/- DS)	10808,87 (5917)	10145,14 (4741,97)	15008,67 (8782,83)	0,033
Polimorfonucleares (%) (media +/- DS)	74,28 (12,25)	73,38 (12,25)	83,77 (5,39)	<0,001
Glucosa (media +/- DS)	100,08 (52,9)	94,84 (48,73)	138,38 (73,61)	0,034
Urea (media +/- DS)	42,68 (32,13)	41,80 (31,35)	56,44 (46,74)	n.s.
Creatinina (media +/- DS)	1,10 (1,02)	1,12 (1,09)	1,13 (0,80)	n.s.
Bilirrubina total (media +/- DS)	1,55 (1,73)	1,43 (1,36)	2,08 (2,26)	n.s.
PCR (media +/- DS)	150,30 (123,46)	135,98 (115,09)	276,32 (126,17)	<0,001
Calcio (media +/- DS)	8,59 (0,77)	8,70 (0,68)	9,12 (0,67)	0,002

TABLA 2

Relación entre parámetros analíticos 48 horas tras el ingreso y la aparición de complicaciones locales.

Conclusiones

La presencia de complicaciones locales es causa tanto de un aumento de la estancia hospitalaria como de la mortalidad en los cuadros de pancreatitis aguda. Nuestro estudio refleja niveles superiores de FA y GOT en los pacientes que no desarrollaron complicaciones locales durante su estancia, lo cual podría estar en relación con una posible menor tendencia a la formación de complicaciones locales en cuadros de etiología litiasica, si bien se necesitan estudios más amplios para demostrar dicha asociación. Por otro lado, los pacientes que desarrollaron complicaciones locales presentaron niveles más elevados de leucocitos, glucosa, calcio y PCR pasadas 48 horas. Esto puede ser útil en un futuro para la elaboración de scores que nos ayuden a predecir la aparición de estas complicaciones para poder detectarlas y tratarlas de manera precoz.

CPO-008. TEST DEL ALIENTO PARA LA DETECCIÓN DEL HELICOBACTER PYLORI EN DOMICILIO EN EL REINICIO DE LA ACTIVIDAD TRAS EL ESTADO DE ALARMA POR COVID-19: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD Y GRADO DE SATISFACCIÓN EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA.

TORRES-DOMÍNGUEZ A, JOFRÉ-PERALTA S, FERNÁNDEZ-MORENO N, MÉNDEZ-SÁNCHEZ IM, LÓPEZ-VEGA MC, PÉREZ-RUIZ M, SALDAÑA-GARCÍA L, RUIZ-MUÑOZ ML, PORRAS-GONZÁLEZ H, RIVAS-RUIZ F, PÉREZ-AISA A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

Introducción

Evaluar la efectividad de la realización del test del aliento para la detección de *Helicobacter pylori* (TAHP) en domicilio y la satisfacción de los pacientes, e identificar causas de necesidad de repetición de dicha prueba.

Material y Métodos

Estudio transversal descriptivo, cuya población de estudio fueron pacientes de 15 a 75 años que realizaron el TAHP en su domicilio entre los meses de marzo y junio de 2021, pertenecientes al Centro de Alta Resolución de Mijas. No se incluyeron pacientes con barrera idiomática, deterioro cognitivo o dependientes. La efectividad de la prueba se evaluó a través de la necesidad de repetición del TAHP por errores en la lectura o pérdida de la muestra, y el grado de satisfacción fue reportado de forma telefónica mediante encuesta dirigida estructurada a los pacientes. La información sociodemográfica y clínica fue recogida de la historia clínica electrónica.

Resultados

La muestra de estudio la conformaron 132 pacientes de los cuales el 72% eran mujeres, con una edad media de 41,9 (DE: 13,3) años,

y el 34,8% tenían estudios superiores. En el 6,8% (IC95%: 2,1-11,5) de los casos fue necesario repetir el TAHP, siendo 8 de los 9 casos de repetición por lectura no válida. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo, la cualificación académica, y la realización previa en un ámbito hospitalario con la necesidad de repetir el TAHP. El tiempo medio de demora entre la petición y la realización del test fueron de 41 días. El grado de satisfacción reportado por los pacientes fue bueno en el 92,7% (IC95%: 87,4-98,03) de los casos, y el 82,7% de los pacientes preferirían realizarlo de nuevo en domicilio en caso de necesitar repetirlo.

Conclusiones

La realización del TAHP en domicilio es una opción efectiva para el diagnóstico y la comprobación de la erradicación de la infección por *H. pylori*, se halló una excelente satisfacción de los pacientes con el procedimiento, y esta opción minimiza el tiempo de espera desde la solicitud del test hasta su realización.

CPO-009. COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

BRAVO ARANDA AM, GONZÁLEZ GRANDE R, OLMEDO MARTÍN R, MARTÍNEZ BURGOS M, JIMÉNEZ PÉREZ M

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

Introducción

Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, demográficas y de seguridad del tratamiento, en una serie de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en los que se llevó a cabo un trasplante hepático.

Material y Métodos

Serie de casos retrospectiva y unicéntrica en el que se incluyeron todos los pacientes con EII trasplantados en nuestro hospital tras revisar la base de datos de la unidad. Se analizaron el comportamiento de la EII, las características clínico-demográficas, los tratamientos utilizados y la presencia de complicaciones.

Resultados

Se incluyeron en el análisis 13 pacientes trasplantados hepáticos con enfermedad inflamatoria intestinal, de los cuales ocho pacientes presentaban una colitis ulcerosa (CU). La edad media fue de 45,2 años y hubo un mayor porcentaje de hombres (53,8%). De los 5 pacientes con EII diagnosticada antes del trasplante, en algo más de la mitad se asistió a un empeoramiento evolutivo. Los 8 restantes se diagnosticaron tras el trasplante, con un tiempo medio de aparición de la EII de aproximadamente 5 años. El tiempo medio de seguimiento fue de 12 años. La causa más frecuente del trasplante hepático fue la colangitis esclerosante primaria

(53,8%). La inmunosupresión se realizó con tacrolimus y esteroides en el 84,6% de los pacientes. En cuanto al tratamiento de la EII, 8 pacientes (61%) fueron tratados con biológicos: 1 con adalimumab, 1 con adalimumab con cambio de diana posterior a golimumab, 1 con vedolizumab con cambio de diana posterior a ustekinumab y 5 con infliximab precisando cambios de clase a otros agentes antiTNF, o cambios de diana a vedolizumab o ustekinumab. En cuanto a la presencia de complicaciones, dos pacientes fueron colectomizados por fracaso del tratamiento, 2 pacientes presentaron infección por CMV y uno por *Clostridium difficile*. Ninguno desarrolló cáncer de colon, aunque dos precisaron colectomía por displasia severa multifocal. Hubo una neoplasia de novo (linfoma intestinal). No se registró recidiva de la enfermedad hepática ni infecciones graves que requirieran hospitalización. En una paciente tuvo lugar un rechazo celular agudo leve que mejoró con el ajuste de la inmunosupresión.

Conclusiones

El comportamiento de la EII tras el trasplante hepático es variable e impredecible. El empleo de terapia biológica es frecuente en esta situación sobre todo en pacientes con colangitis esclerosante primaria asociada. Si bien la seguridad es una preocupación en estos pacientes por la combinación con la terapia inmunosupresora frente al rechazo, el perfil de seguridad no se resintió en esta serie de casos.

CPO-010. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y DURABILIDAD DE USTEKINUMAB EN COLITIS ULCEROSA MODERADA-GRAVE ACTIVA REFRACTARIA

ANGULO MCGRATH I, MARTÍNEZ BURGOS M, FERNÁNDEZ CORNAX A, OLMEDO MARTÍN RV

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

Introducción

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad, seguridad y durabilidad de UST en una serie de pacientes con CU moderada-grave activa multirrefractaria en práctica clínica real.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con CU moderada-grave activa tratados con UST en nuestro centro. La efectividad se valoró a las 16 y 24 semanas desde el inicio del tratamiento. Se consideró remisión (RmLE) y respuesta libre de esteroides (RsLE) a la consecución de un índice de mayo parcial (PMS) ≤ 2 y un descenso de al menos 3 puntos con respecto al PMS previo, respectivamente. Para evaluar la durabilidad de UST se realizó una curva de supervivencia de Kaplan Meier. Además, se registraron los efectos adversos atribuibles a UST durante el seguimiento.

Variable	n=12
Edad, años mediana (RIQ)	40,5 (28)
Sexo, mujer n(%)	7(58%)
Evolución de la CU, años mediana (RIQ)	7,5 (15,5)
Localización CU n (%)	
E2	9(75)
E3	3(25)
Manifestaciones extraintestinales n(%)	2(17)
Tratamiento biológico previo n(%)	
1	4(33)
2	2(16)
≥3	2(17)
Vedolizumab previo n(%)	3(25)
Tofacitinib previo n(%)	2(17)
Mayo parcial mediana (RIQ)	8(1)
Mayo endoscópico mediana (RIQ)	2(1)
PCR basal (mg/dl) mediana (RIQ)	10,85(16,5)
Calprotectina basal (mcg/g) mediana (RIQ)	2200 (1064)
Esteroides al inicio de UST n(%)	5(42)
Inmunosupresor asociado n(%)	2(17)

TABLA 1
Características clínico-demográficas de los pacientes incluidos.

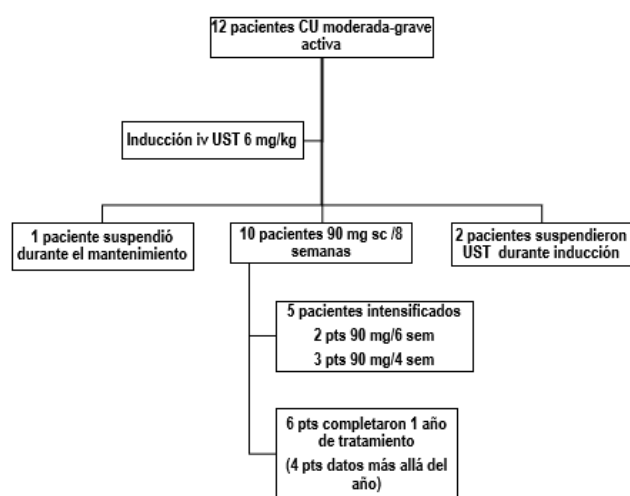


FIGURA 1

Flujo de pacientes incluidos en el estudio.

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes cuyas características clínico-demográficas y diagrama de flujo se muestran en la **tabla 1** y **figura 1** respectivamente. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 43,5 semanas (RIQ= 17-60,5). A las 16 semanas del inicio de tratamiento con UST se alcanzó RmLE y RsLE en el 25% y 66% de los pacientes respectivamente. A las 24 semanas del tratamiento con UST un 37,5% alcanzó la RmLE con un 61%

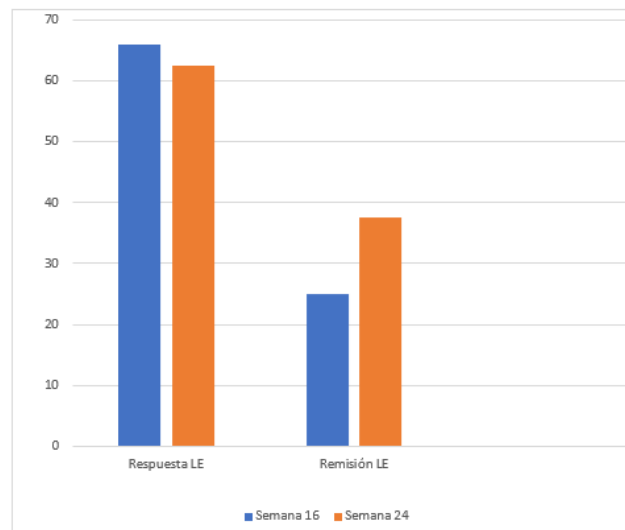


FIGURA 2
Efectividad de ustekinumab en CU moderada-grave.

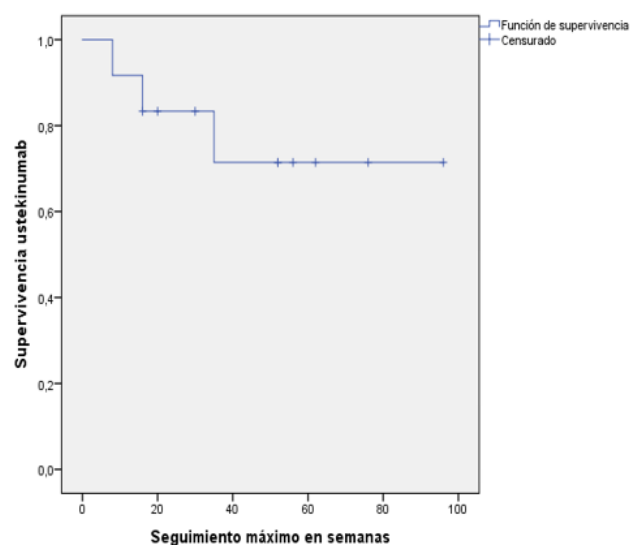


FIGURA 3
Durabilidad de ustekinumab en colitis ulcerosa moderada-grave.

presentando RsLE (**Figura 2**). En un 41% de los pacientes se utilizó escalada de dosis de UST (acortamiento a 90 mg sc cada 4 ó 6 semanas).

Tras la inducción se produjo un descenso estadísticamente significativo en la mediana de PCR [10,85 (16,5) vs 4(1,35) mg/dl, $p=0,01$] y un descenso no significativo de la mediana de CF [2200 (1064) vs 812 (1843) mcg/g, $p=0,12$]. Todos los pacientes con esteroides sistémicos al inicio de UST pudieron suspenderlos durante el seguimiento. La probabilidad de retención del

tratamiento a la mediana de seguimiento fue del 71% (Figura 3). No se registraron efectos adversos graves o que supusieran la suspensión del tratamiento.

Conclusiones

Ustekinumab se mostró efectivo y seguro en esta serie de pacientes con CU moderada-grave multirrefractaria. El perfil de seguridad y durabilidad de ustekinumab estuvo acorde con lo reportado en otras series de práctica clínica real.

CPO-011. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DEL GRUPO ANDALUZ DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (GATEII) SOBRE LA EFICACIA DE TOFACITINIB A CORTO PLAZO

LÁZARO SÁEZ M¹, NAVAJAS HERNÁNDEZ P², MARTÍN RODRÍGUEZ MDM³, OLMEDO MARTÍN R⁴, NÚÑEZ ORTIZ A⁵, ARGUELLES ARIAS F⁶, FERNÁNDEZ CANO MC⁷, GALLARDO SÁNCHEZ F⁸, MARÍN PEDROSA S⁹, GONZÁLEZ GARCÍA J¹⁰, VÁZQUEZ MORÓN JM¹¹, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. ⁵UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ⁶SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ⁷SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ⁸SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO. ⁹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ¹⁰SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL LA INMACULADA, HUÉRCAL-OVERA. ¹¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad crónica, autoinmune que afecta al aparato digestivo y en la que el paradigma del tratamiento está en constante cambio. Tofacitinib es uno de los nuevos fármacos que se han incorporado recientemente al arsenal terapéutico frente a la CU, inhibiendo las cinasas Janus o JAK. El objetivo primario del estudio fue analizar las tasas de remisión y respuesta clínica obtenidas tras el tratamiento de inducción en semanas 8 y 16.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional, analítico y multicéntrico analizado la eficacia del tratamiento con tofacitinib en la CU tanto a corto plazo (semanas 8 y 16). La actividad clínica se valoró de

Características basales	Media (rango) // N (%)
Edad (años)	45 (18-78)
Género	
• Masculino	51 (68,9%)
• Femenino	23 (31,1%)
Tiempo evolución (años)	9 (1-26)
Severidad	
• Moderada	45 (60,8%)
• Grave	29 (39,2%)
Extensión (%)	
• Proctitis	4 (5,4%)
• Colitis izquierda	35 (47,3%)
• Colitis extensa /pancolitis	35 (47,3%)
Corticoddependencia n (%)	52 (70,3%)
Corticorrefractariedad n(%)	11 (15%)
Proteína C reactiva basal (mg/ml)	1,54 (0,03-14,8)
Calprotectina fecal basal (µg/g)	2192 (50-12379)
Tratamientos biológicos previos:	
• AntiTNF	72 (97,3%)
• 1	24 (32,4%)
• 2	38 (51,4%)
• 3	10 (13,5%)
• Vedolizumab	47 (63,5%)
• Ustekinumab	8 (10,8%)
Mecanismos de acción empleados:	
• 1	25 (35,1%)
• 2 ó más	48 (64,9%)
Corticoides concomitantes	46 (62,2%)

TABLA 1

Características basales de los pacientes.

acuerdo al índice parcial de mayo. La remisión clínica se definió cuando el índice parcial de mayo era ≤ 2 puntos, y la respuesta cuando existía un descenso de al menos 3 puntos respecto a la basal (incluye los pacientes en remisión).

Resultados

Se incluyeron un total de 74 pacientes que recibieron tofacitinib como tratamiento para CU. Sus características basales se resumen en la **tabla 1**. Todos salvo uno (98,3%) habían recibido tratamiento biológico previo. Un 55,4% (41/74) habían sido tratados con 3 o más fármacos biológicos, y hasta un 64,9% (53/74) con 2 o 3 mecanismos de acción diferentes. En el momento del tratamiento con tofacitinib 62,2% (46/74) de los pacientes estaban recibiendo corticoides, ya fueran sistémicos o corticoides orales de acción tópica. Todos los pacientes salvo uno, recibieron 10 mg /12 h de tofacitinib como pauta de inducción. Esta pauta se mantuvo durante 8 semanas en 47 pacientes (63,5%) y durante 16 semanas en 26 (35,1%). En la semana 8, 28 pacientes (37,8%) estaban en remisión clínica y 57 pacientes (77%) obtuvieron respuesta clínica (Figura 1). En semana 16 en 67 pacientes; 28 (41,8%) estaban en remisión clínica y 47 (70,1%) obtuvieron respuesta. 3 de 8 pacientes (37,5%) no respondieron en semana 8 que mantuvieron tratamiento lograron respuesta clínica diferida en semana 16, 2 de ellos en remisión

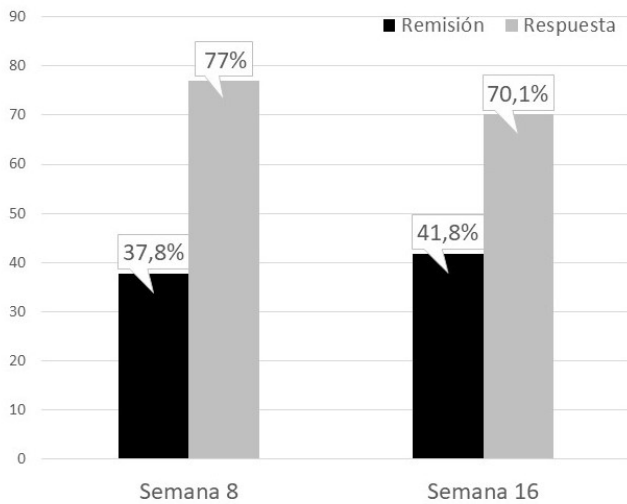


FIGURA 1

Tumores del espectro Lynch en pacientes afectos.

clínica. El 58,6% (27/46) de los pacientes que recibían corticoides al inicio del tratamiento con tofacitinib pudieron suspenderlos en estas 16 primeras semanas. En 18 pacientes (24,3%) se suspendió el tratamiento en este periodo: 10 (55,6%) por no respuesta, 3 (16,7%) por pérdida de respuesta, 4 (22,2%) por efectos adversos y 1 (5,6%) a petición del propio paciente.

Conclusiones

En conclusión, tofacitinib se ha mostrado como un tratamiento eficaz para la inducción a la remisión de la CU en un escenario de práctica clínica real con pacientes refractarios a otros tratamientos.

CPO-012. NECESIDAD DE CIRUGÍA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN LA ERA DE LA TERAPIA BIOLÓGICA

ZAMORA OLAYA JM, RODRÍGUEZ TIRADO MI, ORTIZ CHIMBO DS, GÓMEZ PÉREZ A, APARICIO SERRANO A, SOTO ESCRIBANO P, MARÍN PEDROSA S, IGLESIAS FLORES E, BENÍTEZ JM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

Evaluar el impacto de los anti-TNF en la necesidad de cirugía en colitis ulcerosa (CU). Objetivos secundarios: comparar necesidades de tratamiento médico previo a la cirugía, indicaciones de cirugía y el tiempo libre hasta la cirugía.

Material y Métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes con CU que han precisado cirugía por enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se analizaron dos cohortes de pacientes con CU: cohorte-1 (pre-antiTNF) con diagnóstico de CU entre 1995-

2000, y cohorte-2 (post-antiTNF) con diagnóstico posterior a la aprobación de antiTNF entre 2010-2015. El tiempo de seguimiento hasta el evento (cirugía) fue de al menos 5 años. Se recogieron variables demográficas, relacionadas con la CU y cirugía. Se realizaron curvas de supervivencia Kaplan-Meier para comparar el tiempo medio hasta la cirugía. Identificación de pacientes mediante ENEIDA.

Supervivencia libre de colectomía a los 5 años del diagnóstico

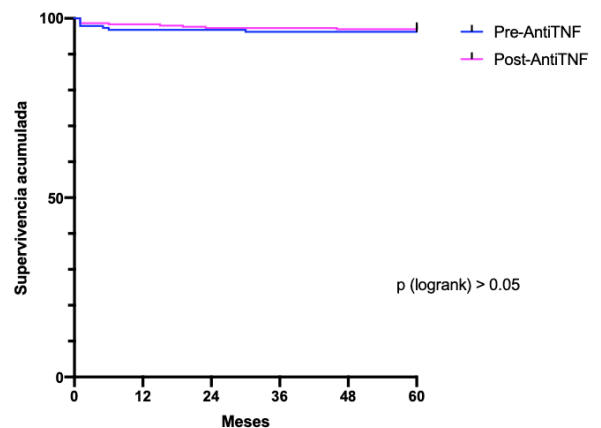


FIGURA 1

Supervivencia global libre de colectomía a 5 años de seguimiento.

Resultados

Incluidos un total de 32 pacientes intervenidos (18 en cohorte-1 y 14 en cohorte-2). La edad media al diagnóstico de CU fue significativamente menor en la cohorte 1 (31,3 vs 46,4 años, $p=0,015$), y la proporción de pacientes fumadores fue mayor en la cohorte-1 (27,8% vs 0%, $p=0,053$). No diferencias entre ambas cohortes en cuanto a la extensión de la CU y manifestaciones extraintestinales. Las tasas de cirugía fueron 3,7% en cohorte-1 y 4,7% en cohorte-2. De forma global y a lo largo del seguimiento no hubo diferencias en cuanto a las tasas de colectomía en ambas cohortes (Figura 1). Sin embargo, la mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta la cirugía fue significativamente mayor en la cohorte-2 (21 vs 1 meses, $p<0,05$) (figura 2).

Tiempo hasta cirugía en pacientes sometidos a colectomía

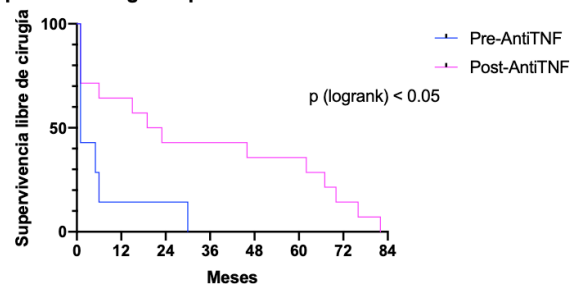


FIGURA 2

Tiempo desde el diagnóstico de la CU hasta la cirugía.

En relación a la indicación temporal, la proporción de cirugía urgente fue mayor en la cohorte-1 (61% vs 43%, ns); mientras que en la cohorte-2 predominaron las cirugías programadas (50%

Supervivencia acumulada en pacientes que se intervienen de forma programada

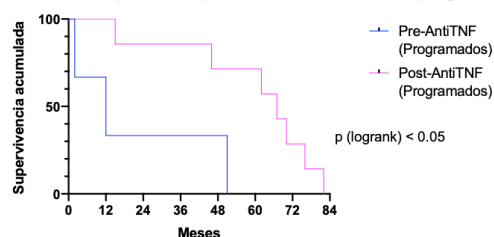


FIGURA 3

Tiempo libre de cirugía hasta la colectomía programada.

vs 18%, ns). En el subgrupo de pacientes intervenidos de forma programada, el tiempo libre hasta la cirugía fue significativamente mayor en la cohorte-2: 67 vs 12 meses ($p=0,01$) (Figura 3). En cuanto a las indicaciones quirúrgicas, cohorte-1: 78% colitis aguda grave o complicaciones agudas y 22% refractariedad al tratamiento médico; cohorte-2: 43% colitis aguda grave/complicaciones. Un alto % en ambas cohortes precisaron ostomía (transitoria o definitiva). Necesidades de tratamiento médico prequirúrgico cohorte-1 vs cohorte-2: corticoides (100% vs 71%, $p=0,028$), inmunosupresores (5,6% vs 57%, $p=0,002$).

Conclusiones

Las tasas de cirugía en CU permanecen estables en la era post-antiTNF. Sin embargo, la llegada de estos fármacos permite un tiempo mayor libre de cirugía, menos requerimientos de corticoides preoperatorios y menor necesidad de cirugía por indicaciones urgentes.