

### CP-225. TUBERCULOSIS DISEMINADA CON AFECTACIÓN ILEOCÓLICA COMO CAUSA DE DIARREA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA E INFECCIÓN POR VIH

RUZ ZAFRA P<sup>1</sup>, SOLÁ FERNÁNDEZ A<sup>2</sup>, PÉREZ ESTRADA C<sup>1</sup>, HERRERA JUSTINIANO JM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA.

#### Introducción

La principal causa de síndrome diarreico en pacientes con infección por VIH es la oportunista, cuya etiología está relacionada con el recuento de CD4. La Terapia antirretroviral (TAR) disminuyó la incidencia de diarrea de causa infecciosa de un 53% a un 13%. En pacientes diagnosticados de Colitis ulcerosa e infección por VIH, la evidencia indica una asociación entre niveles de CD4 y los brotes de CU de modo que aquellos que presentan recuentos bajos tienen menos probabilidades de experimentar brotes de gravedad.

#### Caso clínico

Varón de 34 años, diagnosticado de proctosigmoiditis ulcerosa hace siete años en tratamiento con Mesalazina oral e infección por VIH hace tres años sin tratamiento desde el último año, ingresa por diarrea de 10 deposiciones diarias con sangre de 10 días de evolución. En la Analítica presentó elevación de PCR (51mg/dl) y en la radiografía de tórax donde se aprecian opacidades en vidrio deslustrado en campos pulmonares medios. Se descartó Infección por Sars-cov-2 y ante la sospecha de brote grave de actividad se iniciaron corticoides IV. El abordaje inicial incluyó biopsias de recto por rectoscopia que descartaron actividad mucosa ni afectación por CMV, Calprotectina fecal de 800 pg/g y estudio de heces con cultivo y toxina de Clostridium Difficile negativos. Ante la escasa respuesta clínica y la baja sospecha de brote de CU se llevaron a cabo otras pruebas complementarias: Carga viral de VIH que fue indetectable, Recuento de CD4 de 74 cel/mm<sup>3</sup>, y cultivo de hongos en heces. Se realizó Tomografía toraco-abdominal con visualización de proceso bronconeumónico en segmentos apicales de lóbulos inferiores, y adenopatías en raíz de mesenterio homogéneamente hipodensas. En la colonoscopia se objetivaron ulceraciones en la válvula ileocecal e íleon terminal (**Figura 1**) cuyas biopsia constataron ileítis granulomatosa por B.A.A.R. Junto con el resultado positivo de baciloscopia se dedujo el diagnóstico de Tuberculosis diseminada con afectación pulmonar e ileocólica. Se inició tratamiento antituberculoso y TAR con mejoría clínica y analítica posterior.

#### Discusión

El abordaje del síndrome diarreico en el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal e infección por VIH precisa un diagnóstico



FIGURA 1

Ulceraciones a nivel de íleon terminal (Izquierda) y válvula ileocecal (Derecha).

diferencial amplio que incluya la consideración de brote de actividad, el despistaje de patógenos oportunistas y valoración de afectación extraintestinal con pruebas de imagen que pueda orientar la etiología y completar el diagnóstico. Es necesaria inicialmente la evaluación del estado de inmunocompetencia del paciente con recuento de CD4, siendo la afectación por TBC más prevalente en pacientes con cifras menores de 200 cel/mm<sup>3</sup>.

### CP-226. ABSCESO CERVICAL: COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS QUIMIOEMBOLIZACIÓN DE HEPATOCARCINOMA

MARTINEZ BURGOS M, BRAVO ARANDA AM, ANGULO MCGRATH I, JIMENEZ PEREZ M

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

#### Introducción

La quimioembolización transarterial (TACE) es una técnica de radiología intervencionista que combina la administración local de quimioterapia con una embolización arterial selectiva y que tiene como objetivo el tratamiento de neoplasias hepáticas, mayoritariamente el hepatocarcinoma. Generalmente se trata de una técnica segura y con un bajo porcentaje de complicaciones.

#### Caso clínico

Varón de 78 años. Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo II. Seguimiento en consultas de Digestivo por diagnóstico reciente de cirrosis hepática con hipertensión portal secundaria a infección por VHC naive. En la primera visita de seguimiento se detectó hepatocarcinoma multifocal. Estudio de extensión negativo por lo que se decide tratamiento con TACE. Se realiza procedimiento según técnica habitual, sin incidencias por parte de radiología vascular y se realiza profilaxis antibiótica adecuada durante su estancia en planta. Dos semanas después el paciente acude a urgencias por malestar general, fiebre de hasta 39º y un intenso dolor a nivel suboccipital. Analíticamente leucocitosis con neutrofilia y PCR 150. No clínica a otro nivel. Valorado por Neurología de guardia que descarta focalidad neurológica y necesidad de otras pruebas, por lo que el paciente ingresa a cargo de Digestivo. En hemocultivo se aíslan cocos gram positivos en racimos (S Aureus metil sensible) y se realiza Rx cervical sin alteraciones. Se inicia antibioterapia según

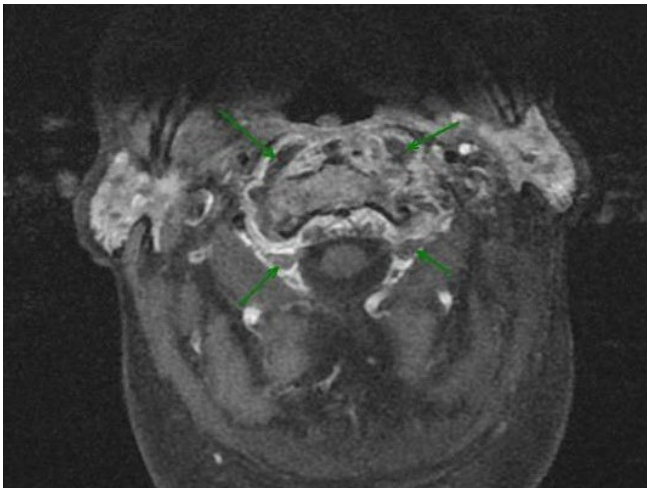


FIGURA 1  
RM cervical con contraste

recomendaciones de compañeros de enfermedades infecciosas. Ante persistencia de marcada clínica a nivel cervical que no cede con analgesia habitual se decide completar estudio con RM cervical: probable artritis séptica de la articulación atlantoaxoidea con absceso que impronta sobre el cordón medular. Neurocirugía descarta actitud quirúrgica y se escala antibioterapia. A los pocos días el paciente presenta un deterioro brusco del estado general, con desconexión del medio, Glasgow 3 y pupilas mióticas e hiporeactivas. Se inician medidas de confort y el paciente fallece en las horas siguientes.

### Discusión

La TACE se ha convertido en una herramienta terapéutica cada vez más utilizada en la práctica clínica diaria en el tratamiento del hepatocarcinoma en sus diferentes estadios. Sus complicaciones no son frecuentes y cuando aparecen no suelen asociarse con mortalidad, pero no debemos olvidar que se trata de un procedimiento invasivo que aplicamos en pacientes con inmunidad frecuentemente comprometida por su situación de cirrosis. Por tanto, ante la aparición de fiebre en un paciente con intervención percutánea reciente debemos tener alta sospecha de complicación o colonización infecciosa.

### CP-227. ABSCESO HEPÁTICO DE GRAN TAMAÑO: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN DEBUT DE EII

LÓPEZ GONZÁLEZ J, AMADO VILLANUEVA PP, SÁNCHEZ MORENO S, VEGA SÁENZ JL

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

### Introducción

Tradicionalmente, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha sido asociada con diferentes complicaciones hepáticas, entre las

que destacan la colangitis esclerosante, el síndrome de overlap o la colangiopatía asociada a IgG4. La asociación entre EII y abscesos hepáticos es poco frecuente, aunque estos pueden constituir la manifestación inicial de la misma.

### Caso clínico

Mujer, 36 años, sin antecedentes, en seguimiento en consultas por diarrea de dos meses de evolución en torno a 8 deposiciones diarias con sangre, pendiente de estudio endoscópico, que acude a Urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho y fiebre de 38°C de una semana, asociado a náuseas, vómitos e importante pérdida ponderal acentuada en las últimas dos semanas. Analíticamente destacaba elevación de reactantes de fase aguda y aumento de transaminasas y enzimas de colestasis, especialmente GGT (703 U/L), además de anemia (Hb 8,2 g/dl) y desnutrición proteicocalórica (prealbúmina 12). Se realiza TAC urgente que informa de presencia de LOE de 10 cm hipodensa, heterogénea, de bordes mal definidos sin captación en fase arterial y venosa. Se inicia antibioterapia empírica, dada la clínica de la paciente y se realiza durante su ingreso endoscopia digestiva baja, con hallazgo de pancolitis ulcerosa activa Mayo 3 y RM hepática, que informa de LOE multitabizada con zonas quísticas sugestivo en primer lugar de absceso. Se realiza drenaje de la colección guiado por ecografía y se inicia así mismo tratamiento con corticoterapia a dosis plenas y mesalazina, con gran mejoría clínica. Se descartó endocarditis mediante ecocardiografía y otros posibles orígenes del absceso. Se aisló *S.intermedius* en el cultivo de la muestra. Finalmente, tras 25 días con antioterapia intravenosa y 12 días con drenaje, pudo retirarse el mismo tras 72 horas sin débito y la paciente fue dada de alta con antibioterapia oral, corticoides en pauta descendente y mesalazina, encontrándose asintomática y con normalización de parámetros nutricionales y hematimétricos.

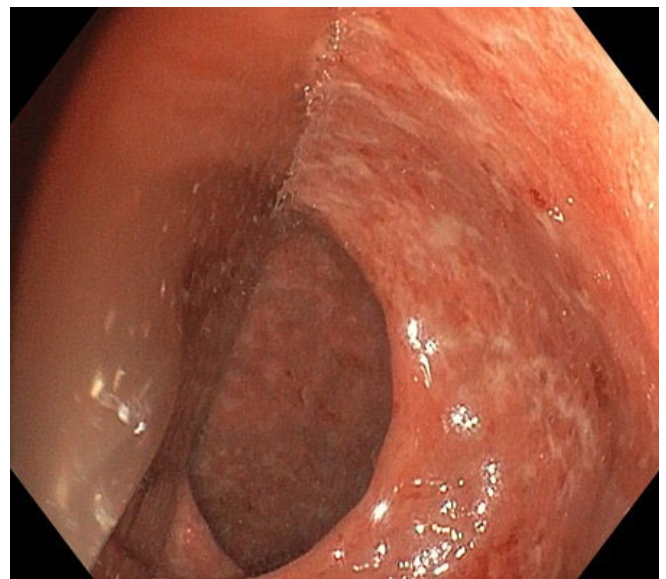


FIGURA 1  
Imagen de EDB donde se aprecia mucosa eritematosa con pérdida de patrón vascular y úlceras continuas, sugestiva de brote de colitis ulcerosa

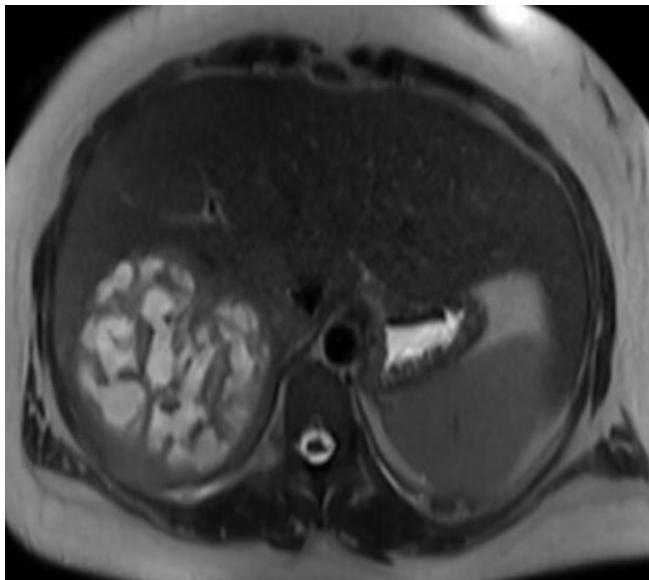


FIGURA 2

Corte transversal donde se objetiva gran LOE hepática multiquistica sugestiva de absceso.



FIGURA 3

Corte transversal de TAC abdominal tras 10 días de drenaje, donde se aprecia práctica resolución de la colección.

## Discusión

Los abscesos hepáticos constituyen una complicación infrecuente de la EII, siendo más frecuentes en la enfermedad de Crohn. En colitis ulcerosa, el microorganismo más frecuentemente aislado es el estreptococo, seguido de E.Coli. Se cree que el mecanismo fisiopatológico está relacionado con la disrupción de la mucosa intestinal que predispone a una invasión bacteriana del sistema

venoso portal, con la consecuente formación de abscesos. Suele estar así mismo relacionado con la fase activa de la enfermedad. Otros factores que predisponen a su formación son la corticoterapia a largo plazo, la diabetes, la cirugía abdominal, la enfermedad fistulizante y la malnutrición.

## CP-228. ANASTOMOSIS QUIRÚRGICA ILEO-CECAL CON PRESERVACIÓN DE LA VÁLVULA ILEOCECAL Y ESTENOSIS FIBRÓTICA, INFRANQUEABLE AL ENDOSCOPIO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

GARCÍA MARTÍNEZ A, PAVÓN GUERRERO I, AGUILAR MARTÍNEZ JC, CEPERO LEÓN C, MATEOS MILLÁN D

UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.

## Introducción

Se trata de un varón de 29 años con enfermedad de Crohn, afectación ileo-cólica y en tratamiento con adalimumab, que durante su seguimiento desarrolló clínica de suboclusión intestinal. Se objetiva estenosis de íleon terminal, así como de la válvula ileocecal, de tipo mixto (inflamatorio y fibrótico) y fibrótico, respectivamente. Presentamos el caso en reunión multidisciplinar, procediendo a la resección del íleon terminal, preservación de la válvula ileocecal y realizándose una anastomosis ileo-cecal latero-lateral manual.

## Caso clínico

Se realizó colonoscopia al año tras la intervención quirúrgica previamente descrita, con llegada hasta ciego. En primer lugar, se visualizó la válvula ileocecal y en sentido proximal, la anastomosis ileo-cecal, ambas con estenosis infranqueables al endoscopio, sin signos de actividad endoscópica. No obstante, se objetiva a través de la primera un fondo de saco ciego y de la segunda, una mucosa

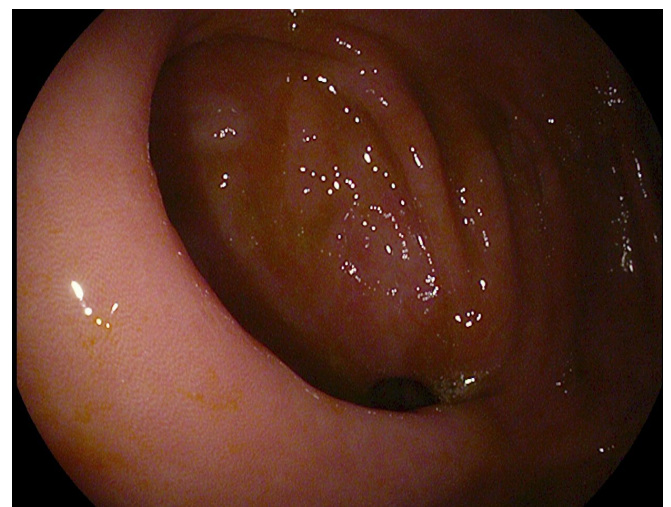


FIGURA 1

Válvula ileocecal a la izquierda y anastomosis ileo-cecal detrás de la misma, al fondo.



ileal con patrón vellositario normal. Las biopsias no demostraron actividad histológica y el resto de la colonoscopia era normal. Dado que el paciente se encontraba asintomático y la estenosis no presentaba actividad endoscópica e histológica, se continuó con tratamiento médico.

### Discusión

La preservación de la válvula ileocecal y la realización de una anastomosis quirúrgica ileo-cecal no son prácticas quirúrgicas habituales en los pacientes con enfermedad de Crohn. Dado que la cirugía en la enfermedad inflamatoria intestinal está en constante avance es probable que dispongamos de forma progresiva de más casos de pacientes en los que observemos los resultados de esta técnica quirúrgica en la endoscopia digestiva.

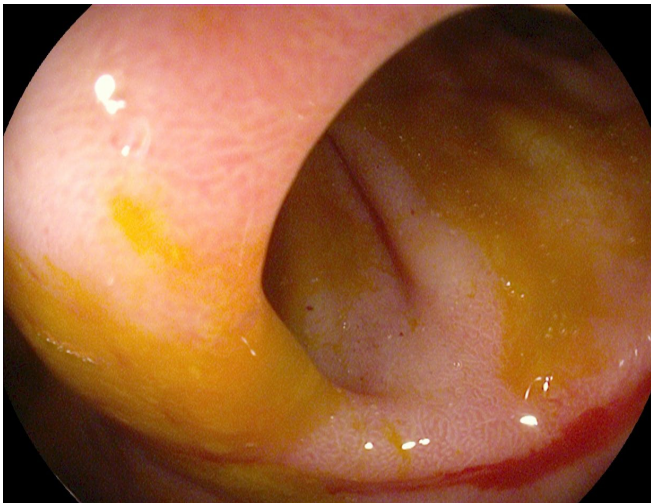


FIGURA 2

Anastomosis ileo-cecal no franqueable mediante el endoscopio.

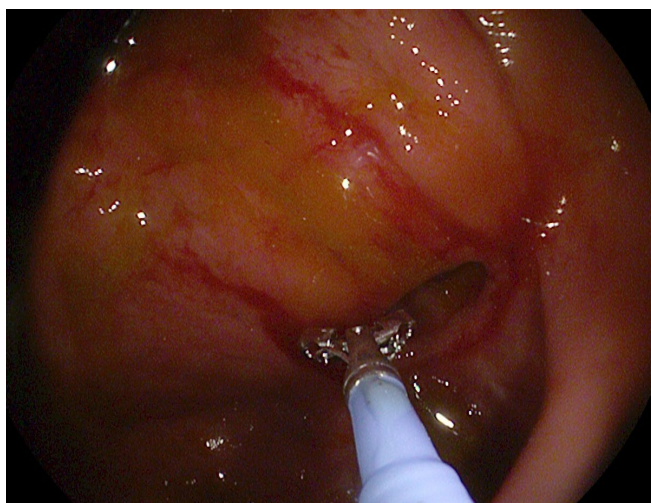


FIGURA 3

Toma de biopsias endoscópicas de la anastomosis quirúrgica ileo-cecal.

### CP-229. ARTERITIS DE TAKAYASU TRAS PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL CON RESERVORIO ILEAL POR ADENOCARCINOMA DE COLON EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

JOFRÉ PERALTA S, FERNÁNDEZ PÉREZ F, TORRES DOMÍNGUEZ A, BISSO ZEIN JK, PÉREZ AISA A

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

### Introducción

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal, engloba a la Colitis Ulcerosa (CU), Enfermedad de Crohn, y Colitis Indeterminada. Puede afectar a otros órganos. El compromiso extraintestinal tiene una prevalencia del 6-47%. Las vasculitis asociadas a la EII son infrecuentes, aunque es importante su identificación dado el impacto negativo en el pronóstico y la calidad de vida.

### Caso clínico

Mujer de 34 años diagnosticada de CU izquierda a los 14 años. Evolución tórpida, tratada con azatioprina y tacrólimus, por refractariedad escalada a anti-TNF (Infliximab y Adalimumab); múltiples brotes con necesidad de corticoides. Se realiza panproctocolectomía con reservorio ileal e ileostomía por adenoma tubulovelloso con displasia moderada (biopsia previa). La histología del pólipo es de adenocarcinoma bien diferenciado; estadio T3N0M0. A los nueve días, es reintervenida por peritonitis fecaloidea, con resección de la ileostomía por isquemia del estoma. Al año, en TC toraco-abdomino-pélvico: engrosamiento circunferencial de la pared de aorta torácica, abdominal, porción proximal de los troncos supraaórticos, de tronco celiaco y arteria mesentérica superior (Figura 1 y 2). Destaca asimetría tensional (> 10 mmHg) entre miembros superiores, pulsos radiales no palpables y soplo carotídeo izquierdo y subclavio derecho. Analítica: VSG 76mm/h, C3 y C4 normales, crioglobulinas, ANA y ANCA negativos. Doppler TSA: engrosamiento uniforme de pared de ambas carótidas comunes y bulbos carotídeos con flujo con alta velocidad y resistencia. Es diagnosticada de Arteritis de Takayasu, iniciándose un tratamiento corticoideo en pauta descendente y Metotrexate 10 mg/semanal de mantenimiento.

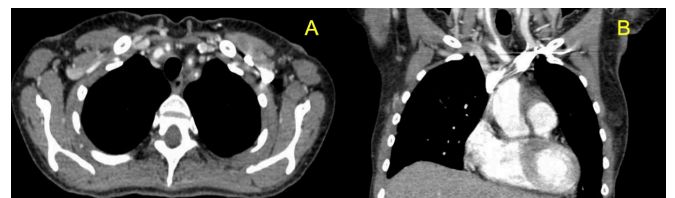


FIGURA 1

Panel A: TC torácico, corte axial, se evidencia engrosamiento de las paredes de la región proximal de los troncos supraaórticos. Panel B: TC torácico, corte coronal, engrosamiento de las paredes del tronco braquicefálico y sus ramas (subclavia y carótida común).



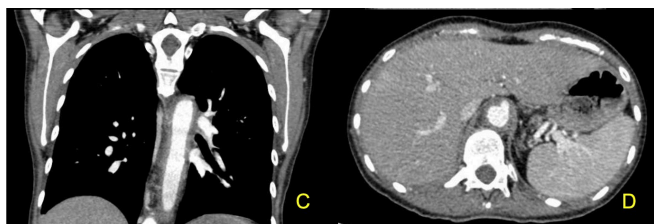


FIGURA 2

Panel C: TC torácico, corte coronal, engrosamiento de las paredes de aorta torácica. Panel D: TC abdominal, corte axial, engrosamiento de las paredes de aorta abdominal y salida del tronco celiaco.

## Discusión

La Arteritis de Takayasu es una vasculitis crónica granulomatosa caracterizada por estenosis, oclusiones y aneurismas de la aorta y sus ramas principales. Tiene una incidencia de 1-2/1.000.000. Afecta principalmente a mujeres jóvenes asiáticas. La prevalencia de AT en pacientes con CU es del 0.21%. Su concurrencia implica mecanismo inmunitarios, como la reacción cruzada entre autoanticuerpos del tejido aórtico y la mucosa colónica, además de la presencia del HLA-B52:01 en ambas, sugiriendo la eficacia de un tratamiento común. En la literatura, los casos de AT asociados a CU se han producido con colon in situ, sólo hay un caso descrito en una mujer japonesa de 42 años con CU corticorrefractaria que desarrolló la enfermedad a los cuatro meses de la proctocolectomía total. Por lo tanto, podríamos plantear el desarrollo de la AT como una manifestación extraintestinal de la colitis ulcerosa incluso tras la extirpación del colon y recto o bien como el desarrollo florido de la misma ante la suspensión de la medicación inmunosupresora que podría estar enmascarando la AT.

## CP-230. COLITIS GRAVE POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE CON BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA CORTICORREFRACTARIO

CASTRO RODRÍGUEZ J, APARICIO SERRANO A, GÓMEZ PÉREZ A, GÓMEZ GARCÍA M, FERNÁNDEZ GONZÁLEZ R, SANTOS LUCIO A

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

## Introducción

El tratamiento del brote grave de colitis ulcerosa (CU) se realiza con corticoides intravenosos (iv), debiendo reevaluar la respuesta al 3-5º día, y si no hay remisión, comenzar tratamiento con ciclosporina o fármacos anti-TNF como infliximab. Ante un brote severo de CU corticorrefractario se deben descartar sobreinfecciones que expliquen dicha resistencia, sobre todo *Clostridium difficile* o citomegalovirus (CMV).

## Caso clínico

Mujer de 17 años sin antecedentes de interés con diarrea de 15

días de evolución con más de 10 deposiciones diarias con sangre, asociado a tenesmo rectal, dolor abdominal, fiebre y pérdida de 8kg de peso. Consulta inicialmente en centro privado donde se realiza TC urgente que muestra hallazgos de pancolitis, e ingresa para estudio. Se solicita coprocultivo y toxina de *C. difficile* en heces que resultan negativos, así como una colonoscopia, que muestra hallazgos compatibles con CU severa. Se inicia tratamiento con mesalazina oral y tópica y corticoides iv. A pesar de ello muestra una evolución desfavorable, con rectorragia, hipotensión (88/57 mmHg), taquicardia (121 latidos), palidez, desnutrición e hiporexia, fiebre y elevación de reactantes de reactantes (leucocitos 18330/ $\mu$ L, PCR 243 mg/L), iniciándose antibioterapia empírica, así como coagulopatía y anemia progresiva con requerimiento transfusional. Dos semanas más tarde se inicia tratamiento biológico con infliximab iv. Dada la ausencia de mejoría la paciente es trasladada a nuestro centro. Se realiza radiografía de abdomen que descarta megacolon tóxico y se inicia metilprednisolona 60 mg iv/día y meropenem iv. Se realiza rectosigmoidoscopia urgente que muestra úlceras profundas (Figura 1) con biopsias y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positivas para CMV. Dada la gravedad es finalmente intervenida de forma urgente mediante colectomía subtotal e ileostomía terminal, con evolución favorable.

## Discusión

La colitis por CMV tiene una prevalencia del 6-33% en los brotes graves de CU, resultando difícil distinguir ambas entidades. El diagnóstico se realiza mediante PCR y/o análisis histológico (siendo característicos los cuerpos de inclusión en hematoxilina-eosina e inmunohistoquímica positiva), ambas sobre muestras colónicas tomadas por endoscopia. El tratamiento se basa en ganciclovir 5 mg/kg/12h iv durante al menos 3-5 días, seguido de valganciclovir

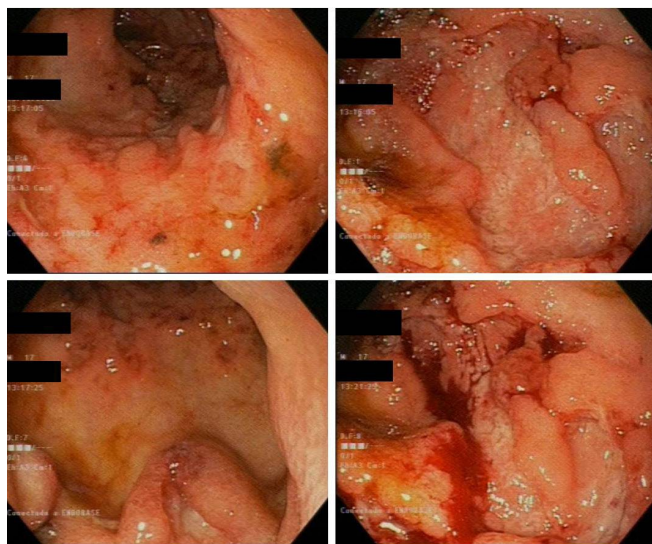


FIGURA 1

Rectosigmoidoscopia: mucosa rectal con desaparición del patrón vascular, friabilidad y sangrado espontáneo y úlceras geográficas, profundas y de gran tamaño, con disminución del calibre de la luz. Las características de dichas úlceras pueden orientar a CMV. Biopsias con CU grave y CMV positivo.

oral 900 mg/12h durante 2-3 semanas. La sobreinfección por CMV en CU aumenta el riesgo de colectomía. En el caso presentado, la demora en el inicio de la terapia biológica y la no detección y tratamiento precoz de CMV al inicio del brote derivó en una situación de gravedad extrema que condujo a la cirugía como única solución posible.

### CP-231. DERMATOSIS AMPOLLAR IGA LINEAL Y ENFERMEDAD DE CROHN: UNA ASOCIACIÓN POCO COMÚN

LÓPEZ GONZÁLEZ J, CAMPOS SERRANO N, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A

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

#### Introducción

La dermatosis ampollar IgA lineal es un trastorno dermatológico autoinmune infrecuente caracterizado por la aparición de ampollas subepidérmicas de contenido seroso o hemorrágico que aparecen sobre la piel normal. Se produce por la presencia de anticuerpos IgA de forma lineal en la membrana basal dirigidos contra diversas proteínas en la unión dermoepidérmica. En los adultos aparece tras la pubertad, con un pico de incidencia sobre los 60 años, siendo ligeramente más frecuente en mujeres que en hombres.

#### Caso clínico

Mujer de 36 años, con antecedente de enfermedad de Crohn ileocolónica de diez años de evolución, con buen control de sintomatología digestiva, que acude a consulta adelantando su revisión habitual por aparición de lesiones ampollosas en brazos, manos, pecho y espalda, pruriginosas, que había tratado con clobetasol tópico. En esos momentos, la paciente se encontraba en tratamiento con sulfasalazina 1 g/24h, tras haber suspendido once meses antes azatioprina tras remisión clínico-endoscópica prolongada. A la exploración, la paciente presenta lesiones residuales hiperpigmentadas junto con placas eritematosas inflamatorias con excoriaciones y costras, además de evidenciarse ampollas aisladas (**Figura 1**). La paciente es derivada a consultas de Dermatología, donde ante la sospecha de dermatitis herpetiforme se inicia dieta sin gluten (con biopsias duodenales posteriormente negativas para celiaquía), dapsona y prednisona oral, se solicita analítica con perfil autoinmunidad y se realiza biopsia de las lesiones, donde se objetivan áreas de vesiculación subepidérmica y depósitos lineales intensos de IgA a lo largo de la membrana basal dermoepidérmica, todo ello sugestivo de dermatosis ampollosa IgA lineal (**Figura 2**). A pesar del tratamiento, tras múltiples brotes con afectación también de mucosa oral, se inicia tratamiento con Azatioprina 100 mg/24h, consiguiendo control de la patología dermatológica, además de mantenerse asintomática desde el punto de vista digestivo

#### Discusión

La dermatosis por IgA lineal ha sido asociada clásicamente con fármacos (nunca con mesalazina o sulfasalazina), neoplasias malignas, infecciones, enfermedades del tejido conectivo y



FIGURA 1

Foto de la espalda donde se objetivan lesiones residuales hiperpigmentadas y ampollas aisladas

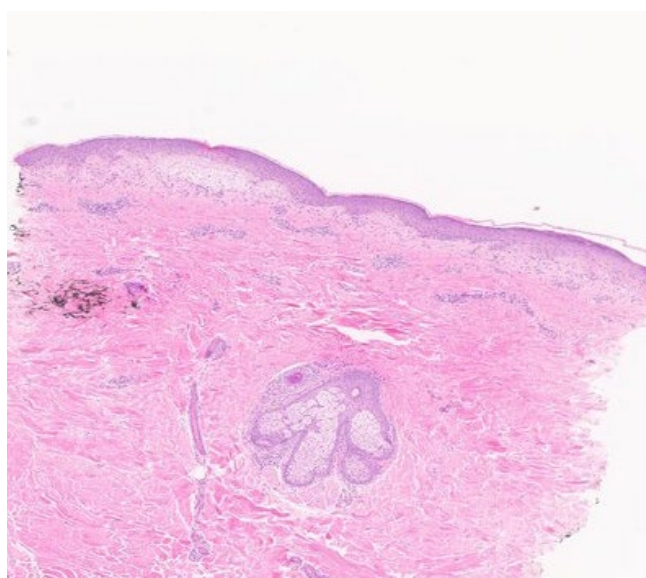


FIGURA 2

Edema en dermis papilar con despegamiento epidérmico y depósito fibrinoleucocitario, así como abscesos de PMN en unión epidérmica. En inmunofluorescencia se confirmó diagnóstico.

colitis ulcerosa, pero en muy pocas ocasiones ha sido descrita en asociación con la enfermedad de Crohn. La razón de esta asociación sigue sin estar clara. Algunas hipótesis sugieren un aumento de la estimulación antigénica por la anormal permeabilidad de la mucosa o incluso una anomalía en la producción de IgA1 en la mucosa. El tratamiento de elección son las sulfonas, con buena respuesta generalmente. En casos sin respuesta, pueden asociarse los corticoides orales, pudiendo ser necesario el uso de fármacos inmunosupresores como azatioprina, ciclosporina o micofenolato

en los casos más refractarios.

## CP-232. EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y DURABILIDAD DE VEDOLIZUMAB EN ENFERMEDAD DE CROHN ACTIVA MODERADA-GRAVE: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

MORALES BERMÚDEZ AI, BRACHO GONZÁLEZ M, GÓMEZ RODRÍGUEZ P, OLMEDO MARTÍN R

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

### Introducción

El objetivo primario de nuestro estudio fue evaluar la efectividad, seguridad y durabilidad de vedolizumab (VDZ) en enfermedad de Crohn (EC) activa moderada-grave en práctica clínica real.

### Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes tratados en nuestro centro con VDZ con EC activa moderada-grave. La efectividad se valoró a las 16 semanas del inicio del tratamiento y en la última visita con datos disponibles. Se consideró remisión (RmLE) y respuesta libre de esteroides (RsLE) a la consecución de un índice de Harvey-Bradsahaw (IHB)  $\leq 4$  o un

descenso de al menos 3 puntos con respecto al IHB previo. Para evaluar la durabilidad de VDZ se realizó una curva de supervivencia de Kaplan-Meier. Además se registraron los efectos adversos atribuibles a VDZ durante el seguimiento.

### Resultados

Se incluyeron 26 pacientes cuyas características clínico-demográficas se recogen en la (Tabla 1). La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 52 semanas (RIQ= 24-78). A las 16 semanas del inicio de tratamiento con VDZ se alcanzó RmLE y RsLE en el 19,2% y 69,2% de los pacientes respectivamente. En la última visita de seguimiento, un 27% de los pacientes alcanzó la RmLE con un 61,5% presentando RsLE (Figura 1). La probabilidad de retención del tratamiento con VDZ en la mediana de seguimiento fue del 57%, no difiriendo significativamente entre los pacientes bionave

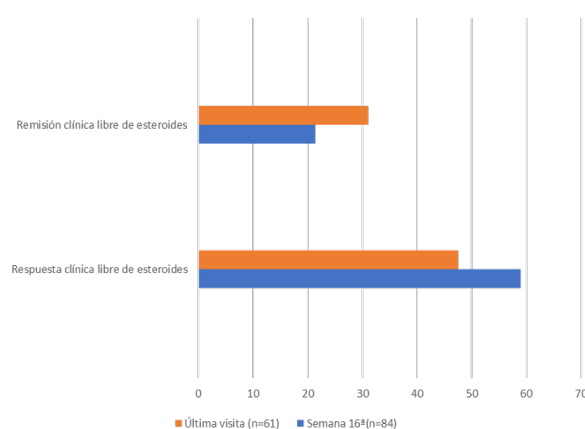


FIGURA 1

Efectividad de vedolizumab en la semana 16ª y última visita con datos disponibles (mediana de seguimiento de 52 semanas).

Variable	n=26
Edad, mediana (RIQ)	56(31)
Duración de la EC en años, mediana (RIQ)	8,5(11,5)
Sexo n (%)	
Hombre	10(38,5)
Mujer	16(61,5)
Fenotipo n (%)	
Inflamatorio	17(65)
Estenosante	7(27)
Fistulizante	2(7)
Tabaquismo n (%)	
No activo	19(73)
Activo	7(27)
Localización EC n (%)	
Ileon	7(27)
Colon	9(34)
Ileocolónica	8(31)
Tracto digestivo superior + ileon	2(8)
Historia de enfermedad perianal n (%)	9(34)
Número de terapias biológicas previas, n (%)	
Bionáve	12(46)
1	4(15)
2	6(23)
3	4(15)
Intensificación VDZ n (%)	17(65)
Corticoides sistémicos al inicio de VDZ, n (%)	8(30)
Ustekinumab previo, n (%)	7(27)
Inmunosupresor asociado, n (%)	2(7)

FIGURA 1

Características clínico-demográficas de los pacientes incluidos.

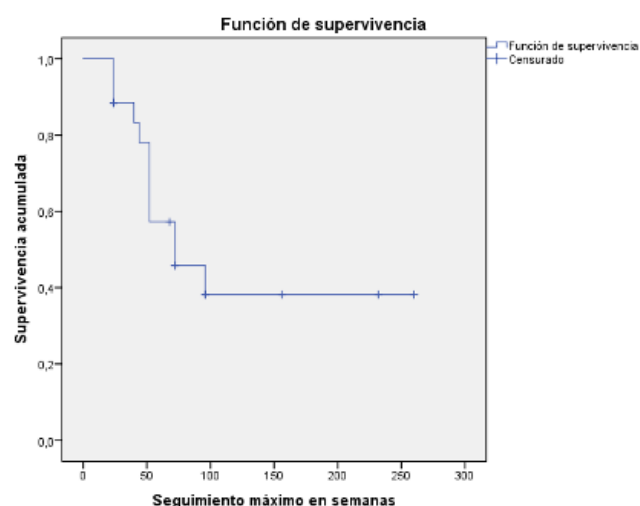


FIGURA 2

Durabilidad de VDZ en pacientes con EC moderada-grave (mediana de seguimiento de 52 semanas).



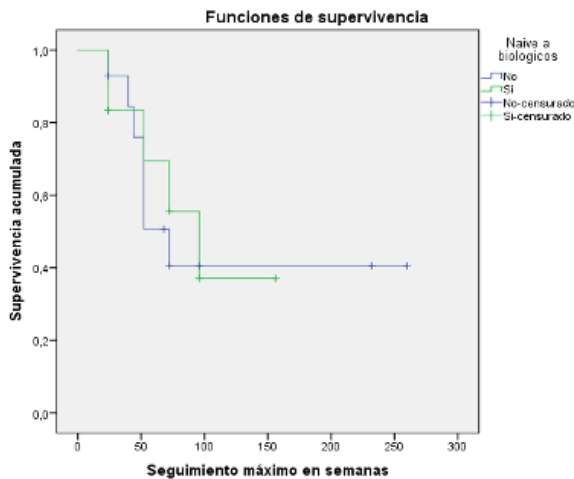


FIGURA 3

Durabilidad de VDZ pacientes con EC moderada-grave en función de la exposición previa a biológicos (log rank=ns).

con respecto a aquellos con fallo previo a otros biológicos (Figuras 2 y 3). No se registraron efectos adversos graves o que obligan a suspender VDZ. Se documentaron 3 efectos adversos leves en el 11,5% de los pacientes (artralgias, disnea y una infección viral leve).

### Conclusiones

En nuestra serie de pacientes, VDZ mostró una efectividad y seguridad acorde con lo descrito en otras series de práctica clínica real. La durabilidad de VDZ al año en esta serie de EC refractaria fue también considerable y no varió según la exposición previa a agentes biológicos.

### CP-233. ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA CON AFECTACIÓN ESPLÉNICA: UN CASO MUY POCO FRECUENTE.

NAVARRO MORENO E<sup>1</sup>, LÓPEZ GONZÁLEZ J<sup>1</sup>, PINOCHET ALMONACID S<sup>2</sup>, LÁZARO SÁEZ M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. <sup>2</sup>UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

### Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) con frecuencia se acompaña de manifestaciones extraintestinales (MEIs) las cuales tiene un espectro de afectación prácticamente multiorgánico. La enfermedad de Crohn metastásica (ECM) es la menos frecuente de las manifestaciones cutáneas, lo que le confiere a nuestro caso un carácter excepcional. Se presenta el caso de una paciente con EC ileal bien controlada que es diagnosticada de ECM con

afectación esplénica durante el estudio diagnóstico por síndrome constitucional.

### Caso clínico

Paciente de 29 años con EC ileal de 6 años de evolución, en tratamiento de mantenimiento con 5-ASA y azatioprina. Tras dos años sin seguimiento vuelve a la consulta refiriendo pérdida de 10 kg de peso en tres meses, asociado a un aumento del número de deposiciones, sin productos patológicos ni fiebre. Analíticamente destaca anemia (Hb 10.4 g/dL) y elevación de calprotectina fecal (3036 µg/g). Se realiza una ecografía abdominal en consulta evidenciándose esplenomegalia de hasta 17 cm de eje mayor, con múltiples LOEs hipoeoicas de diferentes tamaños. Ante estos hallazgos se solicita TC de abdomen donde se observa esplenomegalia con lesiones múltiples sugerentes de proceso linfoproliferativo como primera posibilidad. Se suspende la azatioprina y tras evaluarse en un comité multidisciplinar, se realiza una esplenectomía, cuyo estudio anatomopatológico descarta infiltración linfomatosa e identifica múltiples granulomas no caseificantes. Se realizan tinciones

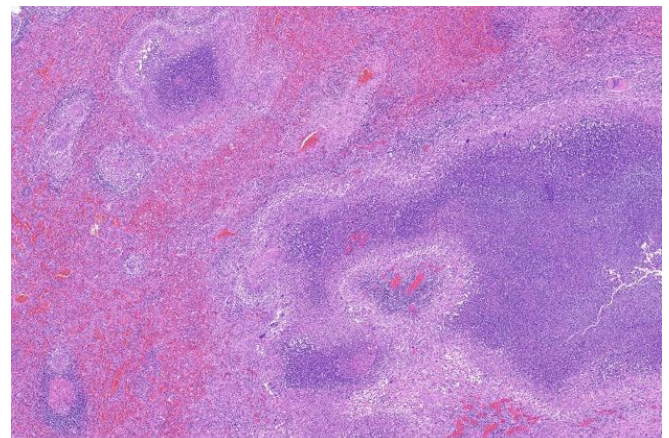


FIGURA 1

Granulomas no caseificantes de tamaño y contorno variables.

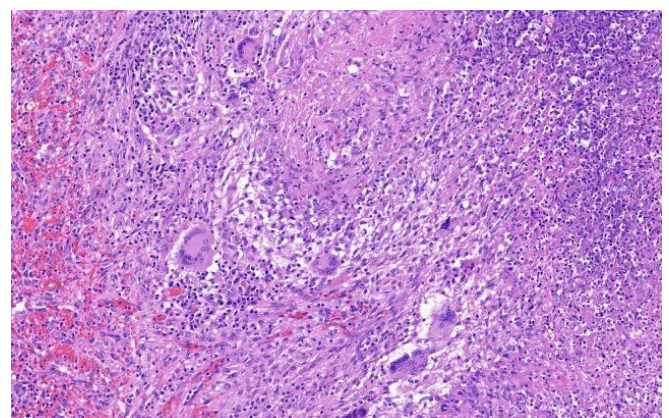


FIGURA 2

Células gigantes tipo Langhans.

especiales, estudio de autoinmunidad y PET-TC que descartan enfermedades sistémicas como vasculitis, proceso infeccioso o patología tumoral. Finalmente se evidencia mejoría clínica tras esplenectomía e inicio de corticoterapia, por lo que junto con los hallazgos histológicos concordantes, es diagnosticada de ECM en bazo. Tras la esplenectomía la paciente continuó con descenso progresivo de corticoterapia (actualmente con 5 mg/24h), asintomática y con recuperación del síndrome constitucional.

## Discusión

Dentro de las MEIs de la EII se encuentra la ECM como una manifestación infrecuente y clásicamente cutánea. Habitualmente suele presentarse como lesiones en la piel, inespecíficas, sin contigüidad con el tracto gastrointestinal y cuya característica más específica es la presencia de granulomas no caseificantes en la anatomía patológica, junto con la presencia de un infiltrado rico en eosinófilos y células de Langhans, entre otras. La ECM es una entidad poco prevalente dentro de las MEIs en la EII, pero su presencia esplénica lo convierte en un reto diagnóstico y un caso insólito dentro de los casos descritos hasta la fecha en la literatura científica, recordándonos la importancia y trascendencia del enfoque global de estos pacientes, así como su manejo multidisciplinar.

## CP-234. ESPLENOSIS ABDOMINAL: UNA GRAN SIMULADORA.

TERNERO FONSECA J, NARANO PÉREZ A, GONZÁLEZ ZAMORANO S, LEÓN LUQUE M, CALDERÓN CHAMIZO M, GÓMEZ DELGADO E, BEJARANO GARCÍA A

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

## Introducción

La esplenosis abdominal es una entidad infrecuente que se produce debido a la diseminación de tejido esplénico a distintos compartimentos corporales. Aunque suele ser asintomática puede causar dolor abdominal, obstrucción intestinal, hemorragia digestiva o simular neoplasias, por lo que debe sospecharse en pacientes con dicha sintomatología que presenten antecedentes traumáticos sobre el bazo, incluida la esplenectomía. Se presenta un caso de esplenosis que simulaba una carcinomatosis peritoneal, destacando la importancia de la anamnesis y de las pruebas de imagen en el diagnóstico diferencial de esta entidad.

## Caso clínico

Varón de 55 años con antecedente de esplenectomía tras traumatismo abdominal en la infancia que acude a consulta por epigastralgia de 1 mes de evolución, no relacionada con la ingesta, sin otra sintomatología asociada. Se realiza analítica completa con perfil abdominal y marcadores tumorales que resulta normal. En tomografía computarizada (TC) de abdomen se identifican múltiples nódulos sólidos intraabdominales de hasta 2,4 cm, hipervascularizados en fase arterial e isodensos con el parénquima hepático en fase venosa, descritos a distintos niveles del epiplón

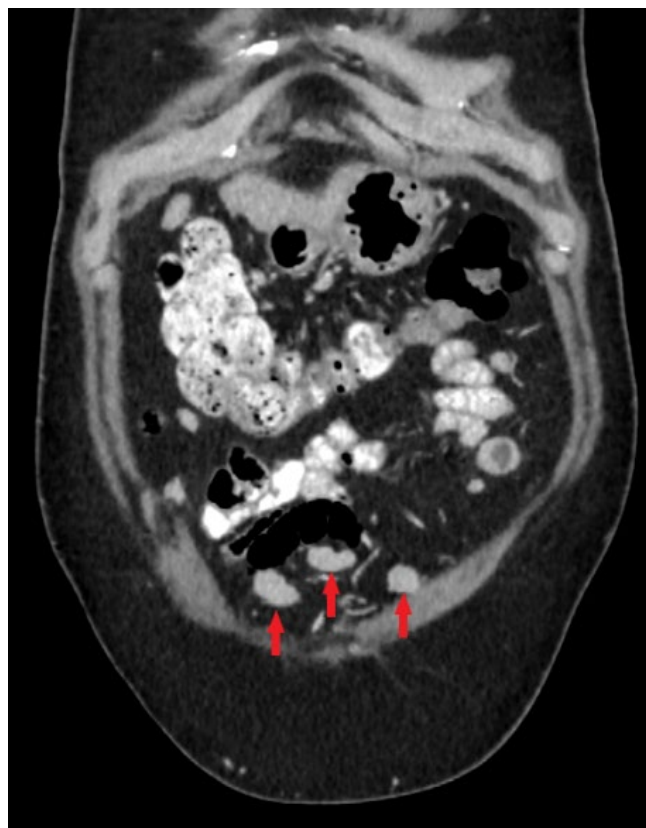


FIGURA 1

Corte coronal de TC en fase arterial donde se evidencian varios implantes de tejido esplénico hiperdensos.

mayor estando más agrupados en flanco izquierdo, a descartar carcinomatosis peritoneal. Se amplía el estudio con TAC de tórax y RMN de abdomen confirmando los hallazgos. Debido al antecedente del paciente, los hallazgos pueden sugerir esplenosis, por lo que se completa el estudio con gammagrafía con hematíes desnaturalizados marcados con Tecnecio-99 que confirma este diagnóstico.

## Discusión

La esplenosis se define como la localización heterotópica de implantes de tejido esplénico dentro la cavidad abdominal o en otra localización atípica, a consecuencia de una rotura esplénica traumática o durante una esplenectomía terapéutica. Los focos de esplenosis muestran una clínica inespecífica, encontrándose en la mayoría de los casos como un hallazgo incidental en las pruebas de imagen, pudiendo ser confundidos con otras entidades como la carcinomatosis peritoneal, la endometriosis o la enfermedad metastásica. Aunque los antecedentes médicos y el comportamiento dinámico en pruebas de imagen pueden orientar la sospecha, el diagnóstico definitivo se realiza con gammagrafía con hematíes desnaturalizados marcados con Tc-99, siendo una prueba no

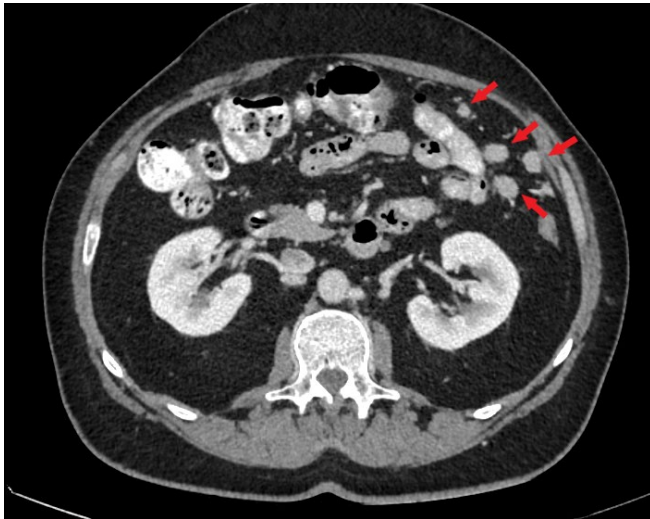


FIGURA 2

Corte axial de TC en fase arterial donde se evidencian varios implantes de tejido esplénico hiperdensos.

n.Pirofosfato de Estaño

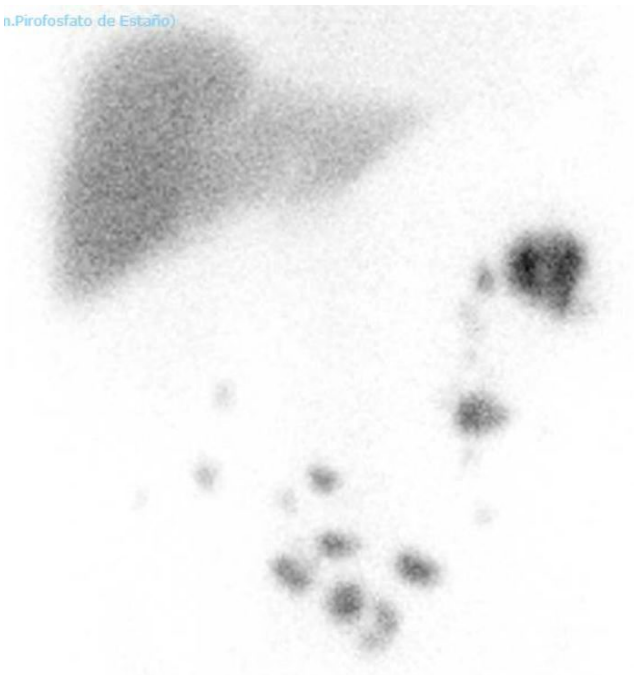


FIGURA 3

Estudio de gammagrafía con hematíes desnaturalizados marcados con Tc99 en el que se evidencian focos de captación de tejido esplénico.

invasiva que evita laparotomías exploradoras. En general, la actitud recomendada ante la confirmación diagnóstica de esplenosis, es la abstención terapéutica.

### CP-235. ESTUDIO PILOTO DE INCIDENCIA E IMPACTO DEL CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

PINAZO BANDERA JM, TORO ORTIZ JP, FERNANDEZ GARCÍA F, ALCAIN MARTINEZ GJ

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

#### Introducción

Calcular la incidencia de Clostridium difficile (Cd) en pacientes hospitalizados por Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) y evaluar su repercusión en cuanto a estancia hospitalaria, tasa de cirugía y exitus.

#### Material y métodos

Se trata de un estudio de cohortes, unicéntrico, prospectivo, que incluye pacientes con diagnóstico de EII basado en criterios clínicos, radiológicos, endoscópicos o histológicos; que han sido hospitalizados en el servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga) desde el 1 de Abril de 2020 hasta el 30 de Septiembre de 2020. Se excluyeron aquellos pacientes menores de 18 años y/o aquellos pacientes que no cumplían estrictamente criterios diagnósticos de EII. Se incluyeron pacientes cuya clínica predominante que motivó el ingreso fue el aumento del ritmo deposicional (diarrea), pacientes que la clínica predominante era obstructiva [estenosis intestinal, presencia de plastrón inflamatorio o absceso abdominopélvico] y aquellos cuyo motivo de ingreso fue una enfermedad perianal no controlada. De un total de 22 pacientes iniciales se excluyeron 2 por no cumplir los criterios diagnósticos de EII, quedando una cohorte total de 20 pacientes. A todos los pacientes incluidos se les realizó un estudio de toxina de Cd en las heces al ingreso.

#### Resultados

En la (Tabla 1, 2 y 3) se muestran los resultados descriptivos referidos a las variables estudiadas. Se llevó a cabo la comparación de dos grupos (total de pacientes Cd positivos y total de pacientes Cd negativos) (Tabla 4). En este estudio inferencial se alcanzaron resultados estadísticamente significativos en las variables HTA, DM, índice de Charlson y desescalada del tratamiento inmunosupresor basal ( $p=0.01$ ). Por otro lado, centrándonos en los pacientes que ingresan por clínica predominante de diarrea, se compararon dos grupos (pacientes con Cd positivo y paciente con Cd negativo) (Tabla 5 y Figura 1 y 2). En este caso, no se alcanzó la significación estadística en ninguna variable.

#### Conclusiones



Variables	N (porcentajes)/ Media (rango)
Sexo	
Hombre	11 (55)
Mujer	9 (45)
Edad	39.1 (18-80)
Raza	
Caucásica	20 (100)
Tabaquismo	
Fumadores	4 (20)
No fumadores	16 (80)
Diabetes Mellitus	2 (10)
HTA	2 (10)
IRC	1 (5)
Índice de Charlson	0.9 (0-6)
Enfermedad basal	
Enfermedad Crohn	11 (55)
Colitis ulcerosa	9 (45)
Colitis inclasificable	0 (0)
C. Montreal (EC)	
A1	3 (27.3)
A2	5 (45.4)
A3	3 (27.3)
L1	5 (45.4)
L2	3 (27.3)
L3	3 (27.3)
L4	0 (0)
B1	5 (45.4)
B2	2 (18.2)
B3	4 (36.4)
C. Montreal (CU)	
E1	1 (11.1)
E2	2 (22.2)
E3	6 (66.7)
Enfermedad perianal	4 (20)
I. Harvey-Bradshaw (EC)	8.2 (3-16)
I. Truelove-Witts modificado (CU)	17.3 (13-23)
Debut	3 (15)
Corticorresistencia	1 (5)
Corticodependencia	6 (30)
Tratamiento	
5-ASA	8 (40)
Corticoides	11 (55)
Tiopurinas	6 (30)
Anti-TNF	5 (25)
Anti-integrinas	1 (5)
Anti-IL 12-23	1 (5)
Inhibidores tirosin-quinasa	0 (0)

TABLA 1

Variables demográficas, comorbilidades-hábitos y enfermedad de base.

Variables	N (porcentajes) Media (rango)
Cirugía intestinal (3 meses previos)	0 (0)
Consumo AINEs (3 meses previos)	3 (15)
Consumo antibiótico (3 meses previos)	9 (45)
Consumo IBP (3 meses previos)	12 (60)
Hospitalización ( $\geq 48$ h en 3 meses previos)	2 (10)
Ingreso Urgencias (<48h 3 meses previos)	10 (50)
Aislamiento de <i>Clostridium difficile</i>	3 (15)
Toxina	
Toxina A	0 (0)
Toxina B	2 (66.7)
Toxina A+B	1 (33.3)
Recurrencia	0 (0)
Tratamiento para Cd	
Sí	3 (100)
No	0 (0)
Tipo de tratamiento	
Metronidazol vía oral	0 (0)
Vancomicina vía oral	2 (66.7)
Vancomicina vía oral + metronidazol intravenoso	1 (33.3)
Fidaxomicina vía oral	0 (0)
Duración del tratamiento en días	11.3 (10-14)

TABLA 2

Variables relacionadas con *Clostridium difficile* y factores de riesgo.

Variables	N (porcentajes) Media (rango)
Clínicas	
Número de deposiciones al ingreso	5.5 (1-13)
Número de deposiciones al alta	2.1 (1-4)
Presencia de sangre en deposiciones	9 (45)
Temperatura $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$	9 (45)
Analíticas	
PCR (mg/dL)	
Al ingreso	109.8 (1-374)
Al alta	18.8 (1-42)
Leucocitos	
Al ingreso	11641 (4990-19240)
Al alta	9796 (4920-16300)
Plaquetas	
Al ingreso	369450 (148000-633000)
Al alta	354250 (168000-595000)
Albumina (g/dL)	
Al ingreso	3.1 (2.1-3.7)
Al alta	2.8 (2-3.7)
Endoscópicas	
Endoscopia digestiva baja	10 (50)
Pseudomembranas	0 (0)
Biopsias para CMV	6 (60)
CMV positivo	2 (33.3)
Terapéuticas	
Desescalada del tratamiento inmunosupresor de base	2 (10)
Escalada en el tratamiento inmunosupresor de base	8 (40)
Pronósticas	
Estancia media en días	7.9 (3-15)
Necesidad de cirugía	2 (10)
Éxito	0 (0)

TABLA 3

Variables relacionadas con el ingreso hospitalario.

Variables	Pacientes Cd positivo (n=3)	Pacientes Cd negativo (n=17)	p
Edad en años	54.7	36.3	0,18
HTA (%)	66.7	0	0,01*
DM (%)	66.7	0	0,01*
IRC (%)	33.3	0	0,15
Índice Charlson	3.7	0.4	0,01*
Enfermedad de base (%)			0,56
Enfermedad de Crohn	33.3	58.8	
Colitis ulcerosa	66.7	35.3	
Índices de actividad			
Harvey-Bradshaw	16	7.4	0,10
Truelove-Witts	19.5	16.7	0,30
Enfermedad perianal (%)	66.7	11.8	0,08
Afectación colónica (%)	100	70.6	0,53
Toma de AINES en tres meses previos (%)	33.3	11.8	0,40
Toma de antibióticos en tres meses previos (%)	33.3	47.1	1,00
Toma de IBP en tres meses previos (%)	66.7	58.8	1,00
Ingresos en hospitalización ≥ 48h en tres meses previos (%)	0	11.8	1,00
Ingreso en Urgencias <48h en tres meses previos (%)	66.7	47.1	1,00
Tratamiento en tres meses previos (%):			
5-ASA	66.7	35.3	0,53
Corticoides	33.3	58.8	0,56
Tiopurinas	66.7	23.5	0,20
Anti-TNF	0	29.4	0,53
Anti-integrinas	33.3	0	0,15
Anti-IL12-23	33.3	11.8	0,40
Temperatura ≥37.5°C (%)	66.7	41.2	0,56
PCR al ingreso en mg/dL	196.7	94.5	0,15
Leucocitos al ingreso	10193.3	11896.5	0,56
Plaquetas al ingreso	389000	366000	0,87
Albumina al ingreso en g/dL	2.7	2.9	0,67
Desescalada de medicación inmunosupresora (%)	66.7	0	0,01*
Estancia hospitalaria en días.	8	7.8	0,832

TABLA 4

Estudio comparativo entre cohorte con *Clostridium difficile* positivo vs *Clostridium difficile* negativo

Variables	Pacientes <i>Clostridium difficile</i> positivo (n=3)	Pacientes <i>Clostridium difficile</i> negativo (n=11)	p
Edad en años	54.7	34.8	0,18
Índice de Charlson	3.7	0.27	0,056
Índices de actividad			
Harvey-Bradshaw medio	16	8.25	0,14
Truelove-Witts medio	19.5	16.7	0,30
Afectación colónica (%)	100	90.9	1,00
Número de deposiciones al ingreso	10	6.2	0,20
Número de deposiciones al alta	2.7	2.1	0,29
Presencia de sangre en heces (%)	66.7	63.6	1,00
Temperatura ≥37.5°C (%)	66.7	27.3	0,50
PCR al ingreso en mg/dL	196.7	100.1	0,18
PCR al alta en mg/dL	29.3	17.72	0,24
Leucocitos al ingreso	10193.3	11490	0,58
Plaquetas al ingreso	389000	385363.6	0,93
Albumina al ingreso en g/dL	2.7	3	0,62
Estancia hospitalaria en días	8	7.1	1,00

TABLA 5

Estudio comparativo entre cohorte con *Clostridium difficile* positivo vs *Clostridium difficile* negativo en ingresados por clínica predominante de diarrea

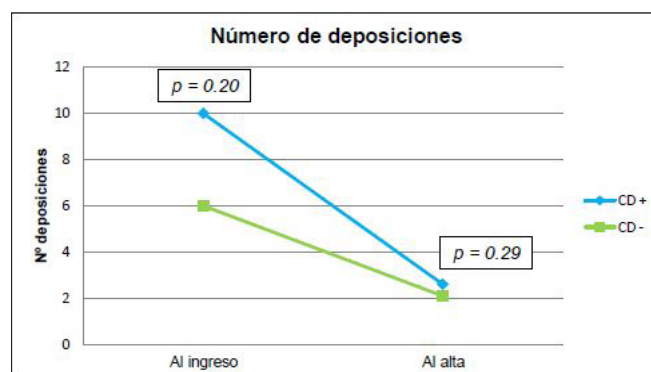


FIGURA 1

Comportamiento de número de deposiciones media en pacientes *Clostridium difficile* positivo vs pacientes *Clostridium difficile* negativos: subgrupo "clínica predominante de diarrea"

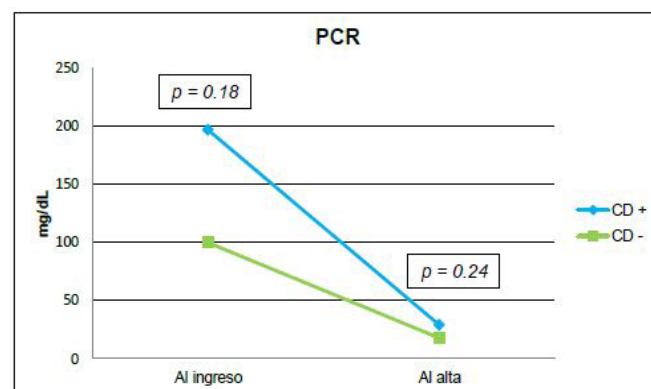


FIGURA 2

Comportamiento de PCR media en pacientes *Clostridium difficile* positivo vs pacientes *Clostridium difficile* negativos: subgrupo "clínica predominante de diarrea."

Hemos objetivado una incidencia de Cd elevada en los pacientes hospitalizados por EII (15%) y hemos identificado que los pacientes con mayor comorbilidad tienen más riesgo de desarrollar infección por Cd. Aunque en los pacientes con clínica predominante de diarrea, la PCR y el número de deposiciones al ingreso han sido sustancialmente superiores en la cohorte con sobreinfección, no se han alcanzado resultados estadísticamente significativos. En nuestro estudio piloto, la cohorte de pacientes sobreinfectados no ha experimentado una peor evolución. La extensión del estudio con un aumento del tamaño muestral puede confirmar los resultados obtenidos en el análisis preliminar o arrojar nueva evidencia sobre el impacto clínico de la infección por Cd en pacientes con EII.

### CP-236. EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON EII DERIVADOS A LA UNIDAD DE NUTRICIÓN CLÍNICA

VÍAS PARRADO C, CADENA HERRERA ML, MOUHTAR EL HALABI S, CASTRO LARIA L, MALDONADO PÉREZ B, CUANDO ÁLVAREZ A, ARGÜELLES ARIAS F

## Introducción

La malnutrición es una complicación frecuente en los pacientes con EI y su presencia condiciona mayor morbilidad y mortalidad. Es sabido que su tratamiento, basado en intervenciones dietéticas y suplementos nutricionales aporta un beneficio muy significativo

	Derivación		Control 6-9 meses		P
	N	%	N	%	
<b>IMC</b>					
Bajo peso	27	26,5	17	17,7	0,010 <sup>1</sup>
Normopeso	56	54,9	54	56,3	
Sobrepeso	19	18,6	25	26,1	
Hipoalbuminemia	16	28,6	2	4,0	0,001 <sup>2</sup>
Colesterol bajo	35	49,3	30	44,1	>0,999 <sup>2</sup>
Triglicéridos bajos	15	21,4	13	19,1	0,344 <sup>2</sup>
Anemia	41	53,9	22	35,5	0,017 <sup>2</sup>
Fe sérico bajo	22	40,0	15	25,9	0,092 <sup>2</sup>
Ferritina baja	15	27,3	14	23,0	>0,999 <sup>2</sup>
Déficit Vitamina D	18	81,8	30	69,8	0,109 <sup>2</sup>
Déficit B12 bajo	4	7,0	3	5,3	>0,999 <sup>2</sup>
Déficit Fólico	18	33,3	12	20,7	0,302 <sup>2</sup>
Calcio bajo	10	14,7	5	7,2	0,227 <sup>2</sup>

TABLA 1

Evolución de estado nutricional en control y a los 6-9 meses (variables cualitativas).

	Derivación		Control 6-9 meses		P
	Mediana	Rango intercuartílico	Mediana	Rango intercuartílico	
Peso Kg	59,1	48,8-69,2	61,1	51,1-70,0	<0,001 <sup>1</sup>
IMC	21,1	18,4-24,4	22,0	19,2-25,0	<0,001 <sup>1</sup>
Albumina	4,0	3,3-4,4	4,3	4,1-4,5	0,002 <sup>1</sup>
Colesterol total	151	114-172	158,5	133,0-186,0	0,003 <sup>2</sup>
Triglicéridos	88,0	74,8-157,5	96,0	76,0-186,8	0,188 <sup>1</sup>
Hemoglobina	12,6	11,4-13,8	13,1	12,2-13,9	0,004 <sup>2</sup>
Hierro sérico	56	35-83	68,5	41,3-92,5	0,009 <sup>2</sup>
Ferritina	59,8	26,0-166,0	75,2	33,6-155,5	0,899 <sup>1</sup>
Vitamina D	22,1	15,6-29,2	26,3	17,1-33,0	0,139 <sup>1</sup>
B12	401,0	280,5-605,5	400,0	287,5-596,5	0,550 <sup>1</sup>
Ácido Fólico	5,2	3,5-7,6	6,5	4,4-10,6	0,600 <sup>1</sup>
Calcio	9,1	8,7-9,6	9,3	9,0-9,6	0,083 <sup>1</sup>

TABLA 2

Evolución de estado nutricional en control y a los 6-9 meses (variables cuantitativas).

a los pacientes con EI; sin embargo, con frecuencia constituye un aspecto olvidado y relegado en la práctica clínica. El objetivo de este estudio es conocer el impacto de la intervención nutricional en los pacientes con EI de nuestra unidad.

## Caso clínico

Estudio retrospectivo observacional que incluye pacientes con EI del HUVM valorados en la Unidad de Nutrición Clínica entre octubre del 2019 y octubre de 2020. Se recogieron datos demográficos, bioquímicos y antropométricos al momento de la derivación y 6-9 meses posteriores. Se utilizaron las puntuaciones de IMC de la OMS y los puntos de corte del laboratorio bioquímico del HUVM.

## Resultados

Se incluyeron 102 pacientes, 68,7 % con Enfermedad de Crohn (EC), 53,9% varones y edad media de 38,5 años. El principal motivo de derivación fue la pérdida de peso (74,5%), seguido por intervenciones quirúrgicas (16,7%). El 59.8% de pacientes presentó algún tipo de malnutrición, la más frecuente malnutrición energética (47,54%), seguida de energético-proteica (42,62%) y proteica (9,83%). El 52,5% de casos de malnutrición fueron de grado severo y 23% moderado. El 26.5% de pacientes presentaba bajo peso (IMC <18,5), la mediana de IMC fue 21. El 28% presentaba hipoalbuminemia (mediana 4,0g/dl) y el 49.3% hipolipemia (mediana 151mg/dl). Los déficits de micronutrientes más frecuentes fueron de Vitamina D (16/22; 80,8%), seguido de anemia (53,9%) y déficit de ácido fólico (33,3%). Además del consejo dietético, el 93% de pacientes recibió algún suplemento de nutrición enteral (NE). A los 6-9 meses se evidenciaron diferencias significativas en el IMC, en especial disminución del porcentaje de bajo peso (26,5%-17,7%; p=0,010) y aumento de la mediana del IMC (21-22, p<0,001). Se observó un aumento significativo en las medianas de peso (p<0,001), albúmina (p=0,002), colesterol total (p=0,003), hemoglobina (p=0,004) y hierro sérico (p=0,009), así como reducción de la frecuencia de anemia (53,9%-35,5%, p=0,01).

## Conclusiones

Más de la mitad de pacientes derivados a la Unidad de Nutrición Clínica presentaron malnutrición, aproximadamente el 75% de estos fueron de grado moderado-severo. Los pacientes derivados y tratados con suplementos de NE presentaron una mejoría significativa del estado nutricional.

## CP-237. FÍSTULA GASTROCÓLICA, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

TORO ORTIZ JP, FERNÁNDEZ GARCÍA F, GIL AYUSO J, ANDRADE BELLIDO R

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

## Introducción

Entre un 35-50% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC)



pueden presentar patología fistulosa, existiendo mayor riesgo de ésta ante mayor duración de la enfermedad. En la mayoría de las ocasiones afecta a la región perianal, siendo poco frecuente la aparición de fistulas gastrocólicas (FGC).

### Caso clínico

Mujer de 47 años diagnosticada en 2014 de EC con afectación colónica y perianal (A2L2B1p), en tratamiento con Azatioprina y Adalimumab (previamente fallo secundario a Infliximab). Durante su seguimiento en consulta, comienza con dolor epigástrico irradiado

a hombro izquierdo postprandial, halitosis, ocasionales eructos con mal olor, diarrea sin productos patológicos y pérdida de peso de 10 kg. Se realiza entero RMN identificándose una pseudomasa inflamatoria de 6 x 4.6 cm que engloba ángulo esplénico del colon, pilar diafragmático anterior y cámara gástrica (Figuras 1 y 2); con un trayecto fistuloso gastrocólico en su interior (Figura 3 y 4). Además, se objetiva actividad inflamatoria a nivel de colónico con estenosis y dilatación preestenótica (Figura 5). Se amplía el estudio mediante endoscopia digestiva alta (sin identificar clara

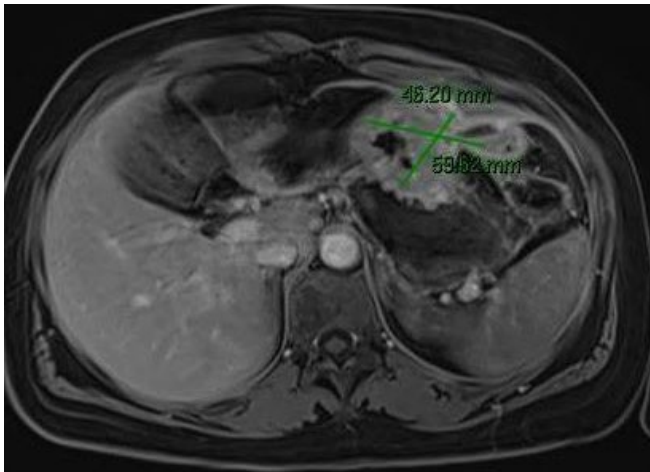


FIGURA 1

Corte axial de enterorMN que muestra pseudomasa inflamatoria de 6 x 4,6 cm.

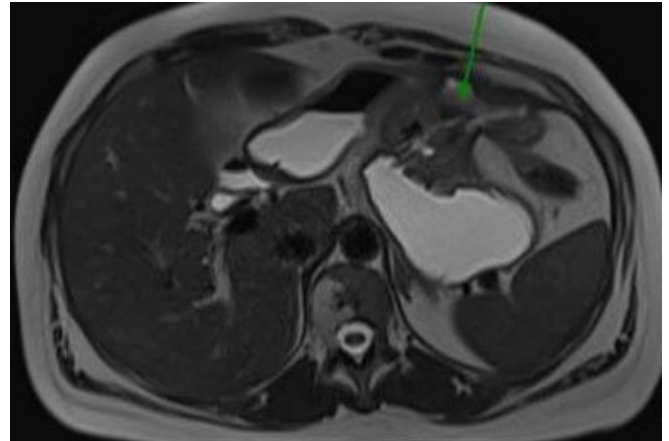


FIGURA 3

Corte axial de enterorMN que muestra fístula gastrocólica (flecha verde)

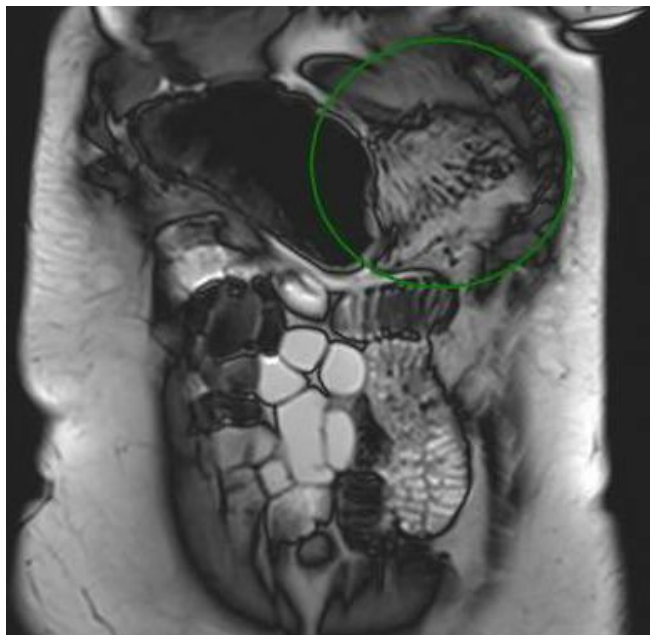


FIGURA 2

Corte coronal de enterorMN que muestra plastrón inflamatorio (círculo verde).

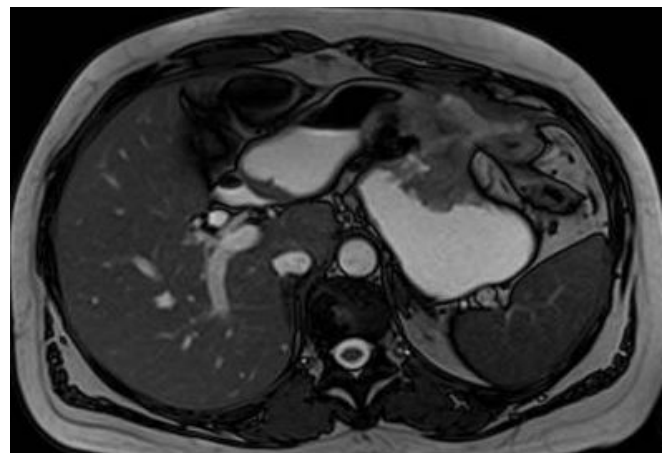


FIGURA 4

Corte axial de enterorMN que muestra fístula gastrocólica.

imagen fistulosa, solo retracción de mucosa a nivel de curvatura mayor) y baja (confirmando estenosis infranqueable). Se propone para tratamiento quirúrgico, realizándose colectomía subtotal, ileostomía y resección parcial gástrica. Posteriormente se confirma mejoría clínica y ponderal.

### Discusión

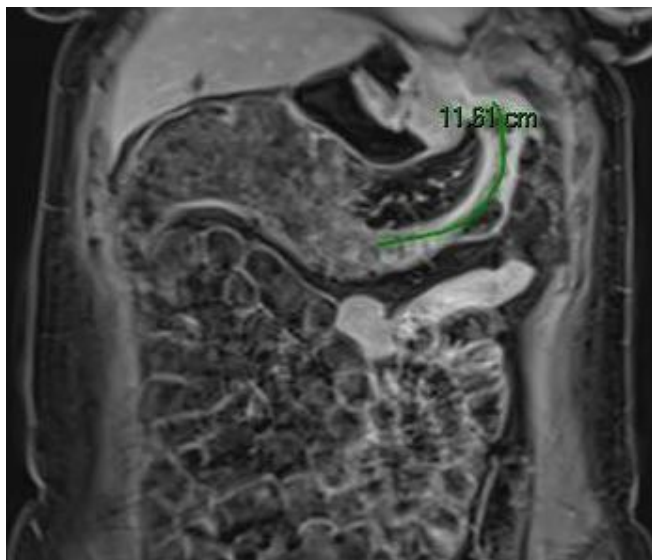


FIGURA 5

Corte coronal de enteroRMN que muestra segmento colónico de 11.6 cm con cambios estenóticos fibroinflamatorios (trayecto verde).

La inflamación crónica transmural característica de la EC afecta hasta la serosa, llevando a la formación de fístulas que pueden afectar a órganos adyacentes. No solo la EC está relacionada con la aparición de FGC, pudiendo causarlas otras entidades como cirugías previas, tumores gástricos, tumor pancreático, traumatismo intraabdominal, absceso intraabdominal y diverticulitis. En cuanto a la clínica, la triada típica en la FGC es diarrea, pérdida de peso y halitosis/vómitos fecaloideos, estando presente este último en tan solo el 30% de los pacientes y considerándose patognomónico. Sin éste, el resto de síntomas hacen difícil el diagnóstico diferencial con el brote de EC u otras complicaciones. El diagnóstico de elección se realiza mediante una técnica de imagen radiológica, siendo preferible la enteroRMN frente al TC por su mayor sensibilidad. Una vez diagnosticada, se podría plantear la intensificación del tratamiento médico o, como en nuestro caso, la resección quirúrgica. Este caso subraya la importancia del diagnóstico diferencial basado en los datos clínico-radiológicos entre las complicaciones de EC, concretamente de la infrecuente formación de una FGC.

### CP-238. HIDRADENITIS SUPURATIVA: MANIFESTACIÓN PARADÓJICA DEL TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB.

KECO-HUERGA A, PALOMAR-ÁVILA C, MORENO-PIMENTEL C, GARCÍA DE LA BORBOLLA-SERRES J, RUEDA-SÁNCHEZ J, CASTRO-FERNÁNDEZ M

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA.

#### Introducción

La Hidradenitis Supurativa (HAS) es una enfermedad cutánea inmunomediada caracterizada por placas inflamadas con nódulos,

pústulas o abscesos, preferentemente en axilas, ingles, periné o nuca. Las infecciones bacterianas agravan la enfermedad. En casos moderados graves, sin respuesta a antibióticos, retinoides o corticoides, está indicado tratamiento biológico anti-TNF, preferentemente Adalimumab (ADA) aprobado por la FDA y EMA para esta enfermedad. Presentamos un caso de HAS en un paciente con enfermedad de Crohn (EC) que se presenta durante el tratamiento con ADA.

#### Caso clínico

Paciente de 42 años diagnosticado con 24 años de edad de EC y espondiloartropatía. Inició por corticodependencia tratamiento con ADA 40 mg/2 semanas hacía 6 años, como primer biológico, asociado en los dos primeros años a azatioprina, alcanzando la remisión clínica. Tras presentar brote de actividad con elevación de calprotectina y niveles de ADA subóptimos, se incrementa la dosis a 80 mg/2 semanas. Recupera la remisión clínica, pero a los 4 meses comienza a presentar nódulos y pústulas en axilas, ingles, pubis y nuca, siendo diagnosticado de HAS. Se decide como primera medida desescalar ADA a 40 mg/2 semanas considerándose también el cambio a otro biológico. Tras esta intervención se observa mejoría progresiva de las lesiones cutáneas hasta su total resolución en 2-3 meses. A los 8 meses de seguimiento se mantiene en remisión clínica con ADA 40 mg/2 semanas y sin recidiva de la HAS.

#### Discusión

Las manifestaciones paradójicas son enfermedades que surgen o se agravan durante el tratamiento con un fármaco biológico indicado para su tratamiento. Se comunicaron inicialmente por anti-TNF aunque son factibles con otros biológicos. La psoriasis es la manifestación paradójica más comunicada, en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La HAS es más infrecuente presentándose la mayoría de los casos durante tratamiento con ADA. El tiempo de exposición es variable con una media de 12 meses (1-72). La decisión terapéutica estará condicionada por la gravedad de la HAS, actividad de la EII y respuesta a otros biológicos. Mantener el biológico, en nuestro caso ADA, y tratar la HAS es una opción en casos leves. La decisión terapéutica más apoyada, en otros casos, sería suspender el tratamiento e introducir un nuevo biológico no-Anti-TNF por la posibilidad de ser la HAS un “efecto de clase” inherente a estos fármacos. En el caso presentado mantuvimos, aunque desescalar, el tratamiento con ADA con excelente resultado, sugiriendo que la HAS sea un efecto adverso dosis dependiente.

### CP-239. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON NUTRICIÓN ENTERAL SOBRE LOS PARÁMETROS INFLAMATORIOS EN PACIENTES CON EII

MOUHAR EL HALABI S<sup>1</sup>, CADENA HERRERA ML<sup>1</sup>, VÍAS PARRADO C<sup>1</sup>, MALDONADO PÉREZ MB<sup>1</sup>, CASTRO LARIA L<sup>1</sup>, CAUNEDO ÁLVAREZ A<sup>1</sup>, ARGÜELLES ARIAS F<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>2</sup>UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

## Introducción

Evolución de los parámetros inflamatorios en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y nutrición enteral (NE).

## Material y métodos

Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron pacientes de la Unidad de EII del Hospital Universitario Virgen Macarena derivados a la Unidad de Nutrición. Se recogieron datos demográficos,

	Derivación		Control 6-9 meses		P
	Mediana	Rango intercuartílico	Mediana	Rango intercuartílico	
<b>I. Harvey</b>	4,0	3,2-4,9	4	2-5	0,019
<b>Harvey</b>					
Remisión	N = 21	30,0 %	N = 32	45,1%	0,082 <sup>3</sup>
Leve	N = 16	25,7 %	N = 23	32,4%	
Moderado	N = 28	40,0 %	N = 15	21,1%	
Severo	N = 3	4,3%	N = 1	1,4%	
<b>I. Mayo</b>	3,7	2,8-4,6	4	1-6	0,011
<b>Mayo</b>					
Remisión	N = 6	19,4%	N = 8	26,7%	0,001
Leve	N = 11	35,5%	N = 9	30,0%	
Moderada	N = 7	22,6%	N = 13	43,3%	
Severa	N = 7	22,6%	N = 0	0%	
PCR	8,2	5,5-10,9	4,4	0,9-10,9	0,001
CPF	665,0	0-1.588,3	229,6	94,1-457,4	0,043

FIGURA 1

Evolución de los parámetros de actividad inflamatoria en control a los 6-9 meses.

clínicos y bioquímicos al momento de la derivación y 6-9 meses tras la intervención nutricional. Se utilizó el Índice de Mayo clínico (IM) para Colitis Ulcerosa (CU) y el Índice de Harvey Bradshaw (IHB) para Enfermedad de Crohn (EC). Se consideraron elevados PCR superiores a 5 mg/dl y CPF de 200 ug/g.

## Resultados

Se incluyeron 102 pacientes, 70% con EC, 54% varones, edad media 38,9 años y mediana de cuatro años de evolución de la enfermedad. El 40% de los pacientes con EC se encontraba en actividad moderada y 4.3% con actividad severa. Los pacientes con CU, el 22,6% presenta actividad moderada y 22,6% actividad severa. La PCR estuvo elevada en 55% de las determinaciones, con mediana de 8,2mg/dg y la CPF en 11/12 pacientes, con mediana 665 ug/g. El 93% de pacientes recibió suplementación con NE, 37,3% requirieron pauta de corticoides durante el seguimiento y 35,6%, cambio de estrategia terapéutica. Se observaron diferencias significativas en las medias de puntuación de los índices de actividad a los 6-9 meses (IHB  $p = 0,019$ ; IM  $p = 0,011$ ). En CU, el 26,7% de pacientes entró en remisión, el 30% pasó a actividad leve y el 43.3% a actividad moderada, sin quedar ningún paciente con actividad severa ( $p = 0,001$ ). En EC, el 45,1% de pacientes pasó a remisión y el 32,4% a actividad leve, sin embargo las diferencias no alcanzaron la significación estadística ( $p = 0,082$ ). Los marcadores bioquímicos de actividad también mostraron descensos significativos en el seguimiento, la mediana de PCR fue de 4,4 mg/dl ( $p = 0,001$ ) y la mediana de CPF de 229,6ug/g ( $p = 0,043$ ).

## Conclusiones

Se observó una evolución favorable de los parámetros inflamatorios en los pacientes tratados con suplementos de NE. Se necesitan más estudios prospectivos, que evalúen la eficacia de la NE como tratamiento primario en la EII.

## CP-240. LA ENFERMEDAD PERIANAL EN LA COLITIS ULCEROSA

EL FALLOUS EL MRAGHID M, ALEJANDRE ALTAMIRANO RM, VALDIVIA KRAIG C, IGLESIAS FLORES E

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

## Introducción

La enfermedad perianal (EPA) se asocia con frecuencia a la Enfermedad de Crohn (EC), no obstante, también puede darse en la Colitis Ulcerosa (CU).



FIGURA 1A

Imagen de la colonoscopia realizada al inicio del estudio, con mucosa rectal discretamente edematosa y algunas aftas milimétricas fibrinadas.



FIGURA 1B

Imagen de la colonoscopia realizada al inicio del estudio, con mucosa rectal discretamente edematosa y algunas aftas milimétricas fibrinadas.



## Caso clínico

Mujer de 74 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía hipertensiva y en seguimiento en consultas externas de Aparato Digestivo por alteración del hábito intestinal. Se realiza una primera colonoscopia (**Figura 1A y 1B**) con hallazgo de proctitis ulcerosa con actividad leve y hallazgos anatomopatológicos sugestivos de colitis crónica activa indeterminada, a descartar enfermedad inflamatoria intestinal. Posteriormente la paciente consulta por drenaje espontáneo de heces y pus a través de orificio perianal, artralgias y aparición de lesiones nodulares cutáneas eritematovioláceas en las extremidades, sugestivas de eritema nodoso (**Figura 2A, 2B y 2C**). Al ingreso se realiza tomografía computerizada (TC) urgente identificándose una colección interglútea de 10mm con trayecto fistuloso, así como una nueva colonoscopia (**Figura 3A, 3B y 3C**) con hallazgo de colitis izquierda con afectación sugestiva de colitis ulcerosa. También se realiza una Resonancia Magnética (RM) de intestino delgado que no muestra afectación a dicho nivel y una RM pélvica (**Figura 4A y 4B**), con hallazgos de fístula transesfinteriana con orificio fistuloso y con formación de absceso recto vaginal del que parten tres trayectos fistulosos. Ante estos hallazgos, se consulta con el servicio de Cirugía General, decidiéndose tratamiento quirúrgico.

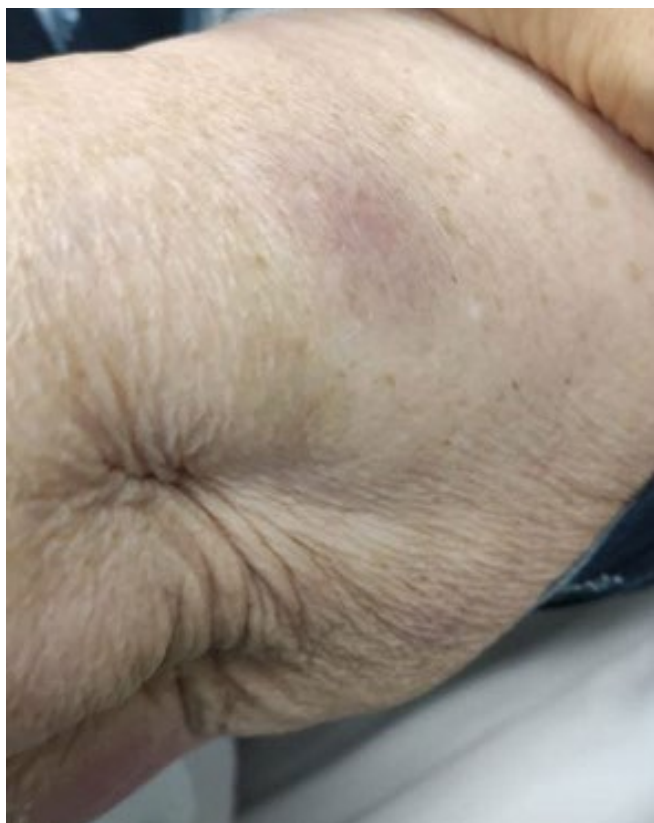


FIGURA 2A

Lesiones nodulares cutáneas eritematovioláceas dolorosas a la presión aparecidas en ambos miembros inferiores.

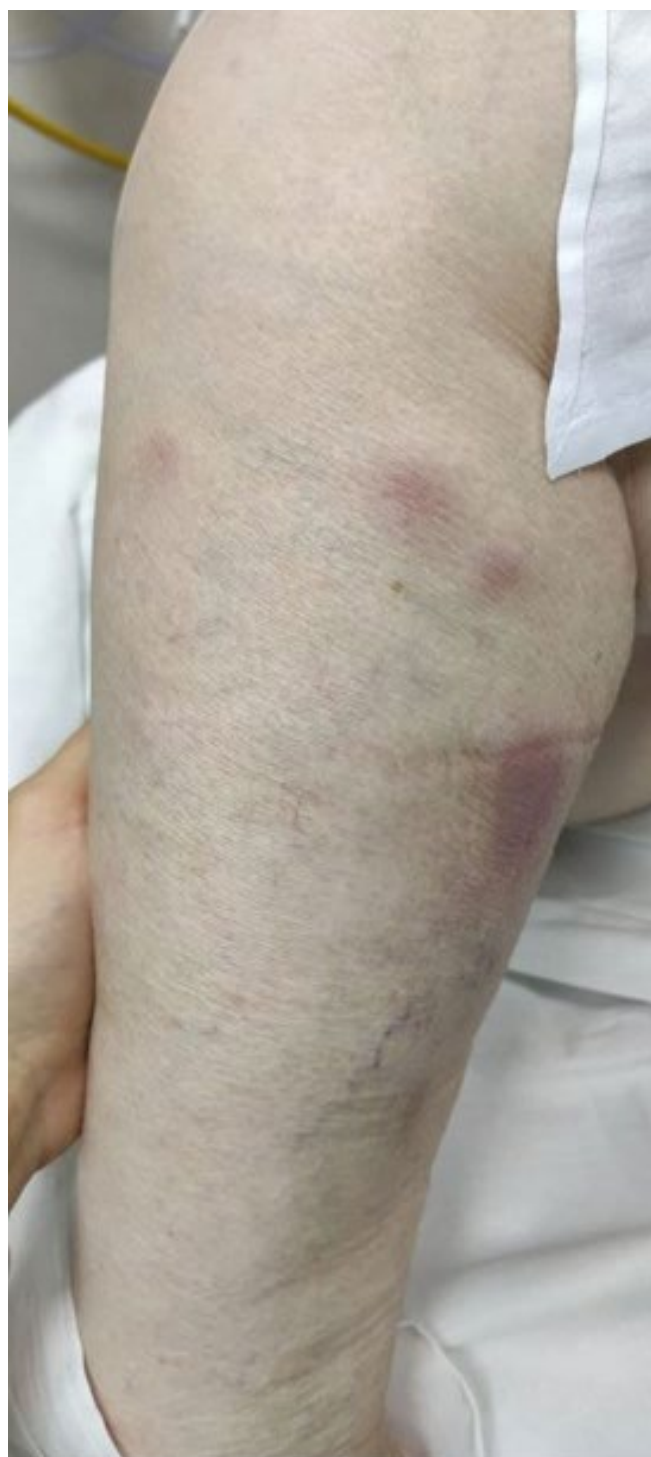


FIGURA 2B

Lesiones nodulares cutáneas eritematovioláceas dolorosas a la presión aparecidas en ambos miembros inferiores.

## Discusión

La enfermedad perianal se asocia generalmente a la enfermedad de Crohn en un 20-30% de los casos. No obstante, puede vincularse también con la colitis ulcerosa hasta en un 3-5%, según las series, y pudiendo preceder a la afectación digestiva hasta en un 25% de



FIGURA 2C

Lesiones nodulares cutáneas eritematovioláceas dolorosas a la presión aparecidas en ambos miembros inferiores.

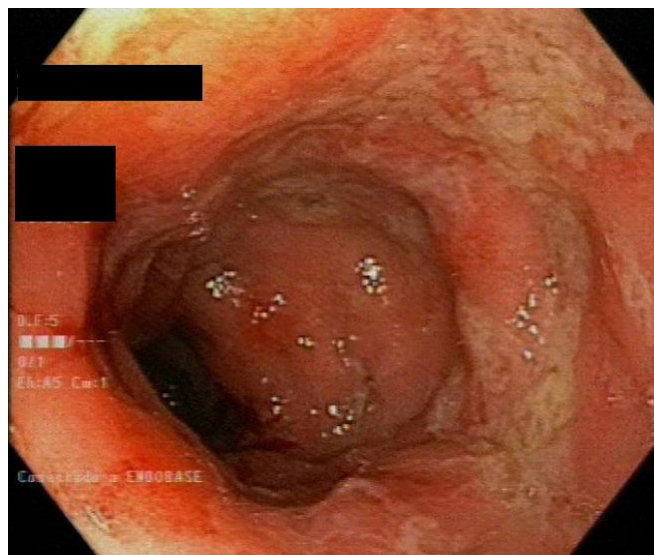


FIGURA 3A

Hallazgos endoscópicos en forma de Mucosa edematosa con pérdida del patrón vascular y algunas úlceras superficiales fibrinadas, objetivada en colon izquierdo y rect.

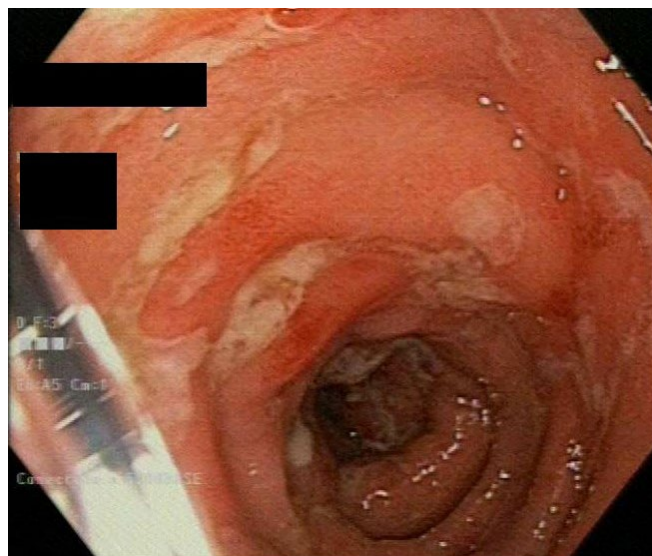


FIGURA 3B

Hallazgos endoscópicos en forma de Mucosa edematosa con pérdida del patrón vascular y algunas úlceras superficiales fibrinadas, objetivada en colon izquierdo y rect.

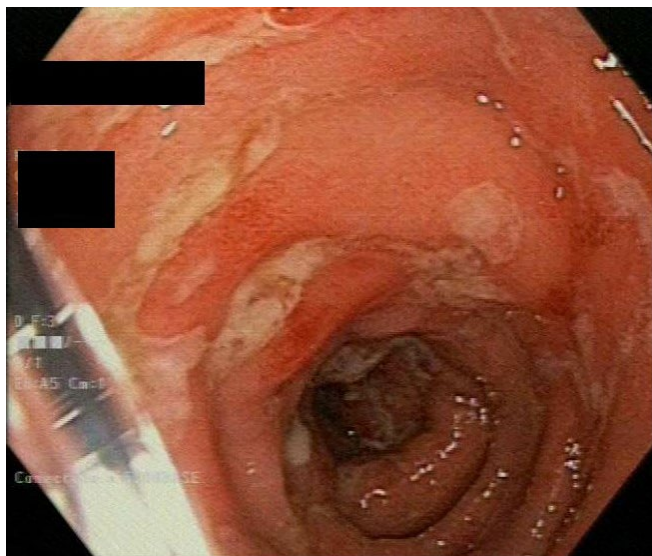


FIGURA 3C

Hallazgos endoscópicos en forma de Mucosa edematosa con pérdida del patrón vascular y algunas úlceras superficiales fibrinadas, objetivada en colon izquierdo y rect.

las veces. La EPA se manifiesta en la CU de igual modo que en la EC en forma de fisuras, absceso perianal, fístula o estenosis anal. La exploración física es de una importancia capital y debe ser sistemática, efectuada por un Proctólogo. El tratamiento no difiere del recomendado para la CU, aunque se ha descrito una mayor necesidad de corticoides. Por otro lado, el eritema nodoso es la manifestación cutánea más frecuente en la enfermedad inflamatoria



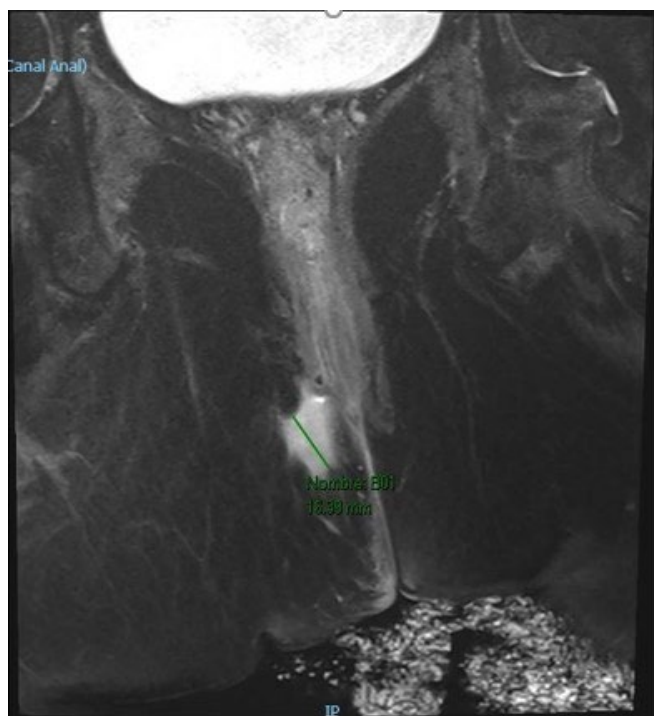


FIGURA 4A

RM pélvica donde se aprecia fístula transesfinteriana con orificio fistuloso a las 11 horas en decúbito supino, con formación de absceso recto vaginal de unos 17 mm de eje axial, del que parten tres trayectos



FIGURA 4B

RM pélvica donde se aprecia fístula transesfinteriana con orificio fistuloso a las 11 horas en decúbito supino, con formación de absceso recto vaginal de unos 17 mm de eje axial, del que parten tres trayectos.

intestinal (EI), siguiendo un curso paralelo a la afectación intestinal, y con una incidencia mayor en la EC (4-15%) pero no despreciable en la CU (3-10%). Aunque la EPA es poco frecuente y a menudo tiene un curso no grave en la CU, interfiere notablemente en la calidad de vida de los pacientes y debe sospecharse de forma temprana en caso de hallazgos compatibles, siendo imprescindible un examen cuidadoso y un tratamiento adecuado.

## CP-241. MUCOCELE RECTAL EN ENFERMEDAD DE CROHN TRAS ILEOLECTOMÍA

ANGULO MCGRATH I, MARTÍNEZ BURGOS M, MORALES BERMÚDEZ AI, PINTO GARCÍA I

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

### Introducción

El mucocèle es una colección cística de moco que resulta de la secreción producida por el epitelio mucoso en un espacio cerrado. Se trata de una complicación rara a nivel del tracto gastrointestinal, más frecuente a nivel apendicular, tratándose de algo excepcional a nivel rectal.

### Caso clínico

Mujer de 50 años con antecedentes de pancolitis ulcerosa en tratamiento con mesalazina. Intervenida de forma urgente en 2018 por perforación intestinal a nivel de colon transverso realizándose pancolectomía total con resección de 10 cm de íleon terminal afectos. Ileostomía terminal de Brooke. Histología de pieza quirúrgica: afectación transmural de intestino delgado y grueso. En 2020 presenta molestias perianales, sin secreción anal asociada. Enterografía por RMN describe muñón rectal distendido, 4 cm, con contenido líquido en su interior, compatible con mucocèle rectal (Figura 1). Rectosigmoidoscopia: tope a punta de dedo; recto menor a 2 cm sin identificarse luz. Drenaje guiado por ecoendoscopia rectal. Colección líquida de 60 mm de diámetro (Figura 1). Imposibilidad de posicionar prótesis por escasa longitud de remanente rectal. Punción con aguja de 19G colapsando colección. Resolución hasta el momento actual.

### Discusión

El mucocèle rectal es una patología extremadamente infrecuente, desconociéndose la prevalencia exacta, con menos de diez casos descritos en la literatura. Se trata de una colección cística mucosa secundaria a la secreción del epitelio mucoso en un espacio cerrado. Tras determinadas cirugías a nivel de colon o recto la mucosa rectal remanente continúa secretando pequeñas cantidades de moco, cuyo drenaje puede verse dificultado en caso de obstrucción o estenosis severa de canal anal. Se ha identificado en atresia anal, tras hemorroidectomía, tras cirugía de Hartman y tras cirugía por Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU); siendo la estenosis anal una complicación conocida secundaria a la inflamación crónica y fibrosis en la EC. En todos los casos descritos se resolvió mediante



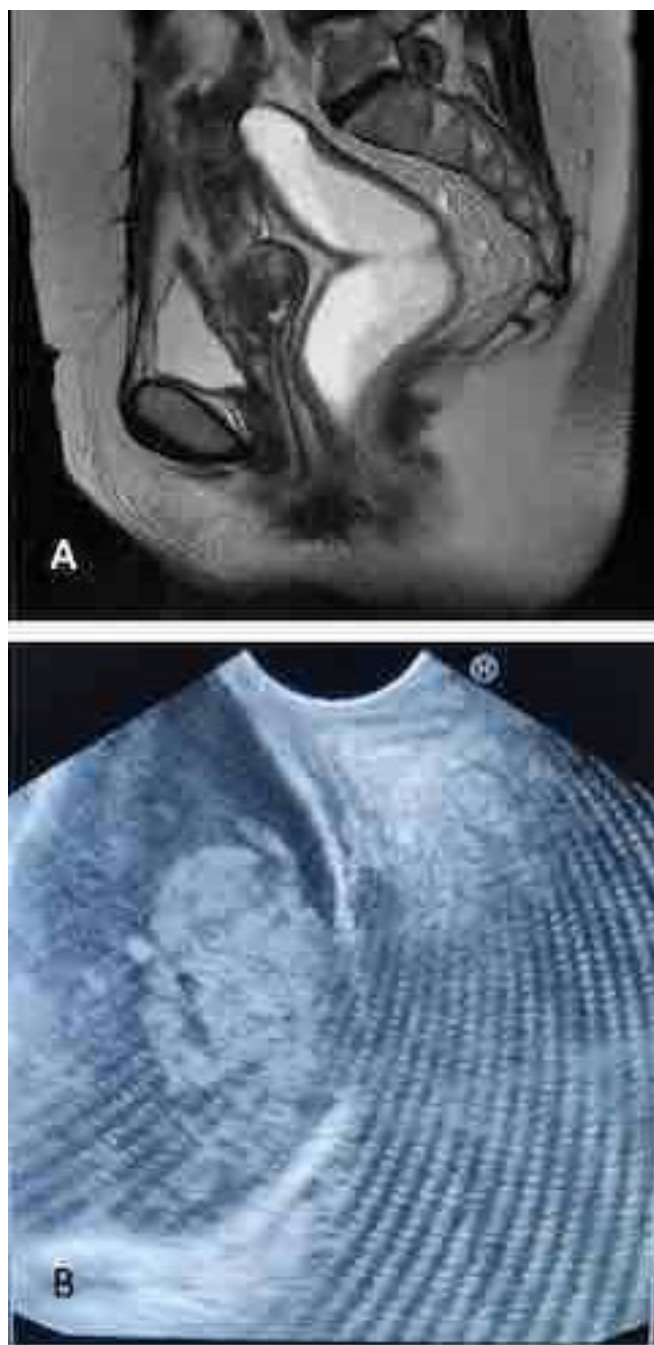


FIGURA 1

A. Enterografía por resonancia magnética (RMN) en la que se identifica muñón rectal distendido de 3,7 cm con contenido líquido en su interior. Pared rectal de grosor normal con realce homogéneo tras el contraste. Ileostomía en FID. B. Imagen ecográfica realizada con ecoendoscopio lineal introduciend

cirugía o drenaje. Sin embargo, el drenaje parece ofrecer una solución temporal dada la secreción mucosa constante del epitelio remanente, causando recurrencia o precisando múltiples drenajes en la totalidad de casos abordados mediante drenaje exclusivo. La proctectomía transanal es el tratamiento de elección si las características del paciente lo permiten, siendo una intervención quirúrgica con baja morbilidad que pudiera ofrecer una resolución definitiva del cuadro.

### CP-242. NEOPLASIAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS

CAMPOS SERRANO N, LÁZARO SÁEZ M, LÓPEZ GONZÁLEZ J, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A

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

#### Introducción

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) presentan mayor riesgo de desarrollar neoplasias debido a la inflamación crónica, a manifestaciones extraintestinales asociadas y a las diferentes terapias inmunosupresoras que reciben a lo largo de la enfermedad. El objetivo de nuestro estudio es conocer la incidencia de tumores en nuestra consulta de EII y la asociación a las diferentes terapias recibidas.

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo observacional y analítico, en el que se han recogido las neoplasias de los pacientes en seguimiento en la consulta en los últimos 5 años. Se han analizado el tipo de tumores, los tratamientos recibidos previamente diferenciados en fármacos inmunosupresores, biológicos y mesalazina, así como el cambio terapéutico que se realizó tras el diagnóstico, los posibles factores de riesgos asociados, y el seguimiento hasta Septiembre de 2021 del paciente.

#### Resultados

VARIABLES	RESULTADO
	N= 30
EDAD ACTUAL	53,3 ± 16,2
EDAD TUMOR	49,3 ± 16,9
SEXO	FEMENINO 11 (36,7%)
	MASCULINO 19 (63,3%)
FUMADORES	7 (23,3%)
CU	12 (40%)
EC	18 (60%)
ENFERMEDAD PERIANAL	5 (16,7%)
AF CCR	3 (10%)
MEIS	6 (20%)
NEOPLASIA PREVIA	3 (10%)
	CCR 7 (22,5%)
	GI NO CCR 3 (9,7%)
	UROTERIALES 8 (25,8%)
	PIEL NO MELANOMA 4 (12,9%)
	MELANOMA 1 (3,2%)
	PULMON 2 (6,4%)
	LINFOMA Y OTRAS N. SANGUÍNEAS 3 (9,7%)
	MAMA 1 (3,2%)
	TIROIDES 2 (6,4%)

CU: COLITIS ULCEROSA. EC: ENFERMEDAD DE CROHN. AF CCR: ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER COLORRECTAL. MEIS: MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES. CCR: CÁNCER COLORRECTAL. GI: GASTROINTESTINALES. N: NEOPLASIAS

TABLA 1

Características demográficas, clínicas y tipo de neoplasia desarrollada en los pacientes.

VARIABLES	RESULTADO	
TRATAMIENTOS PREVIOS	AZATIOPRINA	20 (66,7%)
	+ 1 ANTiTNF	6/20
	+ 1 ANTiTNF + METOTREXATE	2/20
	+ 2 ANTiTNF	7/20
	ANTI-TNF	14 (46,7%)
	+ VEDOLIZUMAB	4/14
	+ USTEKINUMAB	3/14
	METOTREXATE	1 (3,3%)
	MESALAZINA	25 (83,3%)
	MESALAZINA	7 (23,3%)
TRATAMIENTO MOMENTO DIAGNÓSTICO	MESALAZINA + AZATIOPRINA	5 (16,7%)
	MESALAZINA + AZATIOPRINA + INFLIXIMAB	3 (10%)
	AZATIOPRINA	1 (3,3%)
	ADALIMUMAB	1 (3,3%)
	ADALIMUMAB + AZATIOPRINA	3 (10%)
	INFLIXIMAB + AZATIOPRINA	2 (6,7%)
	INFLIXIMAB + METOTREXATE	1 (3,3%)
	USTEKINUMAB	1 (3,3%)
	USTEKINUMAB + AZATIOPRINA	1 (3,3%)
	VEDOLIZUMAB	2 (6,7%)
TRATAMIENTO POSTERIOR	TOFACITINIB	1 (3,3%)
	NINGUNO	5 (16,7%)
	MESALAZINA	4 (13,3%)
	METOTREXATE	1 (3,3%)
	AZATIOPRINA	3 (10%)
	INFLIXIMAB	2 (6,7%)
	USTEKINUMAB	3 (10%)
	VEDOLIZUMAB	10 (33,3%)
	TOFACITINIB	1 (3,3%)

TABLA 2

Fármacos empleados a lo largo de la enfermedad, en el momento del diagnóstico de la neoplasia y tras el mismo

De los 700 pacientes con EII revisados se han encontrado un total de 30 casos con desarrollo de neoplasias con edades comprendidas entre 21 y 81 años. De ellos, tres tenían antecedentes personales de neoplasias previas al diagnóstico y, de esos, uno desarrolló una segunda neoplasia no relacionada con EII. En dos de éstos, al valorar la necesidad de un fármaco inmunomodulador, se optó por un biológico no antiTNF de inicio. La incidencia global de tumores en nuestra cohorte es del 4,28%, siendo los más frecuentes los gastrointestinales y los uroteliales. El 66,7% de los pacientes habían estado en tratamiento con tiopurinas, tanto en monoterapia, como de forma combinada con otros fármacos. De éstos, el 40% lo hicieron durante un periodo mayor a 5 años. Salvo 2 casos, el resto desarrollaron tumores relacionados con este fármaco inmunomodulador. Casi el 50% de los casos habían recibido algún biológico, principalmente antiTNF. Tras el diagnóstico, en la mayoría de los casos se modificó el tratamiento, evitando las tiopurinas y los biológicos antiTNF, siendo el fármaco más empleado el vedolizumab.

## Conclusiones

Como principal conclusión, destacamos que la incidencia de cáncer colorrectal es menor que en la población general, a pesar de su relación con la EII. Esto puede ser debido a que la edad media es menor, la vigilancia es muy estrecha y al mejor control de la enfermedad con los fármacos actuales. A pesar de las asociaciones descritas entre inmunosupresores y biológicos con determinadas neoplasias, en nuestro trabajo podemos apreciar que son terapias con buen perfil de seguridad, sin que ello conlleve un riesgo relevante de desarrollo de neoplasias en nuestra población de estudio.

## CP-243. NEUMONÍA NOSOCOMIAL OPORTUNISTA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN FISTULIZANTE

SOTOMAYOR ORELLANA MA, VIEJO ALMANZOR A, GUERRERO PALMA E, CALDERÓN RAMÍREZ MR

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

## Introducción

La neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (PCP) suele presentarse como una infección oportunista en inmunodeprimidos, con una elevada mortalidad, siendo peor en ausencia de VIH. La terapia inmunosupresora es un factor de riesgo importante para desarrollar PCP. La enfermedad de Crohn (EC) fistulizante enterocutánea hospitalizada puede requerir manejo con antibioterapia, inmunosupresores, drenajes e incluso cirugía. Los accesos vasculares, la enfermedad extensa y la inmunosupresión aumentan la susceptibilidad de infecciones intrahospitalarias por microorganismos nosocomiales u oportunistas. En el contexto de una IRA es importante la sospecha de PCP, especialmente en pacientes que reciben corticoterapia.

## Caso clínico

Varón de 42 años con ECA3B3L3p (Montreal) de 22 años de evolución con mal control, fallo a anti-TNF, portador de ileostomía, fístulas enterocutáneas de gran calibre (**Figura 1A y 1B**) y perianales (**Figura 2**), que ingresa por brote de la enfermedad recibiendo tratamiento con metilprednisolona a 60 mg/c24h, antibioterapia, NPT y se inició ustekinumab. Durante el ingreso desarrolló infecciones asociadas a accesos vasculares (*Staphylococcus* spp.) y a antibioterapia prolongada (*E. cloacae* BLEE), precisando vancomicina y meropenem, que limitaron el tratamiento biológico. Tras 2 meses presentó deterioro general e IRA global, trasladándose a UCI con fallo multiorgánico y SDRA, precisando IOT. Se detectaron infiltrados

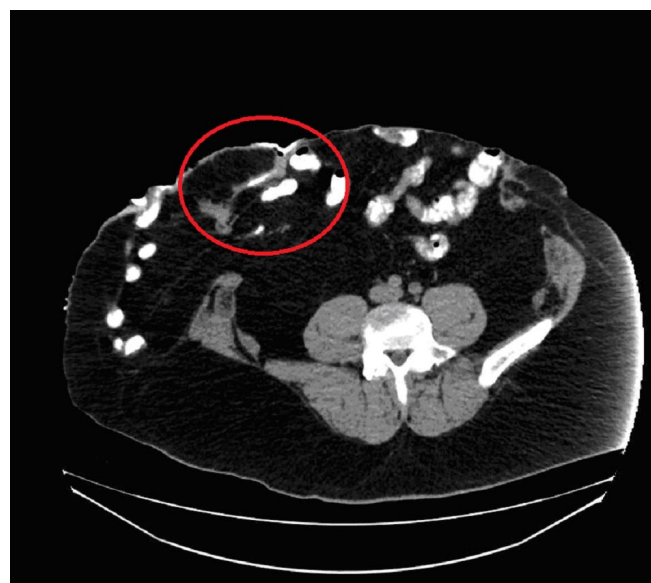


FIGURA 1A

TAC de abdomen con contraste oral. Se aprecia trayecto fistuloso de 7-8 cm, con apertura hacia pared abdominal



FIGURA 1B

TAC de abdomen con contraste oral. Se aprecia trayecto fistuloso de 7 - 8 cm, con apertura hacia pared abdominal.



FIGURA 2

RM de pelvis, se aprecia un fino trayecto fistuloso de dirección anterior, de unos 7mm de longitud y que contacta con la zona periférica izquierda de la próstata a nivel del ápex.



FIGURA 3A

Rx Portátil de Tórax al 1er y 3er día en UCI respectivamente. Se aprecia infiltrado intersticial bilateral en el contexto clínico de IRA global



FIGURA 3B

Rx Portátil de Tórax al 1er y 3er día en UCI respectivamente. Se aprecia infiltrado intersticial bilateral en el contexto clínico de IRA global

intersticiales en radiografía de tórax (**Figura 3A y 3B**) y derrame pleural en TC (**Figura 4**), con PCR positiva para *P. jiroveci* en aspirado traqueal. Se inició hidrocortisona, caspofungina y cotrimoxazol (18 días). A los 12 días se extubó, con control radiológico sin infiltrados (**Figura 5**). Al día 18 ventilación espontánea eupneica con cánula nasal y a los 21 días retorna a planta de digestivo, manteniendo hemocultivos positivos que obligan a continuar con ATB de amplio espectro.





FIGURA 4

TAC DE TORAX. Al 3er día en UCI se observa presencia de derrame pleural derecho.



FIGURA 5

Rx AP de tórax portátil. Se aprecia mejoría de los infiltrados intersticiales bilaterales.

## Discusión

El *P. jirovecii* se transmite por vía aérea de persona a persona. En pacientes con EII, la PCP está relacionada, en un 91% de los casos, con el uso de glucocorticoides prolongado (>1 mes). Se manifiesta con disnea, hipoxemia y alteración del gradiente alveolo-arterial. El

diagnóstico se realiza con radiología (infiltrado intersticial, patrón vidrio esmerilado), analítica (LDH y Beta D-glucano elevados), tinción 50-90% (AT, LBA) y pruebas moleculares (PCR o RT-PCR). La PCP grave requiere tratamiento con cotrimoxazol asociado a corticosteroides durante 21 días y presenta una mortalidad en UCI de hasta el 60%. Para prevenirla es fundamental realizar profilaxis primaria en aquellas EII con triple tratamiento inmunosupresor, e indicar profilaxis secundaria a aquellos pacientes con antecedente de PCP que precisen corticoterapia prolongada.

## CP-244. PARÁMETROS CLÍNICOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS CON MALNUTRICIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON EII

MOUHAR EL HALABI S, CADENA HERRERA ML, VÍAS PARRADO C, MALDONADO PÉREZ MB, CASTRO LARIA L, CAUNEDO ÁLVAREZ A, ARGÜELLES ARIAS F

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

## Introducción

Conocer la situación clínica y nutricional de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) derivados a la Unidad de Nutrición, así como la evolución de complicaciones de seis a nueve meses tras la intervención nutricional.

	Malnutrición				
	Sí		No		
	N	%	N	%	p <sup>1</sup>
<i>IQ previa</i>	20	32,8	22	53,7	0,029
<i>Restricciones dieta</i>	24	39,3	15	36,6	0,472
<i>Biológico</i>	22	36,1	17	41,5	0,365
<i>Tiempo de evolución (años)</i>	M 2,0	RIQ 0-9,5	M 6,0	RIQ 1,0-15,5	0,021

TABLA 1

Relación de parámetros clínicos basales con la presencia de malnutrición.

Complicaciones seguimiento	IMC						
	Bajo peso		Normopeso		Sobrepeso		p <sup>1</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Ingreso Hospitalario	6	22,2	6	10,7	4	21,1	0,312
Cirugía	2	7,4	4	7,1	0	0	0,482
Infecciones	3	11,1	9	16,1	4	21,1	0,655
Otras complicaciones	4	14,8	7	12,5	2	10,5	0,909
<i>Necesidad corticoides</i>	14	51,9	14	25,9	10	52,6	0,026
<i>Cambio de tratamiento</i>	11	40,7	14	25,5	11	57,9	0,032

TABLA 2

Relación de IMC con complicaciones.

Complicaciones seguimiento	Grado de Malnutrición						
	Leve		Moderada		Severa		p <sup>1</sup>
	N	%	N	%	N	%	
Ingreso Hospitalario	3	20,0	1	7,1	7	21,9	0,477
Cirugía	3	20,0	0	0	2	6,3	0,123
Infecciones	4	26,7	0	0	5	15,6	0,127
Otras complicaciones	2	13,3	1	7,1	4	12,5	0,843
Necesidad corticoides	5	33,3	1	7,7	18	56,3	0,009
Cambio de tratamiento	4	26,7	2	14,3	14	43,8	0,124

TABLA 3

Relación grado de malnutrición con complicaciones.

Complicaciones seguimiento	I. Harvey-Bradshaw Derivación								
	Remisión		Leve		Moderado		Severo		p <sup>1</sup>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Ingreso hospitalario	0	0	3	16,7	8	28,6	0	0	0,046
Cirugía	0	0	2	11,1	3	10,7	0	0	0,422
Infecciones	2	9,5	2	11,1	7	25,0	1	33,3	0,378
Otras complicaciones	1	4,8	2	11,1	5	17,9	2	66,7	0,033
Necesidad corticoides	5	23,8	6	33,3	11	42,3	2	66,7	0,377
Cambio de tratamiento	5	23,8	4	22,2	14	51,9	1	33,3	0,120

TABLA 4

Relación del I. Harvey-Bradshaw (derivación) con el desarrollo de complicaciones.

## Material y métodos

Estudio de cohorte retrospectivo. Incluye pacientes con EI derivados a la Unidad de Nutrición Clínica del HUVIM, con seguimiento mínimo durante seis meses en dicha unidad. Se recogieron datos demográficos, clínicos y nutricionales desde la derivación hasta 6-9 meses posteriores. Se utilizaron los índices de actividad de Hervey-Bradshaw para enfermedad de Crohn (EC) y Mayo clínico para colitis ulcerosa (CU).

## Resultados

Se incluyó un total de 102 pacientes, 70% con EC, 54% varones, edad media 38,9 años. Mediana de evolución de 4 años, 41% con alguna intervención quirúrgica de EI previa y 60,78% con tratamiento inmunosupresor (42% azatioprina, 38% biológico, 56% corticoides, 24,5% al menos un biológico previo). El 44,3% de pacientes con EC y el 45,2% de pacientes con CU presentaban actividad moderada-severa en IHB e IM clínico respectivamente. El 38,23% realizaba algún tipo de restricción dietética. El 59,8% de los pacientes presentó algún tipo de malnutrición, 52% de grado severo y 47,54% de tipo energética. Se observó una relación significativa entre la mediana de tiempo de evolución de la EI y la presencia de malnutrición ( $p=0,021$ ), así como con el antecedente de intervención quirúrgica previa ( $p=0,029$ ). Las restricciones dietéticas se relacionaron con el tipo de malnutrición, principalmente con malnutrición energética ( $p=0,021$ ). El IMC ( $p=0,026$ ) y la malnutrición la severa ( $p=0,009$ ) se

asociaron con mayor necesidad de corticoides en el seguimiento. Las complicaciones registradas en el seguimiento fueron: 15,7% ingresos hospitalarios, 5,9% requerimiento de cirugía urgente (4/6 -66%- complicaciones postquirúrgicas), 16% infecciones (50% moderadas, 6,3% graves; no se relacionaron con tratamiento inmunosupresor) y 12% otras complicaciones tipo abscesos, fistulas, estenosis o trombosis. El IHB se asoció de manera significativa con la necesidad de ingreso hospitalario ( $p=0,046$ ) y con otras complicaciones ( $p=0,033$ ). No se encontraron otras asociaciones entre el resto de parámetros y el desarrollo de complicaciones.

## Conclusiones

- La presencia de malnutrición se asoció significativamente con el tiempo de evolución de la EI y las intervenciones quirúrgicas previas.
- El IMC y la malnutrición severa se asociaron con mayor necesidad de corticoides.
- El IHB se asoció con mayor necesidad de ingresos y otras complicaciones.
- La falta de asociación de otros parámetros con el desarrollo de complicaciones puede deberse al pequeño tamaño muestral y al corto periodo de seguimiento.

## CP-245. PERICARDITIS AGUDA ASOCIADA A MESALAZINA

TENDERO PEINADO C, FERNÁNDEZ CANO MC, LECUONA MUÑOZ M, MARTÍN RODRÍGUEZ MM

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

## Introducción

La mesalazina es un antiinflamatorio fundamental en el tratamiento de los pacientes con colitis ulcerosa, tanto para la inducción de la remisión como para el mantenimiento de la misma. Existe presentación oral y rectal (supositorios en proctitis, espuma en rectosigmoiditis y enemas en colitis izquierda). Tiene un excelente perfil de seguridad. Sus efectos secundarios son raros, pudiendo producir cuadros leves y dosis-dependientes como molestias abdominales o cefaleas, que remiten tras disminuir la dosis, o cuadros idiosincráticos por hipersensibilidad (neumonitis, pericarditis, miocarditis, nefritis intersticial), ante los cuales es necesario suspender el tratamiento.

## Caso clínico

Paciente de 26 años con diagnóstico reciente de Colitis Ulcerosa en tratamiento con Mesalazina (comienzo hace un mes). Consulta por dolor torácico opresivo de aparición súbita irradiado a hombro izquierdo, que empeora con la inspiración profunda y el decúbito supino y mejora con la sedestación. Niega antecedentes de traumatismo. Niega fiebre o sensación distérmica, sensación subjetiva de disnea, aumento de tos o expectoración, clínica

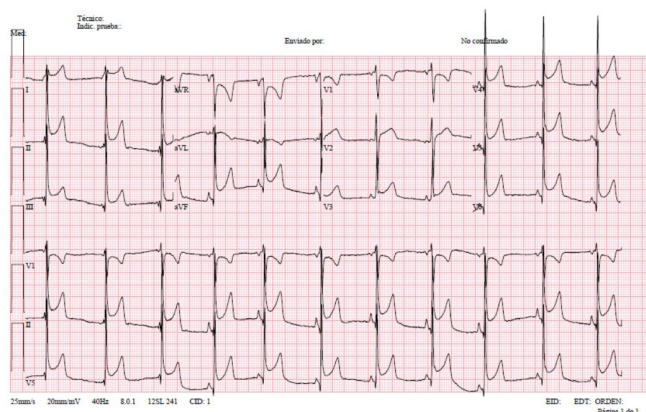


FIGURA 1

Ascenso del ST difuso y cóncavo hacia arriba y descenso del segmento PQ en V2-V4.

miccional irritativa o infección reciente. A la exploración el paciente mantiene estabilidad hemodinámica, pero presenta regular estado general, rictus de dolor y actitud antiálgica, con tronco inclinado hacia delante. El resto de la exploración, incluida la auscultación cardiorrespiratoria, es normal. En cuanto a las pruebas complementarias, tanto la radiografía de tórax como la analítica sanguínea son anodinas (troponinas normales). En el ECG se observa ascenso del ST difuso y cóncavo hacia arriba y descenso del segmento PQ en V2-V4. Se suspende la Mesalazina y se pauta tratamiento específico, quedando asintomático en menos de 24h. Ante el buen control del dolor y la estabilidad hemodinámica del paciente, se procede al alta hospitalaria con tratamiento ambulatorio y cita en Consultas Externas de Cardiología, en la que se constata ausencia de reaparición de la clínica y ECG y Ecocardiografía de control rigurosamente normales.

## Discusión

A pesar de que la Mesalazina es un fármaco con excelente perfil de seguridad, ante un episodio de dolor torácico de características pleuríticas como el que se nos presenta, es fundamental considerar esta patología, dado que el cuadro puede ser grave en ausencia de medidas adecuadas. El tiempo desde el inicio del tratamiento con Mesalazina (meses o incluso años) varía en los distintos pacientes. Es más frecuente encontrar este efecto secundario asociado a la administración oral de Mesalazina, habiendo, no obstante, casos descritos en pacientes con administración únicamente tópica.

## CP-246. PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD CROHN. INCIDENCIA DE LITIASIS RENAL COMO MANIFESTACIÓN EXTRAINTestinal EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

HERNANI ALVAREZ JA, CAMPOS GONZAGA L, MATEOS MILLÁN D, GARCÍA MARTÍNEZ A, SANJUAN LEÓN G

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA.



FIGURA 1

Moderada dilatación de sistema excretor izquierdo con pelvis renal de unos 21.5 mm con uréter dilatado hasta su tercio proximal/medio donde se visualiza imagen hiperdensa de 9.5 mm y 1500 UH en relación con litiasis. Desestructuración del parénquima renal.

## Introducción

La pielonefritis xantogranulomatosa es una patología poco común del parénquima renal secundaria a la obstrucción crónica del tracto urinario. Cursa de manera asintomática, no obstante los síntomas más comunes son el dolor en flanco abdominal, masa palpable en fosa renal, hematuria o fiebre. Histológicamente presenta una infiltración inflamatoria granulomatosa. Presentamos un caso de cólicos nefríticos de repetición y desestructuración del parénquima renal en una paciente diagnosticada de enfermedad de Crohn (EC), sin evidencia de otra causa mayor que lo justifique.

## Caso clínico

Se trata de una mujer de 45 años con enfermedad de Crohn de predominio ileal que precisó de resección ileocecal. Corticodependiente. Actualmente en tratamiento con Ustekinumab tras el fracaso de varias líneas de tratamiento. Ingresa en el servicio de Aparato Digestivo por dolor abdominal y cuadro suboclusivo. Aporta ecografía de abdomen, apreciando dilatación pielocalicial así como dilatación de asas intestinales. Anteriormente había consultado en numerosas ocasiones por cálculos urinarios de repetición. En la analítica destaca una PCR 194,7, Hb 12,2 gr/dl y 15.200 leucocitos con 86% N. Orina con leucocituria. Creatinina normal. Durante el ingreso se solicita un TAC de abdomen con el hallazgo de una Uropatía obstructiva litiásica izquierda con desestructuración del parénquima renal secundaria a un proceso infeccioso/inflamatorio crónico. Se comenta el caso con Urología y se decide derivación urinaria. Finalmente se programó una Ureterorrenoscopia izquierda.

## Discusión



Las manifestaciones urológicas son una causa poco frecuente de consulta en pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). La incidencia de cálculos urinarios es mayor en pacientes con EII que en la población general. Existen múltiples mecanismos fisiopatológicos de producción de cálculos urinarios relacionados a patología inflamatoria intestinal. El aumento del número de deposiciones conlleva a una orina más concentrada propensa a la solidificación. La malabsorción intestinal y las resecciones del tramo intestinal favorecen la hiperoxaluria y la formación de cristales de oxalato cálcico. Por todo ello, la presencia de nefrolitiasis es una complicación más frecuente en la EC. Los corticoides, algunos inmunosupresores (en especial la Sulfasalazina) y la Vitamina D son favorecedores de litiasis renal. En un estudio realizado por la Asociación Japonesa de Urología en 2021 se demostró una mayor incidencia de urolitiasis en varones con historia de EEII con tratamiento previo con glucocorticoide y con síndrome de intestino corto. La recurrencia de episodios de cólicos nefríticos, secundarios a una actividad inflamatoria crónica puede conllevar a una afectación renal xantogranulomatosa. El tratamiento definitivo es la nefrectomía.

### CP-247. PIODERMA GANGRENOSO DISEMINADO COMO MANIFESTACIÓN DE BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA

FERNÁNDEZ GARCÍA F, TORO ORTÍZ JP, GIL AYUSO J, ALCAÍN MARTÍNEZ G

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

#### Introducción

Las manifestaciones extraintestinales (MEI) son entidades inflamatorias que ocurren en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y que están mediadas por el mismo mecanismo inmunológico que la afectación intestinal, o bien por otros mecanismos promovidos por dicha inflamación. Hasta el 50% de los pacientes con EII sufren alguna MEI, teniendo gran impacto en su calidad de vida y suponiendo un reto diagnóstico y terapéutico.

#### Caso clínico

Varón de 47 años con antecedentes de colitis ulcerosa A2E3 según Montreal, apendicectomizado y sin tratamiento activo por mala adherencia. Acude por empeoramiento progresivo del estado general de 2 meses de evolución, aumento del ritmo de deposiciones con hasta 5 deposiciones sanguinolentas, febrícula y pérdida ponderal de 6 kg. El paciente ya acudió la semana anterior con sintomatología similar, siendo optimizado el tratamiento con 5 ASA tópicos/orales junto a prednisona en pauta descendente, con cierta mejoría digestiva pero franco empeoramiento del estado general. Aquejaba dolor en zona inguinal derecha, tórax y tobillo izquierdo, evidenciándose en inge lesión ulcerada excavada de 5 cm (**Figura 1**) con bordes elevados violáceos sugestiva de pioderma gangrenoso, identificándose lesiones similares menores en tórax (**Figura 2**), cuello y ambos brazos. En tobillo izquierdo se identificó tumefacción y eritema sugestiva de artritis severa (**Figura 3**). En analítica



FIGURA 1

Pioderma gangrenoso inguinal.



FIGURA 2

Piodermas gangrenosos en tórax.



FIGURA 3

Artritis severa en tobillo izquierdo.

sanguínea destacaba 15190 leucocitos/uL, 308000 plaquetas/uL y PCR 237 mg/dL, con resto de analítica y rx tórax y abdomen normales. Se decidió ingreso del paciente para corticoterapia IV, solicitud de estudio prebiológico, coprocultivos y cultivos de la lesión. Tras 96h de tratamiento se constató empeoramiento de la clínica con hasta 10 deposiciones sanguinolentas, dolor, aparición de nuevos piodermas en cuello cabelludo y agravándose los existentes, decidiendo iniciar infliximab (IFX) 5 mg/Kg en pauta 0-2-6 semanas previo despistaje de sobreinfección por citomegalovirus. Tras la primera dosis de inducción se inició la mejoría digestiva, mientras que las MEI comenzaron a mejorar tras la segunda dosis. Tras completar la inducción se procedió al alta del paciente con tiopurinas e IFX dada la buena evolución.

## Discusión

Las MEI abarcan un amplio abanico de entidades, algunas de ellas dependientes de la actividad de la EII subyacente, mientras otras presentan un curso independiente. Tener un alto índice de sospecha clínica, conocer sus principales formas de presentación y su manejo en contexto de brote, nos permitirá poner en marcha un plan terapéutico dirigido a controlarlas y evitar complicaciones a largo plazo que condicionarán la calidad de vida del paciente.

## CP-248. PIOMIOSITIS PRIMARIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA EN TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

BARRANCO CASTRO D, MALDONADO PÉREZ MB, VÍAS PARRADO C, CASTRO LARIA L, CAUNEDO ÁLVAREZ A

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

## Introducción

El arsenal terapéutico utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye fármacos inmunomoduladores que juegan un papel fundamental en el control de la cascada inflamatoria. No obstante, estos tratamientos no están exentos de riesgo y pueden favorecer la aparición de infecciones oportunistas.

## Caso clínico

Varón de 32 años con colitis ulcerosa (CU) izquierda de 6 años de evolución, en tratamiento de mantenimiento con mesalazina oral y tópica y tofacitinib 5 mg cada 12 horas, iniciado por corticodependencia y pérdida de respuesta a anti-TNF. Acude a consulta de digestivo por clínica compatible con brote moderado de su enfermedad, por lo que se indica ciclo de prednisona oral 60 mg en pauta descendente. Tres semanas tras el inicio del tratamiento corticoideo consulta en urgencias por dolor y tumefacción en región supraclavicular derecha junto a fiebre de hasta 40°C. Analítica urgente con leucocitosis con neutrofilia y proteína C reactiva elevada, por lo que ante la sospecha de complicación infecciosa se solicita prueba de imagen. La TC describe la presencia de colección a nivel de músculo esternocleidomastoideo derecho con extensión hacia músculo pectoral mayor y mediastino de 35,4x32 mm (Figura 1). Se realiza PAAF sobre colección (Figuras 2 y 3), obteniéndose muestra para cultivo donde se aísla Staphylococcus aureus sensible a meticilina. Tras antibioterapia empírica inicialmente con

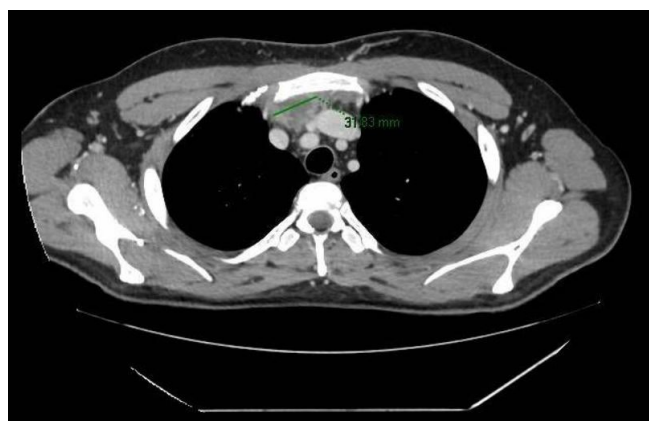


FIGURA 1

TC de tórax con contraste intravenoso. Corte transversal donde se aprecia colección mediastínica retroesternal, que a este nivel mide 31,83mm.



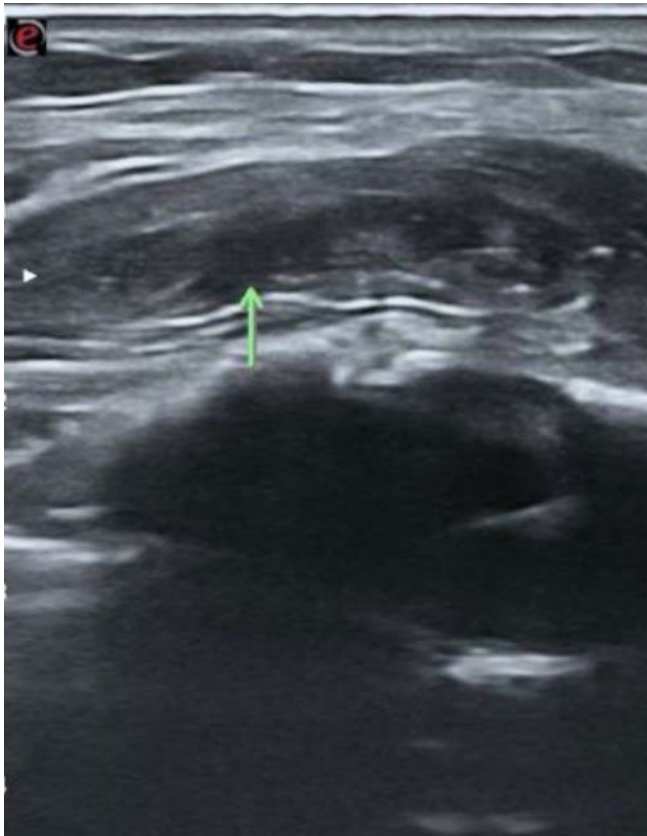


FIGURA 2

Imagen ecográfica de colección intramuscular localizada a nivel de esternocleidomastoideo distal derecho (flecha verde).

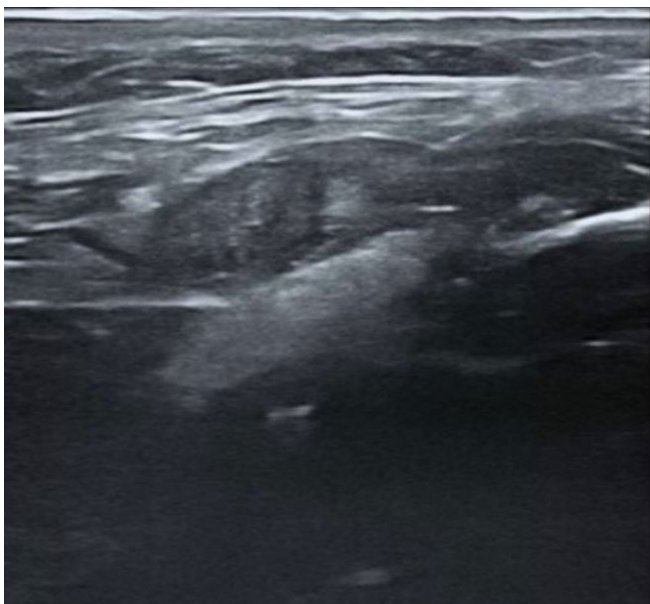


FIGURA 3

PAAF con aguja de 21G guiada por ecografía del absceso, obteniéndose material de aspecto purulento.



FIGURA 4

TC de tórax con contraste intravenoso. Corte sagital que muestra evolución radiológica favorable de colección mediastínica tras antibioterapia.

amoxicilina/clavulánico y posteriormente dirigida con levofloxacino, el paciente presenta clara mejoría clínica, analítica y radiológica (Figura 4), por lo que se continúa con manejo conservador. Un mes después, el paciente ingresa nuevamente por brote de CU corticorrefractario a dosis plenas de prednisona oral. Tras descartar sobreinfección por citomegalovirus, coprocultivos negativos y después de confirmar resolución radiológica del absceso, teniendo en cuenta antecedentes del paciente y su buen perfil de seguridad, se indica inducción con ustekinumab junto a corticoterapia intravenosa, con buena evolución clínica posterior.

### Discusión

La combinación de fármacos inmunosupresores es una práctica habitual para el control de brotes moderados-graves de EI, teniendo que asumir el riesgo de aumentar el grado de inmunosupresión del paciente para intentar controlar la actividad inflamatoria. En este caso, la administración simultánea de tofacitinib y corticoides resultó en la formación de un absceso primario por *Staphylococcus aureus*. La reciente aprobación de ustekinumab como tratamiento de inducción y mantenimiento tras brote grave corticorrefractario de colitis ulcerosa abre nuevas opciones terapéuticas para este tipo de pacientes.



## CP-249. RECURRENCIA POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS

LÁZARO SÁEZ M, CAMPOS SERRANO N, MORENO MORALED A I, HALLOUCH TOUTOUH S, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A

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

### Introducción

Hasta el 25% de los pacientes con enfermedad de Crohn (EC) van a precisar una intervención antes de los 5 años del diagnóstico de la enfermedad. Teniendo en cuenta la incidencia de la recurrencia postquirúrgica (RPQ) en estos pacientes, nuestro objetivo es conocer los factores de riesgo relacionados y los tratamientos indicados para prevenirla, de manera que nos permita optimizar su prevención y manejo terapéutico.

### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyen 35 pacientes con diagnóstico de EC intervenidos en los últimos 4 años (periodo comprendido entre 2016-2020) en el hospital Torrecárdenas de Almería. Se registraron las variables: epidemiológicas (edad de debut al diagnóstico, tabaquismo), clínicas (tiempo de enfermedad, extensión y patrón de la enfermedad), farmacológicas (tratamiento previo a la cirugía, profilaxis y tratamiento de la recurrencia) y dependientes de la cirugía (abordaje quirúrgico).

### Resultados

El 54% (19) de los pacientes intervenidos debutó con EC a una edad comprendida entre los 25 y los 40 años. El 51% era fumador. El 48% presentaba afectación ileocólica (L3), el 37% afectación ileal (L1), el 8,5% afectación exclusivamente cólica (L2) y, tan sólo el 5,7% afectación extensa (L4). En cuanto al patrón de comportamiento, la mayoría tenía un patrón complicado: 54% patrón fistulizante (B3), 40% patrón estenosante (B2) y tan sólo 6% patrón inflamatorio (B1). El 34% tenía enfermedad perianal asociada (p). De todos los pacientes intervenidos, el 65,7% presentó RPQ de la enfermedad. El patrón predominante en los pacientes recurrentes fue el fistulizante (65%) frente al estenosante en los no recurrentes (58%). El porcentaje de recurrencia fue del 100% entre los pacientes sin tratamiento y los tratados con mesalazina, del 45% entre los tratados con inmunosupresores y del 55% entre los tratados con biológicos en monoterapia. La RPQ fue más frecuente cuando la vía de abordaje quirúrgico fue la laparotomía (70%) que cuando se empleó la laparoscopia (50%).

### Conclusiones

Aunque el tamaño muestral es pequeño y no hay significación estadística, parece que la historia natural de la enfermedad en cada paciente y sus características, como puede ser el patrón fistulizante y la localización ileal o ileocólica, van a ser los principales factores implicados en el desarrollo de RPQ. Respecto al tratamiento farmacológico de la profilaxis, el hecho de que todos los pacientes con mesalazina o sin tratamiento presentan RPQ, nos reafirma en

nuestra opinión sobre el uso de tratamiento profiláctico en todos los pacientes independientemente de si presenta factores de riesgo o no.

## CP-250. RESERVORITIS CRÓNICA TRATADA CON TOFACITINIB: UNA ESPERANZADORA HERRAMIENTA TERAPEÚTICA

SÁNCHEZ MORENO S, LÓPEZ GONZÁLEZ J, LÁZARO SÁEZ M

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

### Introducción

Entre el 20 y el 30 % de los pacientes con colitis ulcerosa son sometidos a cirugía, bien por fracaso del tratamiento médico, por aparición de displasia o cáncer de colon, o por curso fulminante de la enfermedad. La cirugía de elección es la proctocolectomía total con construcción de reservorio ileoanal. Sin embargo, hasta un 50% de los pacientes intervenidos pueden presentar inflamación del reservorio ileoanal, conocida como reservoritis. Reportamos el caso de un paciente con reservoritis crónica refractaria a tratamiento que responde favorablemente con el uso de tofacitinib.

### Caso clínico

Paciente de 42 años de edad con antecedente de pancolitis ulcerosa de 25 años de evolución, intervenido con colectomía total y formación de reservorio 18 años antes por megacolon tóxico. En seguimiento en consultas de Digestivo por reservoritis crónica con clínica de diarrea líquida con restos hemáticos sin moco (hasta 10-12 deposiciones diarias), dolor abdominal, proctalgia intensa y urgencia defecatoria severa, a pesar de tratamiento con antibióticos (metronidazol y ciprofloxacino) y corticoides (budesonida y betametasona). Además, analíticamente destaca anemia microcítica con requerimientos transfusionales en múltiples ocasiones (Hb 7,5g/dl, VCM 65) y elevación de calprotectina y reactantes de fase aguda. Ante la refractariedad de los síntomas al tratamiento antibiótico e inmunosupresor, se decide iniciar terapia con diferentes fármacos biológicos sucesivamente (infliximab, adalimumab, ustekinumab y vedolizumab), con ausencia de respuesta primaria a los mismos. Ante la ausencia de armas terapéuticas, se ofrece la posibilidad de intervención quirúrgica con ileostomía y escisión del reservorio, que el paciente rechaza. Por ello, se decide comenzar tratamiento con tofacitinib 10 mg cada 12 horas vía oral durante ocho semanas, con lo que presenta evidente mejoría de los síntomas, disminuyendo el número de deposiciones diarias, la hematoquecia y el dolor abdominal. Así mismo, en reservorioscopia se evidencia curación mucosa y regresión de las lesiones a nivel histológico en la semana 16 de tratamiento.

### Discusión

Tofacitinib es un inhibidor de las JAK1 y JAK3 empleado en el tratamiento de enfermedades autoinmunes como la colitis ulcerosa. Su eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión en la colitis ulcerosa ha sido demostrada en diversos estudios y está aprobado su uso en dicha enfermedad. Dado que las alteraciones inmunes que subyacen a la etiología de la colitis ulcerosa y a la

reservoiritis son muy similares, se considera que tofacitinib puede también ser efectivo en el tratamiento de la reservoiritis crónica refractaria, proporcionándonos por tanto una esperanzadora herramienta terapéutica.

### CP-251. USTEKINUMAB ES UN TRATAMIENTO EFECTIVO Y SEGURO EN LA ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA A ANTI-TNF: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 2 AÑOS SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA

RUEDA SÁNCHEZ J<sup>1</sup>, CABELLO RAMÍREZ M<sup>1</sup>, CÁMARA BAENA S<sup>2</sup>, KEKO HUERGA A<sup>1</sup>, GARCÍA DE LA BORBOLLA SERRES J<sup>1</sup>, CASTRO FERNÁNDEZ M<sup>1</sup>, GRANDE SANTAMARÍA L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFA, BORMUJOS.

### Introducción

Ustekinumab (UST) es un anticuerpo monoclonal contra IL 12/23, que ha mostrado eficacia en los ensayos pivotaes UNITI. Sin embargo, aún existe escasa evidencia en escenarios de práctica habitual. El objetivo del estudio fue evaluar sobre la práctica real la efectividad, durabilidad y seguridad de UST en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) refractaria a tratamiento con anti-TNF.

### Material y métodos

Presentamos un estudio observacional y retrospectivo unicéntrico. Se incluyen pacientes adultos con EC que recibieron inducción estándar con UST y alcanzaron al menos 12 meses de seguimiento. Se evalúa respuesta clínica (I. de Harvey-Bradshaw) y bioquímica (PCR, calprotectina) a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. También se recogen eventos adversos, respuesta clínica de enfermedad perianal y uso de corticoides (CS).

### Resultados

Se observó un descenso estadísticamente significativo en la media del HBI en todas las visitas. Se documentó respuesta clínica en un 72,7% de pacientes a 12 meses y 66,7% a 24 meses. Se alcanzó

N = 35	
Edad (Mediana, RIC)	44 (33-56)
Sexo (V/H); n, %	15(43%) / 20(57%)
Edad al diagnóstico; n, %	
- 17-40 años (A2)	13 (37,14%)
- >40 años (A3)	22 (62,85%)
Localización según Montreal; n, %	
- Ileal (L1)	5 (14%)
- Colónica (L2)	4 (11,43%)
- Ileocolónica (L3)	26 (74,29%)
- Afectación digestiva alta (L4)	2 (5,71%)
Fenotipo según Montreal; n, %	
- Inflamatorio (B1)	15 (42,86%)
- Estenosante (B2)	11 (31,43%)
- Penetrante (B3)	9 (25,71%)
- Perianal (p)	17 (48,57%)
Resección intestinal previa; n, %	8 (22,86%)
Índice de actividad clínica	
- Índice de Harvey-Bradshaw; mediana, RIC	8 (6-10)
- CDAI; mediana, RIC	217 (171-247)
Parámetros de laboratorio	
- PCR (mg/l); mediana, RIC	5,3 (2-13,4)
- Calprotectina fecal (mg/kg); mediana, RIC	670 (232-1336)
Tratamientos previos	
- Corticoides	31 (88,57%)
- Inmunomoduladores	32 (91,42%)
- Anti-TNF	33 (94,28%)
• ≥2 Anti-TNF: 24 (68,57%)	

FIGURA 1

Tabla de características basales.

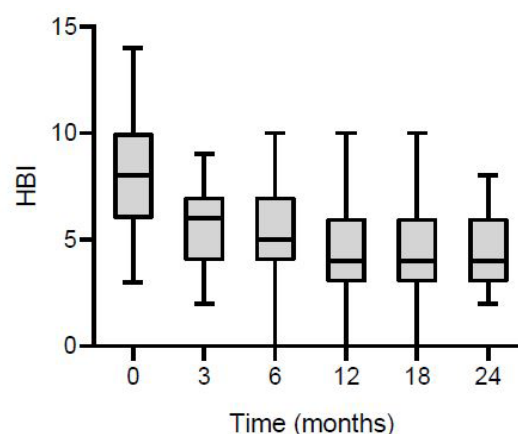


FIGURA 2

Resultados por Harvey-Bradshaw Index.

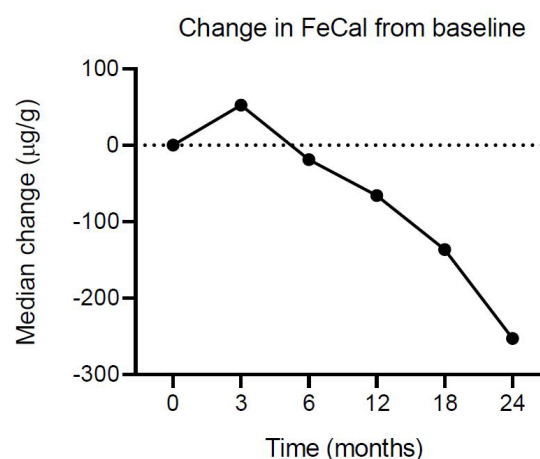


FIGURA 3

Cambios en CPF sobre valor basal.

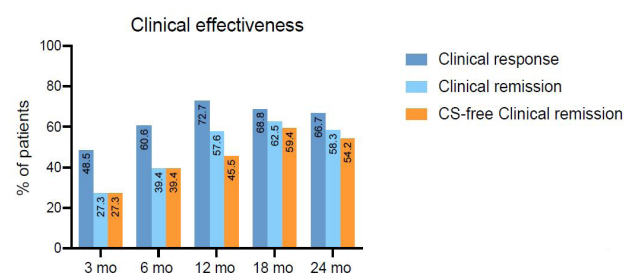


FIGURA 4

Respuesta clínica, remisión clínica, y remisión libre de corticoides.

remisión clínica libre de CS un 45,5% y 54,2% de pacientes a los 12 y 24 meses respectivamente. El intervalo de dosis más frecuente fue 8 semanas, con sólo 6/35 pacientes (17,14%) requiriendo intensificación de dosis por falta de eficacia. La supervivencia de UST a 2 años fue del 93,9%. 16 de 17 pacientes notificaron mejoría clínica de su enfermedad perianal. La calprotectina fecal descendió

significativamente respecto al valor basal, con una mediana de -66 ug/g a 12 meses y -253 ug/g a 24 meses. UST fue en general bien tolerado; se recogieron dos eventos adversos durante el seguimiento, un herpes zoster y una uveítis anterior, no precisando la retirada del fármaco.

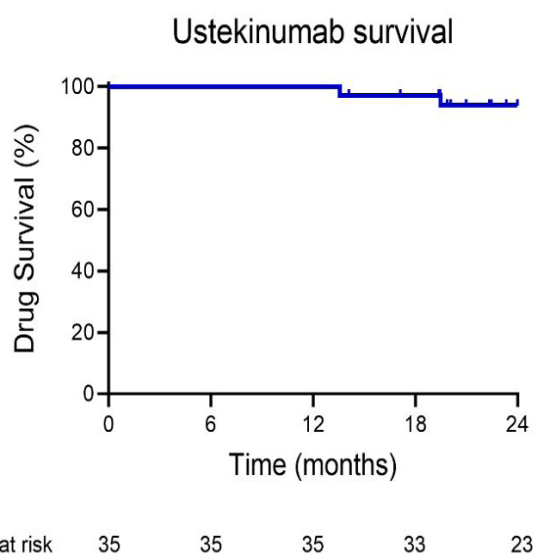


FIGURA 5

Drug survival durante el periodo de seguimiento.

## Conclusiones

Según nuestros resultados, UST ha resultado efectivo, duradero, y seguro para pacientes con EC moderada-grave sobre práctica habitual, con más de la mitad de los pacientes en remisión clínica libre de corticoides a 24 meses en una cohorte con enfermedad refractaria a anti- TNF.

## CP-252. USTEKINUMAB: EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO

RODRIGUEZ DELGADO C, LORENZO GONZÁLEZ L, VALDES DELGADO T, BELVIS JIMENEZ M, CASTRO LARIA L, MALDONADO PEREZ B, CAUNEDO ALVAREZ A, ARGUELLES ARIAS F

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

## Introducción

Ustekinumab es el fármaco más recientemente aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn. Es un anticuerpo monoclonal humano que actúa inhibiendo las interleucinas IL12 e IL23. Existen pocos estudios de vida real que evalúen su eficacia y seguridad a largo plazo. Nuestro objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de Ustekinumab en 24 meses.

## Características basales de los pacientes

Número de pacientes	39
Edad; media	43,7
Género (H/M); n, %	19 (49%) / 20 (51%)
IMC (Kg/m <sup>2</sup> ); media	23.7
Hábito tabáquico; n, %	
Ex fumador	8 (20,5%)
Fumador	10 (25,6%)
No fumador	21 (54%)
Edad al diagnóstico; n, %	
< 17 años (A1)	5 (12,8%)
17-40 años (A2)	28 (71,7%)
> 40 años (A3)	6 (15,4%)
Localización; n, %	
Ileal (L1)	16 (41%)
Colónica (L2)	5 (12,8%)
Ileocólica (L3)	17 (43,6%)
TDS (L4)	1 (2,5%)
Fenotipo; n, %	
Inflamatorio (B1)	20 (50,4%)
Estenosante (B2)	11 (24,7%)
Penetrante (B3)	8 (24,7%)
Perianal (p)	18 (46%)
Manifestaciones extraintestinales ; n, %	30 (76%)
Articulares	24 (61,5%)
Cirugía; n, %	17 (43,5%)
Índice Harvey-Brashaw; mediana, RIC	10 (8-11)
Tratamiento previo; n, %	
Mesalazina	11 (28%)
Corticoides	33 (84,6%)
Tiopurinas (AZA/GMP)	25 (64%)
Metotrexato	14 (35,9%)
Fracaso a biológicos; n, %	
Naïve	0
Fallo a 1	7 (18%)
Fallo a 2 o más	32 (82%)

FIGURA 1

Características basales de los pacientes.

## Material y métodos

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con enfermedad de Crohn en tratamiento con Ustekinumab desde 2017 hasta febrero de 2021. Se analizaron las tasas de respuesta, remisión y remisión libre de corticoides a los 3, 6, 12 y 24 meses de tratamiento. Se estudió mediante curvas de supervivencia el mantenimiento del ustekinumab a 24 meses analizando el subgrupo de pacientes con intensificación del tratamiento, es decir, dosis cada 4-6 semanas. La respuesta se definió como la disminución de  $\geq 3$  puntos en el índice de Harvey-Bradshaw (IHB) con respecto a la puntuación basal y la remisión se definió como una puntuación de IHB  $\leq 4$  puntos.



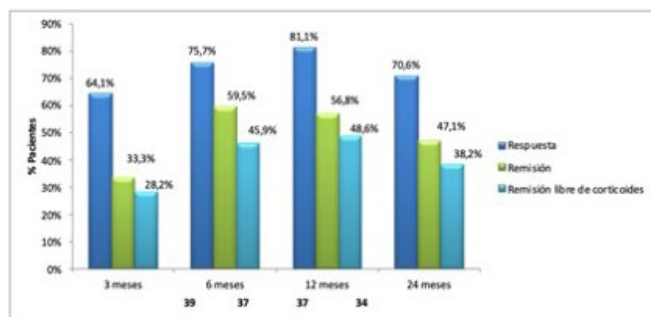


FIGURA 2

Proporción de pacientes en respuesta clínica, remisión y remisión clínica libre de esteroides.

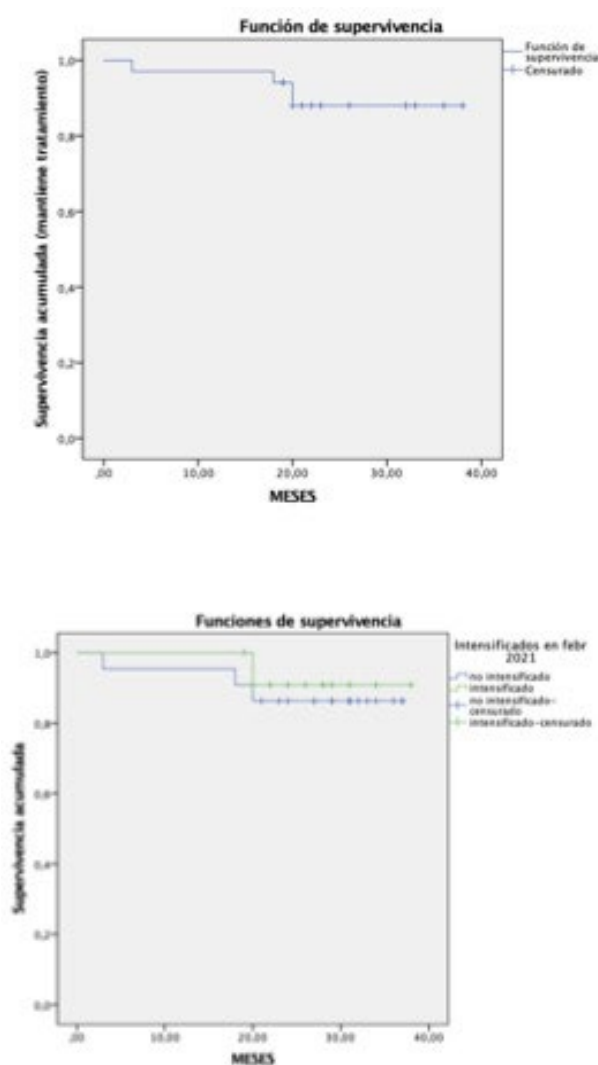


FIGURA 3

Curva de supervivencia de Kaplan-Meier para la probabilidad de mantener el tratamiento con Ustekinumab a 24 meses.

## Resultados

Se recogieron 39 pacientes, 49% hombres, con edad media 44 años. El 82,3% de los pacientes presentaban fallo a 2 o más tratamientos biológicos previos. El 43,5% de los pacientes habían sido sometidos a cirugías previas. 12 pacientes estaban con pauta intensificada de tratamiento (26,1%) mientras que 22 pacientes seguían una pauta según especificaciones recomendadas (47,8%). Alcanzaron los 24 meses de seguimiento 34 pacientes, los 5 restantes no cumplían tiempo de seguimiento en el momento de la recogida de datos. La tasa de respuesta al tratamiento a los 3, 6, 12 y 24 fue de 64,1%, 75,7%, 81,1% y 70,6% respectivamente. Con respecto a la remisión libre de corticoides hallamos a los 3 meses un 28,2%, a los 6 meses 45,9%, a los 12 meses 48,6% y a los 24 meses 38,2%. El tiempo de mantenimiento del tratamiento en el grupo intensificado fue de 36,3 meses mientras que el grupo no intensificados fue de 33,8 meses. El tiempo medio de tratamiento global fue de 35,28 meses. Respecto a la discontinuación del tratamiento sólo 1 paciente del grupo intensificado discontinuó el tratamiento (91,7% de mantenimiento) mientras que el grupo no intensificados suspendieron el tratamiento 3 pacientes (86,4% de mantenimiento). Las causas de suspensión del tratamiento fueron embarazo (2 pacientes) y ausencia de respuesta al tratamiento (2 pacientes). No se objetivan efectos adversos en ninguno de los grupos.

## Conclusiones

Ustekinumab es un fármaco seguro y eficaz tanto para mantener respuesta a largo plazo en pacientes con enfermedad de Crohn compleja con fracaso a biológicos previos.

## CP-253. VARIABILIDAD INTEROBSERVADOR DE LOS ÍNDICES ENDOSCÓPICOS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

LORENZO GONZÁLEZ L, JIMENEZ GARCÍA VA, GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ, RODRÍGUEZ-TÉLLEZ M, HERGUETA DELGADO P, ARGÜELLES ARIAS F

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

## Introducción

El objetivo principal es evaluar la variabilidad inter observador de la actividad endoscópica de los pacientes con enfermedad de Crohn mediante el uso de los índices endoscópicos más utilizados, el CDEIS (Crohn's disease endoscopic index of severity) y el SES-CD (Simplified Endoscopic Activity Score for Crohn's Disease) entre los endoscopistas expertos de nuestro servicio.

## Material y métodos

Se trata de un estudio observacional retrospectivo donde se recogieron pacientes pertenecientes al área del Hospital Universitario Virgen Macarena con Enfermedad de Crohn a los que se le realizaba una colonoscopia bajo guía de práctica clínica habitual.

Las exploraciones fueron grabadas ocultando datos clínicos de los pacientes codificándose para su identificación. Las grabaciones se realizaron durante la retirada, de ciego a recto, excluyendo los pacientes con una preparación deficiente (Boston < 6). Las lesiones encontradas se estadificaban mediante los índices CDEIS y SES-CD por 4 endoscopistas expertos. Los datos clínicos fueron recogidos de la historia clínica de cada paciente. Posteriormente se analizó la variabilidad interobservador en el resultado de dichas escalas endoscópicas.

## Resultados

Hemos recogido 10 pacientes en total al momento de la realización del trabajo. Cada exploración ha sido visualizada por 4 endoscopistas

### Características basales de los pacientes.

<b>Número pacientes</b>	<b>10</b>
<b>Edad media</b>	<b>39,1</b>
<b>Sexo (H / M %)</b>	<b>6 (60%) / 4 (40%)</b>
<b>Hábito tabáquico n, %</b>	
Fumador	5 (50%)
<b>Localización n, %</b>	
Ileal (L1)	6 (60%)
Ileocolónica (L2)	2 (20%)
Colónica (L3)	2 (20%)
Tracto digestivo superior (L4)	0
<b>Fenotipo n, %</b>	
Inflamatorio (B1)	6 (60%)
Estenosante (B2)	4 (40%)
Fistulizante (B3)	0
Perianal (p)	1 (10%)
<b>Cirugías previas n, %</b>	<b>1 (10%)</b>
<b>Tratamiento actual n, %</b>	
Corticoides	4 (40%)
Azatioprina	4 (40%)
Biológicos	2 (20%)

TABLA 1

Características basales de los pacientes.

	Correlación Intraclass	Kappa					
		Endosc. 2-1	Endosc. 2-3	Endosc. 1-3	Endosc. 2-4	Endosc. 1-4	Endosc. 3-4
CDEIS	0.983						
Total 1	0.862						
Total 2	0.953						
Total 3	0.986						
Total 4	0.970						
Total A	0.984						
Total B	0.987						
Segmentos vistos	0.984						
CDEIS Estenosis ulceradas		0.74	0.21	0.38	0.35	0.55	0.55
CDEIS Estenosis no ulceradas		1	0.29	0.29	0.47	0.47	0.13
CDEIS Úlceras profundas en íleon		0.41	-0.18	-0.11	0.77	0.27	0.27
CDEIS Úlceras profundas en CD		-0.11	-0.11	1	-0.13	1	1
CDEIS Úlceras profundas en CT		1	1	1	0.62	0.62	0.62
CDEIS Úlceras profundas en CI		0.41	0.74	0.62	0.52	0.41	0.21
CDEIS Úlceras profundas en recto		0	0	0	0	0	1
CDEIS Úlceras superficiales en íleon		0.44	0.58	0.44	0.73	0.25	0.18
CDEIS Úlceras superficiales en CD		0.21	0.74	0.38	0.73	0.36	1
CDEIS Úlceras superficiales en CT		0.74	1	0.74	1	0.74	1
CDEIS Úlceras superficiales en CI		0.78	1	0.78	1	0.78	1
CDEIS Úlceras superficiales en recto		0.74	0.74	1	0.74	1	1
CDEIS Superficie ulcerada en íleon	0.421						
CDEIS Superficie ulcerada en CD	0.969						
CDEIS Superficie ulcerada en CT	0.954						
CDEIS Superficie ulcerada en CI	0.869						
CDEIS Superficie ulcerada en recto	0.961						
CDEIS Superficie afecta en íleon	0.599						
CDEIS Superficie afecta en CD	0.962						
CDEIS Superficie afecta en CT	0.930						
CDEIS Superficie afecta en CI	0.938						
CDEIS Superficie afecta en recto	0.929						

TABLA 2

Variabilidad interobservador para el índice de CDEIS.

	Correlación Intraclass	Kappa ponderado					
		Endosc. 2-1	Endosc. 2-3	Endosc. 1-3	Endosc. 2-4	Endosc. 1-4	Endosc. 3-4
SES-CD	0.970						
SES-CD tamaño de la úlcera en íleon		0.33	0.22	0.52	0.80	0.18	0.23
SES-CD tamaño de la úlcera en CD		0.43	0.51	0.87	0.50	0.87	1
SES-CD tamaño de la úlcera en CT		0.67	0.90	0.76	0.90	0.76	0.78
SES-CD tamaño de la úlcera en CI		0.55	1	0.55	0.89	0.63	0.89
SES-CD tamaño de la úlcera en recto		0.74	0.58	0.76	0.58	0.76	1
SES-CD superficie ulcerada en íleon		0.10	0.34	0.17	0.43	0	0.40
SES-CD superficie ulcerada en CD		0.59	0.70	0.87	0.69	0.87	1
SES-CD superficie ulcerada en CT		0.59	0.81	0.76	0.91	0.69	0.70
SES-CD superficie ulcerada en CI		0.56	0.91	0.49	0.63	0.56	0.73
SES-CD superficie ulcerada en recto		0.50	0.60	0.83	0.61	0.71	0.87
SES-CD superficie afecta en íleon		0.51	0.52	0.26	0.67	0.26	0.47
SES-CD superficie afecta en CD		0.76	0.82	0.83	0.82	0.87	1
SES-CD superficie afecta en CT		0.63	0.72	0.69	0.73	0.86	0.81
SES-CD superficie afecta en CI		0.68	0.81	0.69	0.70	0.78	0.90
SES-CD superficie afecta en recto		0.46	0.46	1	0.51	0.87	0.87
SES-CD estenosis en íleon		0.56	0.70	0.63	0.20	0.62	0.53
SES-CD estenosis en CD		0	0	0	0	0	0
SES-CD estenosis en CT		0	0	0	0	0	0
SES-CD estenosis en CI		0	0	0	0	0	0
SES-CD estenosis en recto		0	0	0	0	0	0

TABLA 3

Variabilidad inter observador de índice SES-CD.

expertos obteniendo una puntuación para el índice CDEIS y para el SES-CD. La edad media de los pacientes fue 39 años, 60% varones con una enfermedad de Crohn con afectación ileal (60%) y patrón inflamatorio (60%). Para el CDEIS la correlación intraclass fue de 0,98 y para el SES-CD de 0,97. Los apartados del índice CDEIS con peor correlación intraclass fueron la superficie ulcerada en íleon con una puntuación de 0,42 y superficie afectada en íleon con 0,59. En SES-CD el apartado con mayor variabilidad interobservador fue superficie ulcerada en íleon con un kappa ponderado entre observador 1-2 de 0,1, observador 2-3 de 0,34, observador 1-3 de 0,17, observador 2-4 de 0,43, observador 1-4 de 0 y observador 3-4 de 0,4.

## Conclusiones

Existe poca variabilidad interobservador entre endoscopistas expertos que conocen los índices endoscópicos, no obstante, los ítems que requieren medición de tramos presentan una elevada variabilidad. La evaluación de los índices endoscópicos requiere su tiempo y en muchos casos, a pesar de que los endoscopistas los conozcan, es muy complicada su aplicación.

## CP-254. VEDOLIZUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: DOS AÑOS DE SEGUIMIENTO EN PRÁCTICA CLÍNICA

DEL PINO BELLIDO P, MOUHTAR EL HALABI S, BELVIS JIMÉNEZ M, CASTRO LARIA L, MALDONADO PÉREZ MB, CAUNEDO ÁLVAREZ A, ARGÜELLES ARIAS F

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

## Introducción

Vedolizumab es un antagonista de la integrina  $\alpha 4\beta 7$ , aprobado para el tratamiento de Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) activa, moderada-severa. El objetivo fue analizar, según práctica

clínica, las tasas de respuesta y remisión a vedolizumab, así como la seguridad a dos años de seguimiento en nuestro centro.

## Material y métodos

Estudio observacional y retrospectivo en pacientes con EI tratados con vedolizumab entre enero 2016 y diciembre de 2020. Se describen variables demográficas, tasas de respuesta y remisión a 3, 6, 12, 18 y 24 meses tras inicio del tratamiento, motivo de inicio y causa en caso de retirada. Consideramos remisión clínica un índice de Mayo (MSI)  $\leq 2$  y un índice de Harvey Bradshaw (HBI)  $\leq 4$ ; y respuesta a bajada de al menos 2 puntos en HBI o MSI respecto al previo. El régimen estándar consistió en inducción (300mg semanas 0,2 y 6), seguido de mantenimiento (300 mg IV cada 8 semanas). Según práctica clínica se realizó intensificación en algunos pacientes (300 mg cada 4 semanas).

## Resultados

Se incluyeron 85 pacientes (46 EC, 39 CU) (Figura 1 y Tabla 1). El principal motivo de inicio fue la ausencia de respuesta (52,2% EC, 79,5% CU) o efectos adversos (15,2% EC, 7,7% CU) a terapia previa.

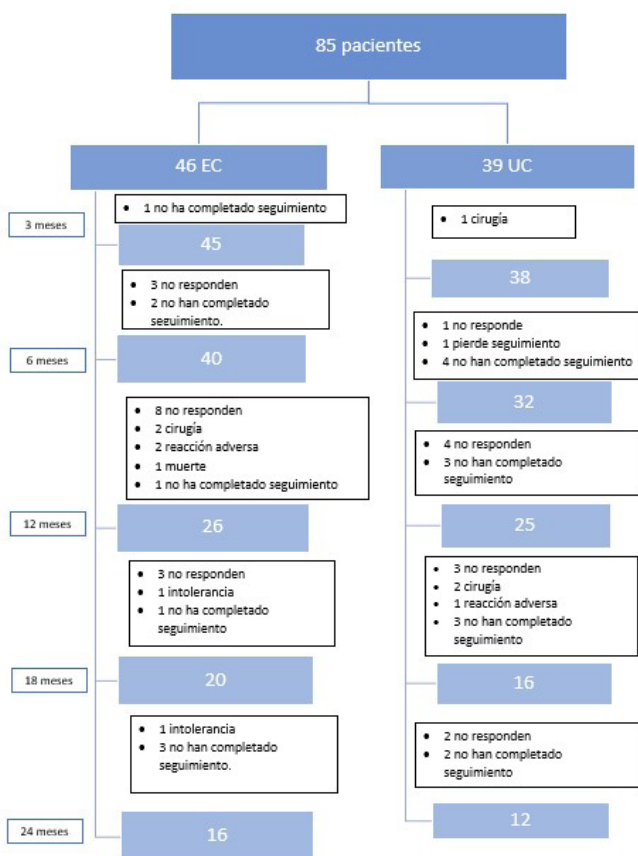


FIGURA 1  
Algoritmo del estudio.

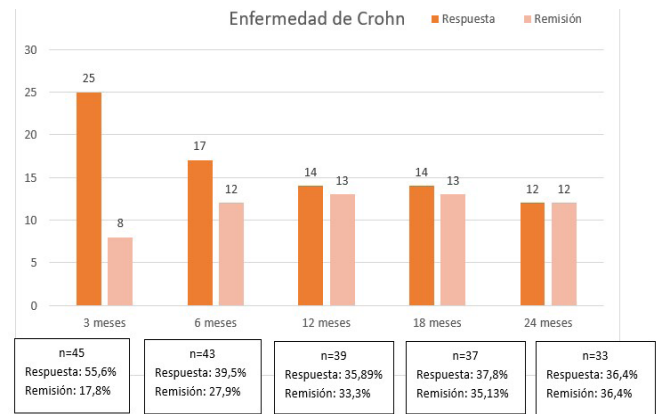


FIGURA 2  
Tasas de respuesta y remisión en EC.

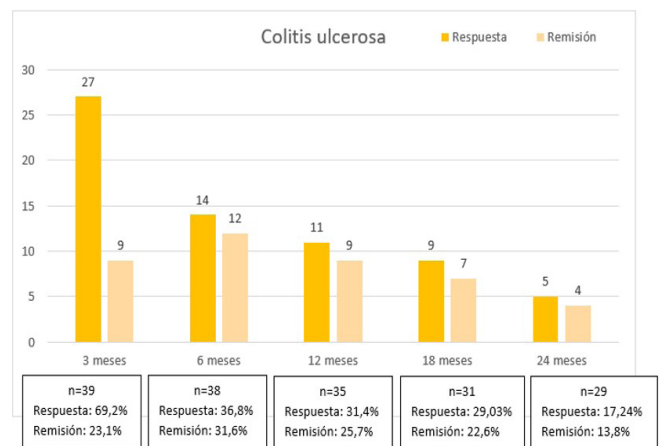


FIGURA 3  
Cambios en CPF sobre valor basal.

10 pacientes con EC (21,7%) y 5 con CU (12,8%) no recibieron anti-TNF previo por enfermedades concomitantes que contraindicaban su uso. Las tasas de respuesta y remisión se muestran en las (Figuras 2 y 3). Continúan vedolizumab al final del seguimiento un 45,9%. La mediana de duración de tratamiento fue de 15,50 (IQR 24,5) meses. 23 pacientes (27,1%) (12/46 EC, 11/39 CU) requirieron intensificación. A pesar de observarse descenso entre la PCR y calprotectina basal y la última registrada con vedolizumab, no se objetivaron diferencias significativas (PCR: 3,82(1,45-13,31) vs 3(1,5-9,27),  $p=0,833$ ; calprotectina: 407,3(253,45-898) vs 209(85,17-1142),  $p=0,776$ ). En el análisis multivariante no se observó relación con la edad, el hábito tabáquico o el anti-TNF previo y unas mayores tasas de respuesta. En CU, se objetivan mayores tasas de respuesta en mujeres con CU a los 12 meses (63,6%,  $p=0,042$ ) y mayores tasas de remisión a los 3 meses en pacientes con proctitis (55,6%,  $p=0,003$ ). 7 pacientes presentaron efectos adversos (4 EC, 3 CU): 1 cefalea, 2 lesiones cutáneas, 2 alteraciones hematológicas, 2 dolor articular. 6/7 requirieron retirada del fármaco.



		ENFERMEDAD DE CROHN (n=46)	COLITIS ULCEROSA (n=39)
Sexo (n,%)			
Hombre		14 (30,4)	21 (53,8)
Mujer		32 (69,9)	18 (46,2)
Edad (Media ± DS)		45,7± 13,6	46,4 ± 16,3
Tabaco (n,%)			
Fumadores		14 (30,4)	4 (10,3)
No fumadores		25 (54,3)	32 (82,1)
Exfumadores		7 (15,2)	3 (7,7)
Montreal (n,%)	Edad	A1: 12 (26,1) A2: 23 (50) A3: 11 (23,9)	
	Localización	L1: 16 (34,8) L2: 15 (32,6) L3: 14 (30,4) L3-L4: 1 (2,2)	E1: 7 (17,9) E2: 24 (61,5) E3: 8 (20,5)
	Comportamiento	B1: 17 (37) B2: 17 (37) B3: 12 (26,1)	S1: 10 (25,6) S2: 20 (51,3) S3: 9 (23,1)
Enfermedad perianal (n,%)		15 (32,6)	2 (5,1)
Manifestaciones extraintestinales (n,%)		25 (54,3)	10 (25,6)
Tratamiento previo con anti-TNF		38 (82,6)	34 (87,2)
Infliximab		4 (10,5)	9 (26,5)
Adalimumab		8 (21,1)	4 (11,8)
IFX y ADA		19 (50)	16 (41)
IFX, ADA y certolizumab		5 (13,2)	0 (0)
IFX, ADA y golimumab		1 (2,6)	5 (14,7)
ADA y certolizumab		1 (2,6)	0 (0)
Tratamiento concomitante			
AZT		4 (8,7)	8 (20,5)
MTX		4 (8,7)	4 (10,3)
Corticoides		26 (56,5)	24 (61,5)

TABLA I

Características demográficas.

## Conclusiones

El tratamiento con vedolizumab es una alternativa en pacientes con EII que no han respondido o tolerado tratamiento anti-TNF, con un perfil de seguridad muy favorable.