

# CO-11. MONITORIZACIÓN DE LA RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER COLORRECTAL MEDIANTE BIOPSIA LÍQUIDA EN ORINA

JURADO GÓMEZ-ALFÉREZ A<sup>1</sup>, CHICA CID T<sup>1</sup>, KANG Q<sup>2</sup>, HOVELSON DH<sup>2</sup>, GARZÓN BENAVIDES M<sup>1</sup>, TEWARI M<sup>2</sup>, GIRÁLDEZ JIMÉNEZ MD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. <sup>2</sup>LABORATORIO BIOQUÍMICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

## Introducción

El análisis de DNA tumoral circulante (ctDNA) en plasma permite la monitorización de respuesta a tratamiento y la detección de recurrencias en pacientes con cáncer. Sin embargo, la detección de ctDNA en orina, a pesar de poseer grandes ventajas (estrategia completamente no invasiva y segura, permite recogida de muestras en casa y no presenta restricciones de volumen ni frecuencia) continua siendo una alternativa poco estudiada dadas las dificultades técnicas.

Los objetivos del estudio fueron optimizar la evaluación de ctDNA en orina en pacientes con cáncer y evaluar su potencial utilidad en la monitorización del tratamiento del cáncer colorrectal (CCR).

## Material y métodos

Se evaluaron estrategias de preservación de DNA en orina (pH y EDTA) mediante la adición de un ladder de DNA en muestras de voluntarios sanos y se comparó la eficiencia de múltiples métodos de extracción de ctDNA para recuperar los fragmentos de DNA añadidos. Para la evaluación inicial de ctDNA mediante Whole Genome Sequencing, elegimos el escenario más favorable para biopsia líquida, las neoplasias hematológicas. Seleccionamos 12 casos con leucemia aguda mieloide con >10% de blastos y cariotipo disponible, adaptamos un protocolo de preparación de librerías de DNA de restos arqueológicos y comparamos los perfiles de copy number variations (CNV) obtenidos en orina vs. plasma. Posteriormente, evaluamos nuestra estrategia en CCR analizando los resultados de secuenciación en orina vs. plasma de 8 pacientes con CCR avanzado y perfil de CNV conocido. Además, se secuenciaron muestras seriadas de orina durante los ciclos de quimioterapia para evaluar los cambios de ctDNA.

## Resultados

Se evidenció una rápida degradación del DNA en muestras de orina almacenadas a temperatura ambiente sin solución preservadora, mientras que las muestras con EDTA a alta concentración (40mM) mostraron estabilidad durante >24h. A diferencia de los kits comerciales de extracción, el uso de una resina de intercambio iónico permitió una recuperación eficiente de los fragmentos pequeños de DNA (63-78%). Nuestra estrategia permitió detectar fragmentos de ctDNA en orina en todos los tumores evaluados

y definir sus perfiles de CNV. Los fragmentos de ctDNA en orina mostraron una longitud menor que en plasma (20-40 vs 130-150bp) (Figura 1). Los perfiles de CNV detectados en orina fueron altamente concordantes con los identificados en plasma (Figura 2) y se correlacionaron con la respuesta a quimioterapia (Figura 3).

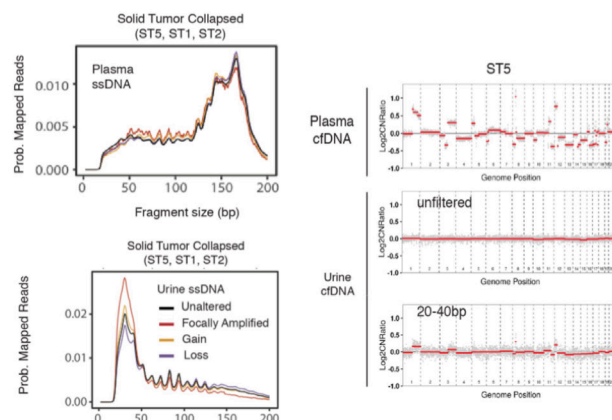


FIGURA 1

LONGITUD DE LOS FRAGMENTOS DE CTDNA EN PLASMA Y ORINA.

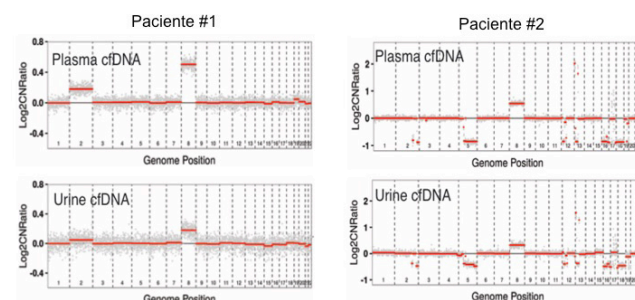


FIGURA 2

COMPARACIÓN DE PERFILES CNV EN PLASMA Y EN ORINA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL.

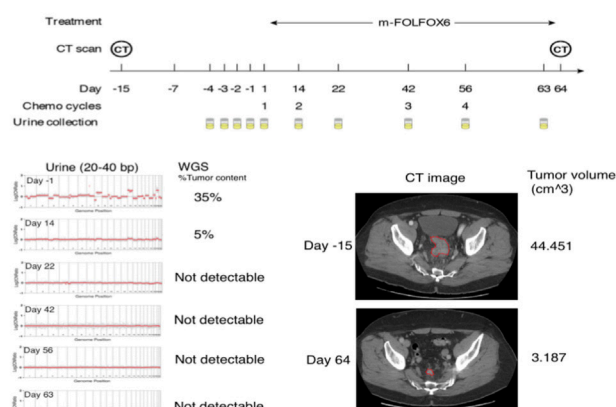


FIGURA 3

LOS PERFILES DE CNV EN ORINA SE CORRELACIONAN CON LA RESPUESTA A QUIMIOTERAPIA DEL CÁNCER COLORRECTAL.

## Conclusiones

Los perfiles de CNV en orina muestran buena correlación con los obtenidos en plasma y representan una alternativa prometedora para la monitorización no invasiva de la respuesta a tratamiento del CCR.

## CO-12. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL EN EL DRENAJE ECOENDOSCÓPICO DE COLECCIONES ABDOMINALES Y LA INFLUENCIA DEL CATÉTER PIGTAIL COAXIAL EN LA TASA DE COMPLICACIONES Y DE REVISIONES ENDOSCÓPICAS.

PÉREZ ESTRADA C, RINCÓN GATICA A, CANDELARIO GARRIDO C, MARTÍN GUERRERO JM, MARTÍNEZ SIERRA C, AMPUERO HERROJO J, GARCÍA FERNÁNDEZ FJ

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA

## Introducción

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y seguridad del uso de un catéter pigtail coaxial a la prótesis de aposición luminal (PAL) en el abordaje ecoendoscópico de colecciones intraabdominales.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo observacional incluyendo pacientes consecutivos sometidos a drenaje ecoendoscópico de colecciones abdominales mediante colocación de PAL +/- pigtail coaxial, entre marzo-2017 y enero-2022. Se evaluó el impacto de la colocación de un pigtail coaxial frente a la no colocación sobre: a) eficacia; b) número de revisiones endoscópicas; c) tasa de complicaciones; d) tiempo de permanencia de la PAL. Específicamente, se realizó un subanálisis en el grupo de pacientes con necrosis encapsulada (WON).

## Resultados

Se incluyeron 70 pacientes con edad media 54,8±14 años, el 74%

	Pigtail inicial (n=18)	No pigtail inicial (n=58)	
Éxito clínico	100%	87.3%	p=0.159
Número de revisiones endoscópicas (media)	0.93 ± 1.27	3.34 ± 3.75	p=0.021
Tiempo hasta retirada de la PAL (media)	56.32 ± 45.87 d	125.83 ± 50.56 d	p<0.001
Tasa de complicaciones	13.3 %	24.1%	p=0.367
Reingresos (50% relacionados con PAL: migración, obstrucción)	6.7%	14.5%	p=0.374
Rescate quirúrgico		4 (5.7%)	
Rescate percutáneo		10 (14.2%)	
Exitus	8 (11.4%)	Solamente 1 relacionada con PAL (hemorragia masiva)	

TABLA 1

COMPARACIÓN DE RESULTADOS EN EL GRUPO DE "PIGTAIL INICIAL" VS "NO PIGTAIL INICIAL".

varones. El 94% fueron colecciones pancreáticas (64% WON, 30% pseudoquistes), con un tamaño medio de 118,7 mm. Se colocaron 76 PAL (97,4% Hot-Axios 10x15mm) con éxito técnico del 100%. Las indicaciones fueron sintomatología compresiva (41%) e infección (59%). En 18 pacientes se colocó un catéter pigtail coaxial inicial. Dos pacientes presentaron complicaciones inmediatas (hemorragia y aspiración), manejadas de forma conservadora. Se registraron las siguientes complicaciones durante la evolución: 1 sepsis por migración de la PAL, 2 sepsis por obstrucción de la PAL

	WON (n=45)	Pigtail inicial (n=8)	No pigtail inicial (n=37)	
Éxito clínico		100%	80%	p=0.167
Número de revisiones endoscópicas (media)		1.38 ± 1.50	4.39 ± 3.97	p=0.042
Tiempo hasta retirada de la PAL (media)		47.75 ± 26.46 d	149.00 ± 34.72 d	p<0.001
Tiempo de hospitalización tras colocación de PAL (media)		16.60 ± 10.78 d	36.21 ± 31.175 d	p=0.176
Tasa de complicaciones		2 (25%)	12 (31.6%)	p=0.713
Reingresos		1 (12.5%)	6 (15.8%)	p=0.814
Rescate quirúrgico		0 (0%)	4 (11.4%)	p=0.315
Rescate percutáneo		2 (25%)	6 (17%)	p=0.606
Exitus		2 (20%)	5 (13.2%)	p=0.585

TABLA 2

COMPARACIÓN DE RESULTADOS DE "PIGTAIL INICIAL" VS "NO PIGTAIL INICIAL" EN EL SUBGRUPO DE WON.

## Conclusiones

-Las PAL son seguras y eficaces.

-La colocación de un catéter pigtail coaxial inicial se asocia a un mayor éxito clínico, además de a una menor tasa de complicaciones, menor número de revisiones endoscópicas, menor tiempo de permanencia de la PAL y menor tiempo de hospitalización.

-Los beneficios del catéter pigtail coaxial son más evidentes para los casos de WON.

## CO-13. LA PRESENCIA DEL GENOTIPO HLA-DQA1\*05 INFLUYE EN LA RESPUESTA A FRENTE A LOS FÁRMACOS BIOLÓGICOS ANTITNF

NAVAJAS HERNÁNDEZ P, MOUHTAR EL HALABI S, GONZÁLEZ PARRA AC, CASTRO LARIA L, MALDONADO PÉREZ B, VALDÉS DELGADO T, ARGÜELLES ARIAS F

UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA

## Introducción

Los fármacos anti-TNF actúan bloqueando el TNF-alfa, una citocina que media en la cascada inflamatoria que acontece en la enfermedad inflamatoria intestinal. Infliximab (IFX) y adalimumab (ADA) fueron los primeros biológicos en aparecer empleados tanto en la inducción de la remisión como mantenimiento de la colitis ulcerosa (CU) y la enfermedad de Crohn (EC). Numerosos estudios hablan a favor de un aumento del riesgo de desarrollo de inmunogenicidad frente a estos fármacos y peor respuesta en aquellos pacientes portadores del genotipo HLA-DQA1\*05. El

objetivo de nuestro estudio fue estudiar la asociación entre la presencia del alelo con la inmunogenicidad y respuesta de ambos fármacos.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes tratados con IFX y ADA desde su implementación hasta marzo del 2022. Se analizaron características demográficas, variables asociadas a la enfermedad, tratamientos previos recibidos, la respuesta según puntuación Harvey-Bradshaw y Mayo a los 6, 12 y 24 meses, así como la presencia o no del genotipo HLA-DQA1\*05.

## Resultados

Se estudiaron 109 pacientes tratados con IFX y 91 con ADA. Se analizaron las diferencias entre los portadores y no portadores de HLA-DQA1\*05. Un 35% portaban el alelo. Ambos grupos eran homogéneos en sus características demográficas (Tabla 1). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el fenotipo, manifestaciones extraintestinales, enfermedad perianal y tratamientos previos o concomitantes (anti-TNF, inmusupresor, corticoideo).

	HLA				
	SI N=70 (35%)		NO N=130 (65%)		p
<b>Sexo</b>					
Varón	41	58.6	81	62.8	0.332
Mujer	29	41.4	48	37.2	
<b>Tabaco</b>					
Sí	16	22.9	34	26.4	0.129
No	29	41.4	59	45.7	
Exfumador	8	11.4	21	16.3	
Se desconoce	17	24.3	15	11.6	
<b>Tipo de enfermedad inflamatoria intestinal</b>					
Colitis ulcerosa (CU)	30	42.9	50	39.4	0.372
Enfermedad de Crohn (EC)	40	57.1	77	60.6	
<b>Colitis ulcerosa: Montreal Extensión</b>					
Proctitis ulcerosa (E1)	9	30.0	8	16.3	0.326
Colitis izquierda (E2)	13	43.3	23	46.9	
Pancolitis extensa (E3)	8	26.7	18	36.7	
<b>Colitis ulcerosa: Montreal Gravedad</b>					
Leve (S1)	3	10.0	4	8.2	0.826
Moderado (S2)	23	76.7	36	73.5	
Grave (S3)	4	13.3	9	18.4	
<b>Enfermedad de Crohn: Montreal Edad</b>					
<17 (A1)	3	7.0	8	9.9	0.401
17-40 (A2)	21	48.8	47	58.0	
>40 (A3)	19	44.2	26	32.1	
<b>Enfermedad de Crohn: Montreal Extensión</b>					
Ileon (L1)	12	30.0	34	42.5	0.345
Colon (L2)	13	32.5	16	20.0	
Ileocolon (L3)	15	37.5	29	36.3	
L1, L2 o L3 + af tubo digestivo alto (L4)	0	0	1	1.3	
<b>Enfermedad de Crohn: Montreal patrón</b>					
No estenosante ni perforante (B1)	24	60.0	53	65.4	0.454
Estenosante (B2)	7	17.5	17	21.0	
Penetrante o fistulizante (B3)	9	22.5	11	13.6	
<b>Enfermedad perianal (EC)</b>	15	35.7	27	32.5	0.435
<b>Tratamiento pre anti-TNF</b>	66	95.7	117	91.4	0.210
<b>Primer fármaco anti-TNF empleado</b>					
Infliximab (IFX)	39	55.7	70	53.8	0.459
Adalimumab (ADA)	31	44.3	60	46.2	
<b>Presencia de anticuerpos anti-TNF</b>	25	35.7	16	12.3	<0.001
<b>Anticuerpos</b>					
Anti-IFX	17	65.4	11	73.3	0.434
Anti-ADA	9	34.6	4	26.7	

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, DE LA ENFERMEDAD Y RESULTADOS DE INMUNOGENICIDAD EN FUNCIÓN DE SER PORTADOR O NO DEL ALELO HLA DQA1\*05.

El 35.7% de los pacientes HLA+ desarrollaron anticuerpos anti-TNF, frente al 12.3% de pacientes con anticuerpos HLA- ( $p<0.001$ ), siendo en su mayoría anticuerpos anti-IFX (65.4%) (tabla 1). De los 109 tratados con IFX, se retiró el fármaco en un 76.9% de los portadores ( $36\pm 14$  meses); de los 91 pacientes con ADA, se retiró en un 66.7% ( $26\pm 12$  meses), ambos resultados significativos ( $p<0.05$ ). Portar este HLA se asoció también con niveles infraterapéuticos del fármaco en sangre a los 6 meses en ambos grupos ( $p<0.05$ ) (Tabla 2) y con una peor respuesta al tratamiento con IFX a los 6 meses en EC (Harvey-Bradshaw =  $6.0\pm 2.2$ ;  $p=0.024$ ) y a los 2 años en CU (Mayo score =  $4.8\pm 2.5$ ;  $p=0.016$ ). Hallazgos similares ocurrieron en ADA: siendo también estadísticamente significativo a los 6 meses (Harvey-Bradshaw =  $8.0\pm 3.1$ ;  $p=0.013$ ) y al año (Harvey-Bradshaw =  $5.4\pm 2.5$ ;  $p=0.005$ ) de seguimiento, en los pacientes portadores (Figura 1).

	IFX					ADA				
	HLA					HLA				
	SI N=39 (35.8%)	NO N=70 (64.2%)	SI N=31 (34.1%)	NO N=60 (65.9%)	p	SI N=31 (34.1%)	NO N=60 (65.9%)	SI N=31 (34.1%)	NO N=60 (65.9%)	p
<b>Intensificación del fármaco</b>	25	64.1	39	55.7	0.259	17	54.8	21	35.0	0.056
<b>Tipo de intensificación</b>										
Dosis	9	40.9	18	45.0	0.484	3	17.6	4	19.0	0.624
Intervalo de tiempo	13	59.1	22	55.0		14	82.4	17	81.0	
<b>Niveles de anti-TNF dentro de los primeros 6 meses de tratamiento</b>										
Supraterapéuticos	2	14.3	3	9.7	0.743	3	20.0	7	31.8	0.516
Normoterapéuticos	6	42.9	11	35.5		7	46.7	11	50.0	
Infraterapéuticos	6	42.9	17	54.8		5	33.3	4	18.2	
<b>Niveles de anti-TNF tras 6 meses de tratamiento</b>										
Supraterapéuticos	3	16.7	1	3.6	0.042	1	20.0	5	27.8	0.018
Normoterapéuticos	4	22.2	16	57.1		0	0	10	55.6	
Infraterapéuticos	11	61.1	11	39.3		4	80.0	3	16.7	
<b>Niveles de anti-TNF tras 1 año de tratamiento</b>										
Supraterapéuticos	4	17.4	8	17.8	0.061	4	26.7	8	33.3	0.886
Normoterapéuticos	6	26.1	24	53.3		8	53.3	11	45.8	
Infraterapéuticos	13	56.5	13	28.9		3	20.0	5	20.8	
<b>Niveles de anti-TNF tras 2 años de tratamiento</b>										
Supraterapéuticos	6	27.3	8	24.2	0.196	6	50.0	13	38.2	0.469
Normoterapéuticos	5	22.7	15	45.5		4	33.3	18	52.9	
Infraterapéuticos	11	50.0	10	30.3		2	16.7	3	8.8	
<b>Retirada fármaco</b>	30	76.9	30	42.9	0.001	20	66.7	21	35.0	0.004
<b>Motivo de retirada antes del año</b>										
Intolerancia	1	3.7	1	3.3	0.966	2	10.0	3	15.8	0.146
Ineficacia	20	74.1	21	70.0		18	90.0	12	63.2	
Remisión	4	14.8	6	20.0		0	0	1	5.3	
Otros	2	7.4	2	6.7		0	0	3	15.8	

TABLA 2

RESULTADOS OBTENIDOS EN FUNCIÓN DEL TRATAMIENTO EMPLEADO (IFX/ADA) Y DE LA PRESENCIA O NO DEL ALELO HLA DQA1\*05.

## Conclusiones

En nuestro estudio se demuestra un aumento de la inmunogenicidad frente a los fármacos IFX y ADA, una peor respuesta, así como mayor retirada del fármaco, hallazgos similares a los descritos en la literatura.

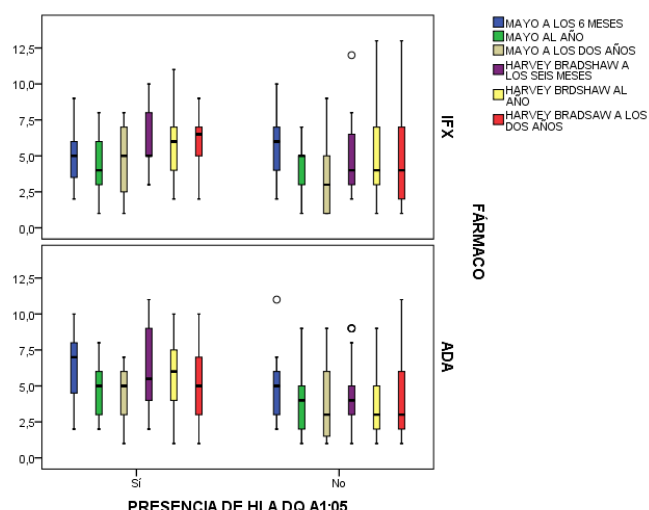


FIGURA 1

RESPUESTA A LA ENFERMEDAD SEGÚN LOS ÍNDICES MAYO (COLITIS ULCEROSA) Y HARVEY-BRADSHAW (ENFERMEDAD DE CROHN) EN FUNCIÓN DEL TIPO DE FÁRMACO EMPLEADO (IFX/ADA) Y LA PRESENCIA O NO DE HLA DQ A1\*05.

## CO-14. ESTADO ACTUAL DE LA HEPATITIS DELTA EN ANDALUCÍA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

CASADO MARTIN M<sup>1</sup>, BARRERA BAENA P<sup>2</sup>, PINAZO J<sup>3</sup>, BLANCO RODRIGUEZ MJ<sup>4</sup>, SANTAMARIA RODRIGUEZ GJ<sup>5</sup>, MOLINA C<sup>6</sup>, MARAVER ZAMORA M<sup>7</sup>, RUIZ ESCOLANO E<sup>8</sup>, CORDERO P<sup>9</sup>, GIRÁLDEZ A<sup>10</sup>, LOPEZ GARRIDO MA<sup>11</sup>, GONZALEZ GRANDE R<sup>12</sup>, MACÍAS M<sup>13</sup>, CASTILLO MOLINA L<sup>14</sup>, SENDRA FERNÁNDEZ C<sup>15</sup>, HOYAS E<sup>16</sup>, ROSALES ZABAL JM<sup>17</sup>, GARCÍA GARCÍA F<sup>18</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL REINA SOFÍA, CÓRDOBA. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA. <sup>4</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE JEREZ DE LA FRONTERA, JEREZ DE LA FRONTERA. <sup>5</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUERTO REAL, PUERTO REAL. <sup>6</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE PONIENTE, EJIDO, EL. <sup>7</sup>UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. <sup>8</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA. <sup>9</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>10</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. <sup>11</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA. <sup>12</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA. <sup>13</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ. <sup>14</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN, JAÉN. <sup>15</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO.

HOSPITAL COMARCAL INFANTA ELENA, HUELVA. <sup>16</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE VALME, SEVILLA. <sup>17</sup>SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. <sup>18</sup>SERVICIO MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

## Introducción

La hepatitis crónica delta (HCD) es la forma más grave de hepatitis crónica y se asocia a una elevada morbi-mortalidad. Su prevalencia no es bien conocida, pero se cree que afecta a alrededor del 5% de los pacientes con hepatitis B en España. No obstante, este porcentaje puede variar, posiblemente influenciado por migración de países con prevalencia más elevada. Hasta el momento el único tratamiento existente era el interferón pegilado (Peg-INF) pero su uso es limitado por su baja respuesta. La reciente aprobación de bulevrte y el desarrollo de otros fármacos podría cambiar el manejo de la infección.

Nuestro objetivo ha sido analizar el estado actual del diagnóstico de la HCD en los hospitales de la comunidad autónoma de Andalucía.

## Material y métodos

Estudio multicéntrico, retrospectivo, en el que se ha analizado la cascada de diagnóstico de la hepatitis delta en los sistemas de información de laboratorio (SIL) de los 17 centros participantes. Se han investigado los pacientes HBsAg positivos, aquellos en los que se ha realizado la detección de anticuerpos anti-delta, y en los que se ha realizado la detección de ARN de VHD.

## Resultados

Se ha analizado el periodo comprendido entre enero 2018 y junio de 2022. En este periodo se han detectado 17.872 pacientes HBsAg positivos, de ellos, en 3287 pacientes (18%) se realizó la serología del VHD (Ig G anti-VHD) ; 178 pacientes (5.4%) de los analizados fueron anti-VHD positivo; de estos, se realizó ARN del VHD en 131 (74%); finalmente 36 pacientes (1.1%) fueron ARN-VHD positivos. No hubo diferencias significativas por centros, aunque algunos de estos implantaron el diagnóstico en un paso ya en 2021-2022. Según las prevalencias encontradas, realizando diagnóstico en un paso de VHD a toda la población analizada, se hubieran detectado 723 pacientes anti-VHD positivos y 116 pacientes virémicos.

## Conclusiones

La prevalencia de pacientes anti-VHD positivo en Andalucía en pacientes HBsAg positivos es del 5% y de pacientes virémicos de un 1,1%. No obstante, la serología VHD solo se ha realizado en un 18% de los pacientes HBsAg positivos. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio, ante las nuevas opciones de tratamiento de VHD, y considerando los beneficios que en la actualidad puede reportar el diagnóstico en un solo paso de VHD, su implantación en la comunidad autónoma de Andalucía es necesaria.



## CO-15. MEDICIÓN DEL GRADIENTE DE PRESIÓN PORTAL GUIADA POR ECOENDOSCOPIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR.

ROMERO CASTRO R<sup>1</sup>, CARMONA SORIA I<sup>1</sup>, JIMENEZ GARCIA VA<sup>1</sup>, CORDERO RUIZ P<sup>1</sup>, RODRIGUEZ TELLEZ M<sup>1</sup>, BELLIDO MUÑOZ F<sup>1</sup>, CACERES GALAN JL<sup>1</sup>, GUTIERREZ DOMINGO A<sup>2</sup>, RIOS MARTIN JJ<sup>2</sup>, TOUS ROMERO M<sup>3</sup>, HERGUETA DELGADO P<sup>1</sup>, CAUNEDO ALVAREZ A<sup>1</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. <sup>3</sup>UGC ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

### Introducción

Presentamos nuestra experiencia sobre la medición del gradiente de presión portal guiada por ecoendoscopia (USE-GPP).

### Material y métodos

Estudio preliminar con pacientes referidos a un centro de tercer nivel para USE-GPP. Se utilizó una aguja de 25G diseñada para ello (EchoTip Insight™). El procedimiento se realizó de acuerdo a lo descrito previamente en la literatura (Figuras 1 y 2). La sedación profunda fue realizada por anestesiólogos.

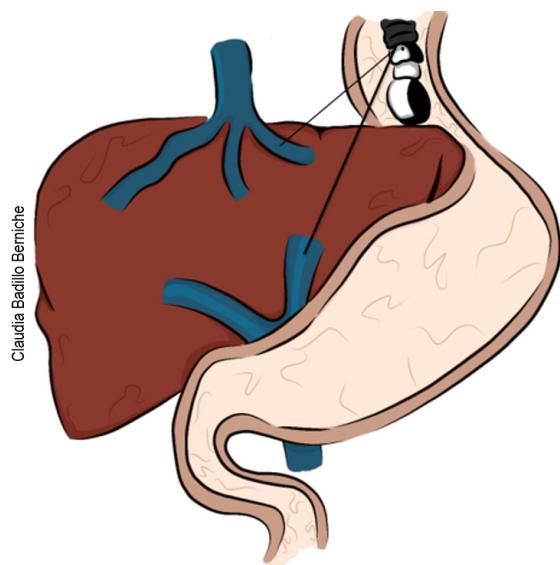


FIGURA 1

DIAGRAMA EXPLICATIVO DE LA TÉCNICA DE USE-GPP.

### Resultados

Quince pacientes (8 hombres/7 mujeres), de  $52 \pm 13$  años fueron remitidos para medición del GPP guiada por USE. Indicaciones:

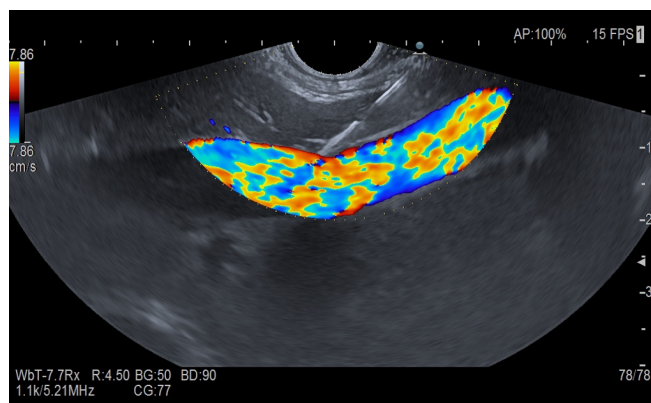


FIGURA 2

PUNCIÓN DE LA VENA CAVA.

evaluación de NAFLD 11; hipertensión portal idiopática 2; evaluación para terapia curativa en carcinoma hepatocelular 2. En 4 pacientes se suspendió medicación anticoagulante. Cuatro pacientes fueron sedados sin intubación orotraqueal y 11 fueron intubados. También se realizaron biopsias hepáticas bilobares en 11 pacientes (Figura 3). La PPG se obtuvo con éxito en 13/15 pacientes (87%). El tiempo promedio para obtener el GPP fue de  $25 \pm 13$  minutos (gráfico). En 6 casos el GPP fue  $\geq 5$  mmHg (un caso mostró varices esofágicas con PPG de 16 mmHg), y 5 sin varices con GPP entre 5-10 mmHg. En 2 casos no se obtuvo el GPP (por exacerbación de movimientos respiratorios y tomas de presión poco fiables, probablemente por bending excesivo del ecoendoscopio y uso de la uña elevadora) (Figura 4). En un caso se diagnosticó pancreatitis crónica. El tiempo medio de GPP más biopsia hepática bilobar fue de  $49 \pm 11$  minutos. No se registraron eventos adversos inmediatos ni un mes después del procedimiento.

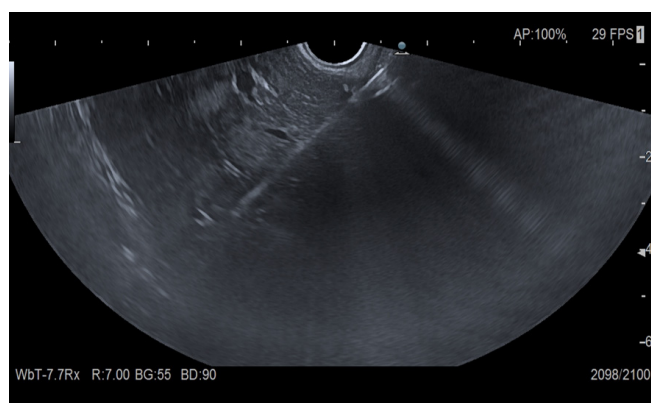


FIGURA 3

BIOPSIA HEPÁTICA BILOBAR: LÓBULO DERECHO.

### Conclusiones

En nuestra experiencia preliminar, la USE-GPP parece segura y proporciona información clínica útil.

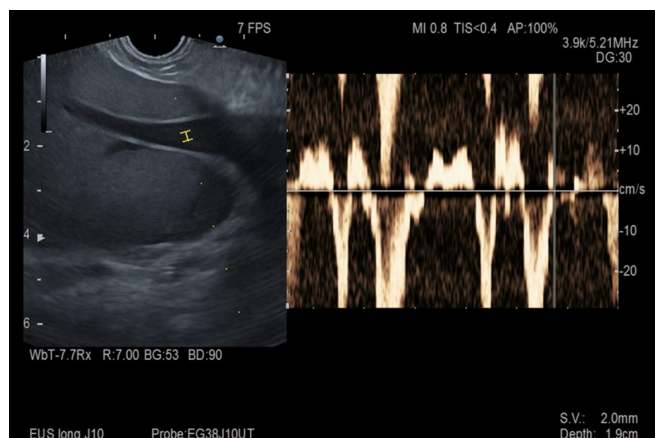


FIGURA 4

DIFICULTADES TÉCNICAS: MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS EXACERBADOS.

## SESIÓN IV

### CO-16. COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS DE GASTROENTEROANASTOMOSIS CON PRÓTESIS DE APOSICIÓN LUMINAL GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA

SANCHEZ YAGUE A, GONZALEZ CANONIGA A, LOPEZ MUÑOZ C, RIVERA IRIGOIN R, PEREZ AISA A

UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA

#### Introducción

La gastroenteroanastomosis con prótesis de aposición luminal es la técnica de elección para la paliación de la estenosis duodenal de causa neoplásica ya que presenta un índice de re-estenosis menor que las prótesis luminales y menos complicaciones que las gastroenteroanastomosis quirúrgicas. Sin embargo, no se ha desarrollado una técnica estandarizada para su realización. Básicamente, las técnicas se basan en la introducción de una diana en un asa intestinal post-obstrucción o la instilación de agua para dilatar las asas. Las primeras requieren generalmente de una punción previa e introducción de una guía mientras que las segundas se pueden hacer en un solo paso con la punta energizada del catéter de algunas prótesis.

En este estudio comparamos dos técnicas con instilación de agua y creación de la gastroenteroanastomosis en un solo paso.

#### Material y métodos

Se revisaron todos los procedimientos realizados en dos centros mediante dos técnicas. En la primera se avanzaba una sonda nasogástrica (SNG) pasada la obstrucción y se instilaba agua mientras que en la segunda se avanzaba un endoscopio ultrafino (EU) que se dejaba pasada la obstrucción y se instilaba agua por

el canal de trabajo. La segunda parte del procedimiento era común ya que se insertaba un ecoendoscopio en paralelo. Se localizaba el asa intestinal ayudado por la instilación de agua, se obtenía acceso con la punta energizada del catéter de la prótesis y se liberaba una prótesis de aposición luminal de 15mm. Se comparó el tiempo de procedimiento desde la inserción del primer endoscopio hasta la liberación de la prótesis mediante U de Mann-Withney.

#### Resultados

Se identificaron 20 procedimientos, 8 en el grupo de SNG y 12 en el grupo de EU. No fue posible completar la técnica en un 50%(4/8) de los procedimientos del grupo SNG y un 16%(2/12) de los del grupo EU. La causa fue la imposibilidad de avanzar el catéter o el endoscopio salvo un caso en el que no se logró identificar un asa para punción. En caso de éxito el tiempo medio de la exploración fue de 1521 segundos en el grupo SNG respecto a 656 segundos en el grupo EU ( $p<0.002$ ). No se produjeron complicaciones inmediatas. Tras 449 días se produjo una obstrucción de prótesis secundaria a crecimiento de un tumor duodenal.

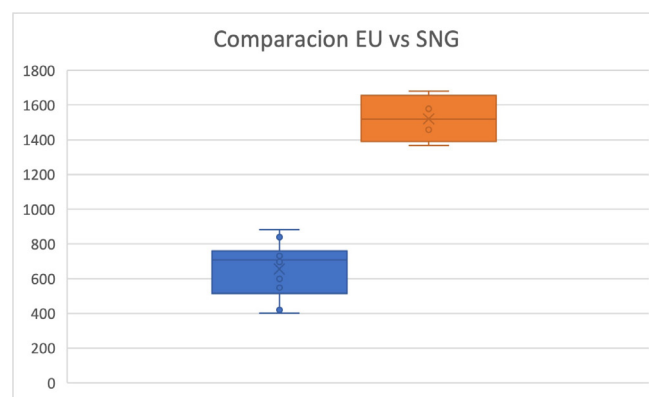


FIGURA 1

COMPARACIÓN DE TIEMPOS DE PROCEDIMIENTO.

#### Conclusiones

La utilización de un endoscopio ultrafino facilita superar el área de obstrucción resultando en una técnica mas efectiva, reproducible y rápida para la creación de una gastroenteroanastomosis guiada por ecoendoscopia que la utilización de una sonda nasogástrica.

### CO.17. RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB Y VEDOLIZUMAB EN FUNCIÓN DEL GENOTIPO HLA-DQA1\*05

NAVAJAS HERNÁNDEZ P<sup>1</sup>, PINO BELLIDO P<sup>2</sup>, LORENZO GONZÁLEZ L<sup>3</sup>, CASTRO LARIA L<sup>1</sup>, MALDONADO PÉREZ B<sup>1</sup>, VALDÉS DELGADO T<sup>1</sup>, ARGÜELLES ARIAS F<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. <sup>2</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA. <sup>3</sup>UGC APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFA, BORMUJOS.