

53 CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA CÓRDOBA 2022

COMUNICACIONES ORALES SESIÓN I

CO-01. ESTIMACIÓN ENDOSCÓPICA VS MEDICIÓN ANATOMOPATOLÓGICA DE PÓLIPOS COLORRECTALES: FACTORES RELACIONADOS E IMPACTO EN EL SEGUIMIENTO ENDOSCÓPICO.

TEJERO JURADO R, APARICIO SERRANO A, ZAMORA OLAYA JM, PLEGUEZUELO NAVARRO M, SERRANO RUIZ FJ, HERVÁS MOLINA AJ

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

Introducción

La histología y el tamaño de los pólipos tras una colonoscopia determinan el intervalo de seguimiento posterior. Sin embargo, el tamaño medido por el endoscopista puede diferir del histológico debido a motivos tales como uso de determinados materiales, conservación en formol o la propia variabilidad inter-observador. Nuestro objetivo fue evaluar estimar la concordancia del tamaño endoscópico con el histológico, encontrar factores relacionados y establecer las consecuencias para el seguimiento endoscópico.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo y unicéntrico de pacientes sometidos a colonoscopia por cualquier indicación durante el año 2021 en el Hospital Universitario Reina Sofía, con resección y recuperación de todos los pólipos en una pieza. Se han recogido variables demográficas de pacientes y endoscopistas, relativas al procedimiento y características de los pólipos. Se ha analizado la relación entre el tamaño medido por endoscopia y el reportado por histología en función de las diferentes variables. Se comprobó in situ que la retracción en formol de los pólipos fue de apenas 1 mm.

Resultados

Se han analizado 2540 pólipos resecados de forma completa y recuperados en una pieza procedentes de 1580 colonoscopias (1,6 pólipos de media por exploración). Las indicaciones más frecuentes fueron cribado por sangre oculta en heces positiva (26%) y control de pólipos (24,6%). La edad media de los pacientes

fue 64 años (DE 9.6), siendo 55,5% mujeres. El valor de Boston de mediana fue de 8 (RI 6-9). La localización predominante fue sigma (20,8%) y colon ascendente (19,1%). El tamaño medio endoscópico fue 6mm (DE 5.1) e histológico 4 mm (DE 4). El 95% (n=2422) fueron de morfología polipoidea y de estos el 74% (n=1872) fueron sésiles (Paris 0-Is).

El tamaño estimado por endoscopia se correlacionó bien con el histológico ("r" 0.698, p=0.001), aunque existió una diferencia media cercana a 2mm (6mm±5.1 vs 4mm±4, p<0.05). Esta diferencia se relacionó con el sexo y la edad del endoscopista, siendo mayor en hombres (0,69mm, p=0,001); y en mayores de 40 años (0,57mm, p=0,001). Además, existen diferencias según la indicación, con una estimación más aproximada cuando ésta es control de pólipos o cribado. También existieron diferencias significativas al identificar aquellos pacientes que debían repetirse la endoscopia a los 3 años (29,6% endoscopia vs 27,4% histología, p<0,001) y aquellos que deberían hacerlo al año (0,9% vs 0,8%, p<0,001).

Conclusiones

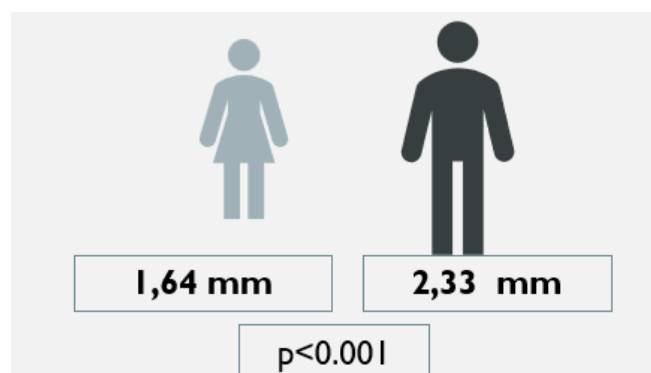


FIGURA 1

ERROR (VALOR ABSOLUTO) EN ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO POR SEXO DEL ENDOSCOPISTA.

La estimación del tamaño de pólipos varía menos entre las endoscopistas jóvenes, siendo además más aproximada según la indicación. Sin embargo, las diferencias entre el tamaño

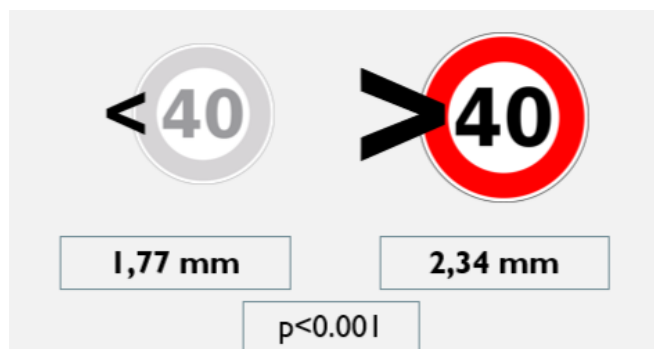


FIGURA 2

ERROR (VALOR ABSOLUTO) EN ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO POR EDAD DEL ENDOSCOPISTA.

endoscópico y el histológico no suponen un impacto significativo en la práctica clínica.

CO-02. DETECCIÓN DE PREDICTORES DE REINGRESO EN CIRROSIS HEPÁTICA

SÁNCHEZ-TORRIJOS Y¹, MIGUEL ROSALES J², CARMONA I³, CASADO M⁴, JIMENO C⁵, LUCENA A¹, TORRES A², GARCÍA M⁶, ZAMORA J⁷, LÓPEZ-GARRIDO A⁸, SENDRA C⁹, ESTEVEZ M¹⁰, JIMENEZ M¹¹, AMPUERO J¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA.

³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ⁴UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. ⁵UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ⁶UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. ⁷UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ⁸UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. ⁹UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA. ¹⁰UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. ¹¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

Primario, identificar factores de riesgo asociados al reingreso en <30 días en pacientes con cirrosis hepática. Secundarios, extender el análisis al reingreso y mortalidad en <90 días.

Material y métodos

Estudio multicéntrico retrospectivo. Se incluyeron 843 pacientes con cirrosis hepática que precisaron ingreso y fueron seguidos

durante los 90 días posteriores al alta. Se recogieron los reingresos por vía urgente durante ese periodo de seguimiento, considerando sólo ingresos en Aparato Digestivo que no fuesen por situaciones programadas, así como el éxito de cualquier causa. Como referencia para predecir el riesgo, se calculó el índice de LACE que comprende el índice de Charlson, el número de veces en urgencias 6 meses antes, ingreso urgente vs. programado y la duración del ingreso.

Resultados

El 5,7% (48/843), 21,5% (181/843) y el 40% (337/843) reingresaron en 7, 30 y 90 días, respectivamente, con un tiempo medio de 67,8±31,7 días. El 15,4% (130/843) de los pacientes fallecieron durante el seguimiento. En la **Tabla 1** se muestran las características basales de la población incluida. El principal motivo de ingreso fue la ascitis (36,3%), seguida de la hemorragia (23%) y la encefalopatía (16,3%). El índice de LACE (OR 1.11 (IC95% 1.02-1.20); p=0.010) y MELD al alta (OR 1.06 (IC95% 1.03-1.10); p=0.0001) se asociaron de forma independiente al reingreso en <30 días. El modelo resultante predijo tres grupos de riesgo de reingreso, utilizando puntos de corte para un 90% de sensibilidad y 90% de especificidad (**Figura 1**). Este modelo también predijo la supervivencia durante el seguimiento (**Figura 2**). Aunque el tiempo hasta consulta de revisión post-hospitalización fue inferior (42±35 vs. 51±70 vs. 55±72 días), el 40% (33/83) del grupo de alto riesgo

Variables basales y epidemiológicas			
	Población total	Pacientes sin reingreso a los 30 días	Pacientes con reingreso a los 30 días
Sexo (hombre)	77 % (688/894)	76,3% (537/704)	79,5% (151/190)
Edad ± DS	60,13 ± 11,18 años	60,24 ± 11,53	59,74 ± 9,8
Etiología cirrosis	Alcohol 61,5% (550/894) VHC 17,9% (160/894)	Alcohol 59,5% (419/704) VHC 18,6% (131/704)	Alcohol 68,9% (131/190) VHC 15,3% (29/190)
Consumo alcohol	43,5 % (389/894)	43,8% (308/704)	42,6% (81/190)
Encefalopatía hepática	21,8 % (195/894)	20,2% (142/704)	27,9% (53/190)
Hemorragia digestiva	18,3% (164/894)	17,3% (122/704)	22,1% (42/190)
Ascitis	47,9% (428/894)	45,3% (319/704)	57,4% (109/190)
Peritonitis bacteriana espontánea	4,8 % (43/894)	4,3% (30/704)	6,8% (13/190)
Síndrome Hepato-renal	1,5% (13/894)	1,3% (9/704)	2,1% (4/190)
Hepatocarcinoma	10,7% (96/894)	10,4% (73/704)	12,1% (23/190)
TPS	2,8% (25/894)	2,4% (17/704)	4,2% (8/190)
Varices esofágicas	58,4% (522/894)	57,7% (406/704)	61,1% (116/190)
Diabetes	30,5% (274/894)	30% (211/704)	32,6% (62/190)
Variables en relación con el ingreso			
Motivo de ingreso	Ascitis 35,7% (319/894) HDA 22,9% (205/894) Encefalopatía hepática 16,2% (145/894)	Ascitis 36,8% (259/704) HDA 23,6% (166/704) Encefalopatía hepática 14,6% (103/704)	Ascitis 31,6% (60/190) Encefalopatía hepática 22,1% (42/190) HDA 20,5% (39/190)
Tipo de ingreso	92,7% (829/894)	92,8% (653/704)	92,6% (176/190)
Encefalopatía hepática	11,1% (66/894)	7,2% (51/704)	7,9% (15/190)
Hemorragia digestiva	6,6% (39/894)	4% (28/704)	5,8% (11/190)
Ascitis	17,7% (105/894)	11,4% (80/704)	13,2% (25/190)
Peritonitis bacteriana espontánea	4,2 % (25/894)	2,6% (18/704)	3,7% (7/190)
Síndrome Hepato-renal	2,5% (15/894)	1,7% (12/704)	1,6 % (3/190)
CLF	5,7% (51/894)	5,4 % (38/704)	6,8 % (13/190)
Índice	2,6% (23/894)	3% (21/704)	1,1 % (2/190)
Índice	0,8% (7/894)	0	1% (7/190)
Unidad de Sangrantes	12,8% (114/894)	13,2% (93/704)	11,1% (21/190)
Infección nosocomial	11,9% (106/894)	10,9% (77/704)	15,3% (29/190)
Intubación mecánica	3,4% (30/894)	3,7% (26/704)	2,1% (4/190)
Arteritis	29,6% (265/894)	28,4% (200/704)	34,5 (65/190)
Vacuadora			
Intubación	10,5% (94/894)	9,9% (70/704)	12,6% (24/190)
Intubación parenteral			
Cuidados intensivos	4,9% (44/894)	5,4% (38/704)	3,2% (6/190)
Incluido en lista de trasplante	8,4% (75/894)	7,4% (52/704)	12,1% (23/190)
Child Pugh	A 15,2% (118/894) B 54,3% (421/894) C 30,5% (236/894)	A 14,5% (102/704) B 47,9% (337/704) C 23,7% (167/704)	A 8,4% (16/190) B 44,2% (84/190) C 36,3% (69/190)
MELD ± DS	15,12 ± 5,52	14,84 ± 5,46	16,19 ± 5,63
Tratamiento al alta			
Inhibidores bomba protones	59,5 % (514/894)	58% (408/704)	12,1% (23/190)
Beta-bloqueantes	45,5 % (394/894)	46,2% (325/704)	36,6% (69/190)
Actulosa	60,8% (525/894)	56,4% (397/704)	67,4% (128/190)
Antibióticos	45,8% (396/894)	43,8% (308/704)	46,3% (88/190)

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS BASALES.

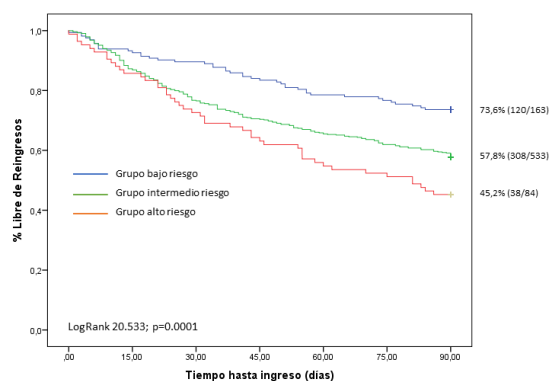


FIGURA 1
PREDICCIÓN RIESGO DE REINGRESO.

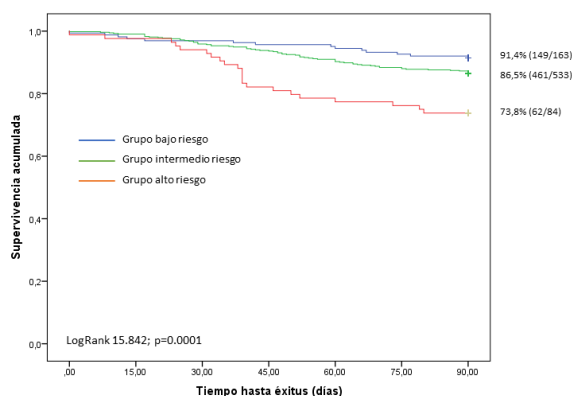


FIGURA 2
PREDICCIÓN SUPERVIVENCIA.

reingresó antes de acudir a la consulta frente al 29,8% (159/533) y 19% (31/163) ($p=0.002$) de los grupos de intermedio y bajo riesgo, respectivamente.

Conclusiones

La combinación del índice de LACE y MELD al alta predice e identifica grupos de riesgo de reingreso, tanto en menos de 30 como 90 días, en pacientes con cirrosis hepática. Este hecho debería ser tenido en cuenta para programar las consultas de revisión tras la hospitalización.

CO-03. RESECCIÓN DE ADENOCARCINOMA SOBRE PÓLIPO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: FACTORES PREDICTORES DE RECIDIVA

TEJERO JURADO R, EL FALLOUS EL MRAGHID M, PLEGUEZUELO NAVARRO M, SERRANO RUIZ FJ, HERVÁS MOLINA A

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

Introducción

Los pólipos con histología de malignidad presentan con frecuencia un dilema de tratamiento. La estrategia de manejo óptima radica en evaluar el riesgo de enfermedad residual en la pared intestinal o diseminación linfática. Nuestro objetivo fue evaluar los factores predictores de recidiva o aparición de cáncer colorrectal (CCR) durante el seguimiento en una cohorte con adenocarcinoma sobre pólipo.

Material y métodos

Estudio retrospectivo y unicéntrico de pacientes sometidos a colonoscopia con detección de pólipos con histología de adenocarcinoma sobre pólipo, durante los años 2007-2021 en el Hospital Universitario Reina Sofía. Se han recogido variables demográficas, relativas al procedimiento, características histológicas, tratamiento e intervalo de seguimiento endoscópico posterior, analizando la relación entre las características endoscópicas e histológicas y la recidiva de adenoma o aparición de CCR.

Resultados

Se resecaron 403 pólipos con histología de malignidad (Tablas 1 y 2). La mediana de seguimiento fue 62 meses (Tabla 3).

Total: 403 pólipos	
Sexo masculino	66,5%
Edad media	67 años (DE 22,06)
Antecedentes familiares 1º grado	23%
Antecedentes personales pólipos	11%
Pólipos por colonoscopia	2,86 pólipos (DE 2,88)
Tamaño medio (adenocarcinoma sobre pólipo)	22 mm (DE 13)
Grado de limpieza (Boston)	7 (Q 6-8)
Localización	Sigma: 62,8%
	Recto: 20,5%
	Descendente: 6,7%
Morfología	Pedunculado: 60,5%
	Semipedunculado: 20,3%
	Sésil: 14,2%
	Plano: 5,1%
Método de resección	Asa caliente +/- solución adrenalina o glicerol (99%)
Resección completa	96%
Resección completa en una pieza	68,6%

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE PACIENTES Y HALLAZGOS POR COLONOSCOPIA.

Características anatómo patológicas			
Clasificación Haggitt	Haggitt 0	38%	
	Haggitt 1	27%	
	Haggitt 2	10,5%	
	Haggitt 3	4,5%	
	Haggitt 4	20%	
Grado histológico	Bien diferenciados	76,6%	
	Moderadamente diferenciados	22,6%	
	Pobremente diferenciados	0,8%	
Embolia vascular	Ausencia	93,3%	
	Embolia linfática	4,4%	
	Embolia venosa	1,8%	
Margen de resección profunda	>1 mm	57,5%	
	<1 mm	13,7%	
	Afectado	11,5%	
	No evaluable	17,3%	
Altura infiltración submucosa	Pólipos sésiles	< 1 mm	25%
		1-1,9 mm	8,3%
		≥ 2 mm	16,7%
		No valorable	50%
	Pólipos pediculados	Haggitt 0, 1, 2, 3 con < 3 mm	84,2%
		Haggitt 3 > 3 mm	2,1%
		Haggitt 4	4,3%
		No valorable	4,5%

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS DE LOS PÓLIPOS RESECADOS CON HALLAZGO DE ADENOCARCINOMA SOBRE PÓLIPO.

Presentación en comité multidisciplinar	22%
Tratamiento	Resección endoscópica 82%
	Cirugía 18%
Estudio extensión	35%
	TC abdomen Sin hallazgos 97%
	Extensión local 3%
	TC tórax Sin hallazgos 100%
CEA	13,8
	Elevado 20,8%
Control endoscópico posterior	Primera colonoscopia 4 meses (Q 2-6) 90%
	Segunda colonoscopia 10 meses (Q 6-13) 73%
	Tercera colonoscopia 13 meses (Q 12-24) 41,4%
Recidiva precoz	(< 12 meses) 5%
Recidiva tardía	(≥ 12 meses) 2,7%
Aparición CCR	5%

TABLA 3

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y HALLAZGOS DURANTE EL SEGUIMIENTO.

En la primera colonoscopia de revisión hubo recidiva de adenoma en un 14% de resecciones en fragmentos, frente a un 3% resecados en una pieza (p 0,001); de la misma forma que en la segunda: 9,2% en fragmentados frente a 0,05% (p 0,005). La recidiva precoz de adenoma sobre pólipo resecado, se relacionó con la altura de infiltración (3,6% Haggitt 0 vs 10% Haggitt 4; p 0,035) y con la resección fragmentada (8,57% vs 2,1%; p 0,001); no encontrándose diferencias con el grado histológico o la localización. La recidiva después del primer año, únicamente se relacionó con la resección incompleta (25% vs 1,8%; p < 0,001) y con el margen de resección profunda afecto o no valorable (4,5% vs 0,064%; p 0,035).

La aparición de CCR durante el seguimiento se relacionó con la altura de infiltración Haggitt 4 (12% vs 0,8%; p 0,02), con el grado de diferenciación moderado (10% vs 3%; p 0,03) y con el margen de resección profundo (1,74% en margen de resección libre a > 1 mm y 8,5% en margen afecto o no valorable; p 0,02). Sin embargo, no se encontraron diferencias con los antecedentes previos del paciente o familiares ni con la morfología del pólipo. En el análisis multivariante el único factor que mantuvo la significación para predecir el riesgo de recidiva precoz de adenoma y aparición de CCR fue la resección fragmentada.

Conclusiones

La resección completa en un único fragmento de pólipos con histología de malignidad es la herramienta más útil para prevenir su recidiva o la aparición de CCR en un futuro.

CO-04. TRATAMIENTO ERRADICADOR EN PRIMERA LINEA EN ANDALUCÍA: DATOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI (HP-EUREG).

GARCÍA GARCÍA MD¹, GONZÁLEZ ANTUÑA J¹, GÓMEZ RODRÍGUEZ BJ¹, PÉREZ AISA A², PABÓN CARRASCO M³, CASTRO FERNÁNDEZ M³, PERONA M⁴, KECO HUERGA A³, CANO CATALÀ A⁵, HERNÁNDEZ L⁶, MOREIRA L⁷, NYSSSEN O⁸, GISBERT J⁸

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²DEPARTAMENTO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ³UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. ⁴SERVICIO APARATO DIGESTIVO.

HOSPITAL QUIRÓN, MÁLAGA. ⁵GRUPO INVESTIGACIÓN. CENTRE HOSPITALARI, MANRESA. ⁶UNIDAD GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL SANTOS REYES, ARANDA DE DUERO. ⁷DEPARTAMENTO INVESTIGACIÓN. HOSPITAL CLÍNIC I PROVINCIAL DE BARCELONA, BARCELONA. ⁸DEPARTAMENTO INVESTIGACIÓN. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA, MADRID.

Introducción

Evaluar el tratamiento de primera línea frente a *Helicobacter pylori* (HP) en los últimos años en Andalucía.

Material y métodos

Hp-EuReg es un registro multicéntrico europeo (32 países), sistemático y prospectivo de práctica clínica en el manejo de la infección por HP, mediante cuaderno de recogida de datos electrónico (e-CRD) en la plataforma AEG-REDCap. Se realiza análisis intermedio en los hospitales andaluces.

Se estudiaron las siguientes variables: demográficas, indicación de la erradicación, terapias erradicadoras, efectividad, seguridad y cumplimiento. Se realizó análisis descriptivo utilizando distribución de frecuencias.

Resultados

Desde 2013 hasta septiembre de 2022 se han incluido 5.927 pacientes (64% mujeres, 98% caucásicos). El 46% de las indicaciones fueron dispepsia funcional, 30% dispepsia no investigada, 14% úlcera péptica. La mayoría eran naïve (4.466 pacientes, 75,5%), 1.132 (19%) recibieron segunda línea de tratamiento y 261 (5,5%) tercera línea y sucesivas. Un 5,1% presentaron alergias (302 pacientes), 273 (4,6%) a penicilina.

En 5.737 pacientes (98%) se realizó test de confirmación de erradicación, el más usado el test de aliento con urea-C13 (92,5%). A 5 pacientes (0,1%) se les realizó test de resistencia antibiótica (cultivo).

Con respecto a la 1ª línea de tratamiento, 4.334 pacientes (98%) completaron más del 90% de la pauta. Los regímenes más empleados fueron: terapia cuádruple (TC) concomitante en 1.601 pacientes (36%), con una efectividad del 87,5% (85%-10 días, 91%-14 días); TC con bismuto en cápsula única tres-en-uno durante 10 días en 1.410 pacientes (32%), con una efectividad del 91,5%; triple terapia con claritromicina y amoxicilina en 1.093 casos (24,5%), siendo la duración en el 91,5% de 10 días, con una efectividad del 84,5%; y TC con claritromicina, amoxicilina y bismuto durante 14 días en 201 pacientes (4,5%), con una efectividad del 90,5% (Figuras 1 y 2).

Los IBP más usados fueron omeprazol en 3111 casos (70%) y esomeprazol en 1156 (26%), en su mayoría a dosis estándar (44%).

Presentaron efectos adversos 545 pacientes (12,2%), siendo los más frecuentes la diarrea (96%) y las náuseas (95%). Solo 5 (0,9%) fueron graves, entre ellos una hospitalización por diarrea por *Clostridium difficile* y una colecistopancreatitis.

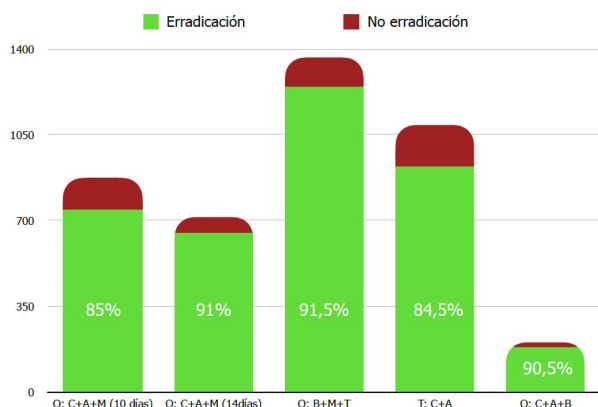


FIGURA 1

FRECUENCIA Y EFECTIVIDAD EN LOS TRATAMIENTOS DE PRIMERA LÍNEA. CUÁDRUPLE CONCOMITANTE (Q: C+A+M) CON DURACIÓN DE 10 Y 14 DÍAS, CUÁDRUPLE CON BISMUTO (Q: B+M+T) DURANTE 10 DÍAS, TRIPLE CON CLARITROMICINA Y AMOXICILINA (T: C+A) Y CUÁDRUPLE CON CLARITROMICINA, AMOXICILINA Y BISMUTO (Q: C+A+B).

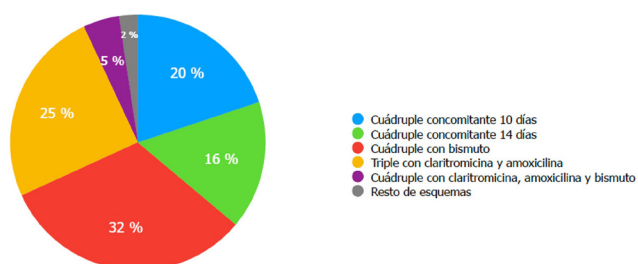


FIGURA 2

DIAGRAMA DE SECTORES QUE COMPARA FRECUENCIA DE EMPLEO DE LOS DISTINTOS ESQUEMAS DE TRATAMIENTO.

Conclusiones

Las cuádruples terapias son las más efectivas para la erradicación de HP en primera línea en Andalucía.

La triple terapia clásica sigue siendo una de las más usadas, pese a que no alcanza la eficacia recomendada del 90%.

CO-05. EVALUACIÓN DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-COV-2 EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS CRÓNICAS EN TRATAMIENTO CON TERAPIA ANTI-TNF

MARÍN PEDROSA S¹, MEDINA MEDINA R¹, VÁZQUEZ MEDINA EM¹, CALVO GUTIÉRREZ J², SOTO ESCRIBANO MP¹, BENÍTEZ CANTERO JM¹, IGLESIAS FLORES E¹

¹SECCIÓN APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. ²SECCIÓN REUMATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

Comparar seroconversión tras vacunación frente al SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedad inflamatoria crónica (EIC) bajo tratamiento anti-TNF alfa VS sin tratamiento anti-TNF.

Comparar efectos adversos (EA) tras vacunación frente al SARS-CoV-2 en pacientes con EIC bajo tratamiento anti-TNF Vs sin tratamiento anti-TNF.

Material y métodos

Estudio observacional de casos y controles (2:1), incluidos 114 pacientes con EIC del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba vacunados para SARS-CoV-2 según guías nacionales. Se realizó determinación de anticuerpos de tipo IgG específica contra la proteína trimérica espicular de SARS-CoV2 en muestras de suero sanguíneo extraídas a las 4-5 semanas de la administración de la segunda dosis. Determinación realizada mediante técnica de quimioluminiscencia con kit Liaison® SARSCoV2 TrimericS IgG (Ref. 311510) (casa comercial Diasorin).

Se recogieron variables sociodemográficas, enfermedad inflamatoria, tratamientos recibidos, EA tras vacunación, tipo vacuna.

Resultados

114 pacientes (76 no antiTNF y 38 si); edad media de 49,62, 67,5% mujeres. Artritis reumatoide patología más frecuente (36%), seguida de enfermedad inflamatoria (28,9%). 20,2% no realiza tratamiento biológico, 33,3 % realiza tratamiento con AntiTNF y 46,5% lo realiza con otro biológico. Pfizer vacuna más utilizada (61,4%).

Anticuerpos frente anti-SARS-CoV.2 con actividad neutralizante en el 83,3% de los participantes, titulación media de 1230 (1608).

El 15,8% presentó EA leves, los más frecuentes: dolor de garganta, malestar, dolor en la zona de punción. No EA graves y ni brote de enfermedad después de la vacunación.

En pacientes tratados o no con fármacos AntiTNF, no se objetivan diferencias significativas entre ambos grupos en sus características basales, excepto (el 78% de los pacientes con espondilitis anquilopoyética reciben tratamiento con antiTNF).

	AntiTNF	No AntiTNF	p-value
Sexo			
- Mujer	60,5%	71,1%	,258
Edad	49,05 (18,252)	49,91 (17,863)	,239
EIC			
- AR	21,1%	43,4%	
- SPA	28,9%	3,9%	
- Apso	15,8%	6,6%	
- EICI	28,9%	28,9%	
- Otros	5,3%	17,1%	
AC			
- Positivos	76,3%	97,4%	0,004
Título AC	1076,65 (867)	1307,71 (1872,60)	,472
Vacuna			
- Pfizer*	60,5%	61,8%	
- Astrazeneca*	26,3%	14,5%	* 217
- Janssen	0,0%	5,3%	* 303 ^ 125
- Moderna	13,2%	18,4%	* 586 ^ 165 ^ 539
EA	18,4%	14,5%	,586

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DE AMBOS GRUPOS.

Figura 1

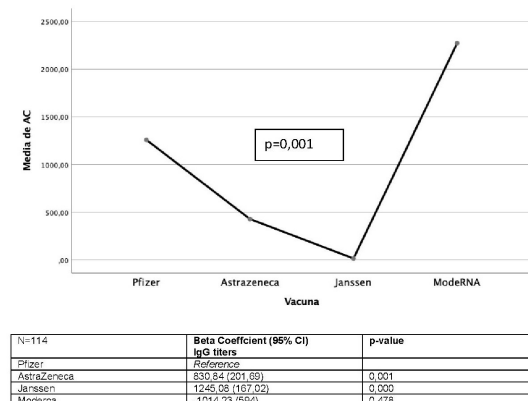


FIGURA 1

TÍTULO AC SEGÚN TIPO VACUNA.

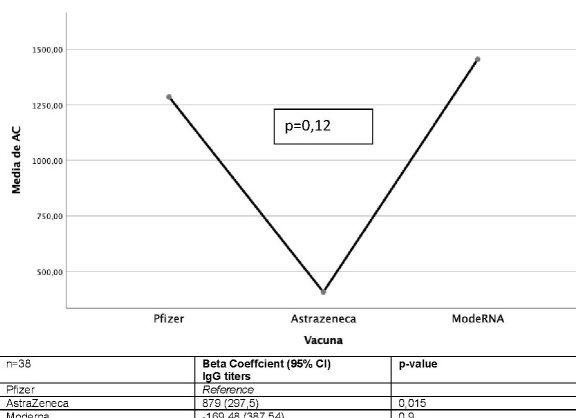


FIGURA 2

TÍTULO AC SEGÚN VACUNA EN GRUPO DE TRATAMIENTO CON ANTITNF.

Tampoco diferencias en el tipo de vacuna utilizada en ambos grupos.

Mayor seroconversión en pacientes que realizan tratamiento con AntiTNF (97,4% Vs 76,3% $p<0,04$), los pacientes en tratamiento con rituximab presentaron una menor seroconversión. En pacientes que alcanzaron la seroconversión no se objetivaron diferencias en el título de AC alcanzado en ambos grupos (1307 no antiTNF y 1076 antiTNF, $p=0,74$). EA sin diferencias significativas entre pacientes tratados con antiTNF y no (18,4 Vs 14,5 $p=0,586$, respectivamente).

Janssen no consiguió títulos de IgG neutralizantes. AstraZeneca alcanzó título de Ac significativamente menor que Pfizer y Moderna en pacientes en tratamiento AntiTNF (405 (552), 1285 (810) y 1445 (1048) $p=0,12$, respectivamente).

Conclusiones

Las vacunas de ARNm de SARS-CoV-2 producen seroconversión en pacientes con EIC, independientemente del tratamiento con anti-TNF. Estas vacunas son seguras en este grupo, sin encontrarse EA graves en relación con las mismas.

SESIÓN II

CO-06. EXPRESIÓN DE HEPATOQUINAS Y ADIPOQUINAS EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA

ZAMORA OLAYA JM¹, PRIETO DE LA TORRE M¹, HERMÁN-SÁNCHEZ N², AMADO TORRES V¹, DE LA MATA M¹, D. GAHETE M², RODRÍGUEZ PERÁLVAREZ M¹

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

²LABORATORIO INVESTIGACIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA.

Introducción

Analizar la expresión de una batería de hepatoquinas y adipoquinas como posibles biomarcadores de hepatocarcinoma.

Material y métodos

Estudio transversal en el que se comparó la expresión de 55 hepatoquinas y adipoquinas en tejido tumoral de pacientes con hepatocarcinoma en comparación con el tejido peritumoral adyacente al tumor. Como grupos control se utilizaron muestras de tejido hepático de pacientes cirróticos y de pacientes sanos sin hepatopatía. Se utilizó PCR cuantitativa para analizar la expresión de hepatoquinas y adipoquinas. Se construyó un panel de posibles biomarcadores mediante regresión logística multivariante para analizar la capacidad discriminativa entre tejido tumoral y peritumoral, y entre tejido sano y patológico.

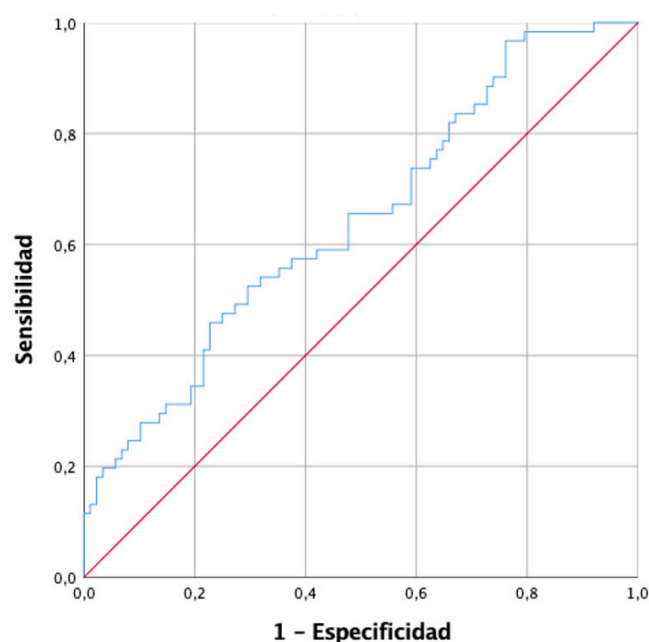


FIGURA 1

CURVA ROC. TUMORAL VS NO TUMORAL.