

CP-244. ADENOCARCINOMA DE ÍLEON EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN: ¿UN RETO DIAGNÓSTICO?

MORENO PIMENTEL C, PALOMAR ÁVILA C, JIMENO MATÉ C, KECO HUERGA A, CASTRO FERNÁNDEZ M, GARCÍA DE LA BORBOLLA SERRES J

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

Introducción

Los adenocarcinomas de intestino delgado son tumores infrecuentes, que representan menos del 5% de las neoplasias del tubo digestivo. Los pacientes con EC tienen un mayor riesgo de desarrollarlos que la población general, especialmente aquellos con larga evolución de la enfermedad o con patrón estenosante.

Caso clínico

Hombre de 74 años, diagnosticado de EC ileocólica estenosante hace veinte años, en tratamiento con azatioprina y en remisión completa en los últimos dos años. Acude a revisión, donde refiere presentar desde hace dos meses astenia intensa, dolor en fosa ilíaca derecha de intensidad creciente y tendencia al estreñimiento. En la analítica, destaca una PCR 34 mg/dl, una anemia microcítica-hipocrómica no conocida previamente (hemoglobina 7,4 g/dl) y una calprotectina fecal levemente elevada (124 mcg/g). Se decide ingreso hospitalario.

La evolución clínica es tórpida durante su estancia hospitalaria, con alta demanda de analgesia, ausencia de respuesta a corticoterapia endovenosa y necesidad frecuente de hemotransfusión. Se practica colonoscopia total, que descarta actividad inflamatoria hasta ciego, y TAC abdominal con contraste intravenoso (Figura 1), en la que se revela un engrosamiento parietal del íleon con infiltración de músculo recto anterior derecho y adenopatías patológicas. Se sospecha de neoplasia ileal. Se realiza biopsia percutánea de una de las adenopatías, con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma intestinal.

Se comenta en comité multidisciplinar y se decide tratamiento quirúrgico con ileocelectomía derecha con anastomosis yeyunocólica y resección de recto anterior derecho y de adenopatías inguinales derechas. Se indica también quimioterapia en adyuvancia con FOLFOX por afectación del mesocolon (estadio IV).

Discusión

El adenocarcinoma de intestino delgado es una entidad infrecuente en nuestra práctica clínica habitual, que presenta un pronóstico sombrío, dado su diagnóstico en estadios avanzados. Esto se

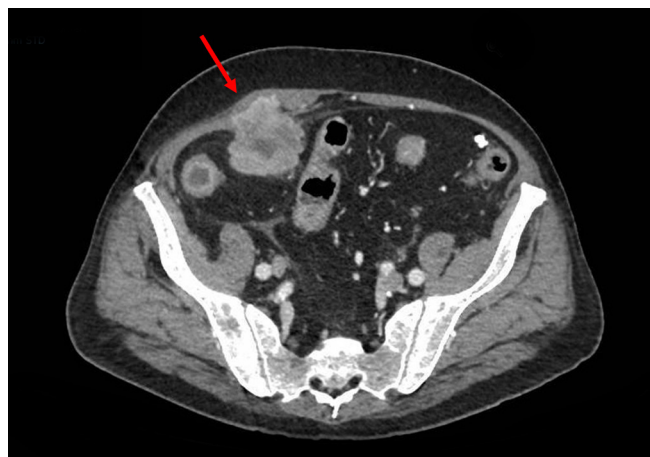


FIGURA 1

PROCESO NEOFORMATIVO A NIVEL DE ÍLEON INFILTRANDO MÚSCULO RECTO ANTERIOR DERECHO.

explica por la inespecificidad de los síntomas, similares a los del propia EC; la dificultad para acceder a intestino delgado por vía endoscópica y la pobre capacidad de las pruebas de imagen para discriminar entre estenosis inflamatorias y lesiones malignas precoces. Constituye, por todo ello, un reto diagnóstico.

Se debe sospechar en aquellos pacientes con EC de intestino delgado que desarrollan una estenosis tras un periodo largo de remisión clínica, que no responde a tratamiento convencional, especialmente en aquellos con enfermedad de larga evolución. En estos casos, se recomienda practicar una prueba de imagen como la TAC de abdomen o la enterorMN. Si existe una fuerte sospecha clínica y las pruebas complementarias no son concluyentes, se debe plantear la realización de una laparotomía exploradora.

CP-245. ANTI-TNF Y SÍNDROME LUPUS LIKE: ¿ES POSIBLE TRATAR UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE Y AL MISMO TIEMPO DESENCADENARLA/REACTIVARLA?

FERNÁNDEZ CARRASCO M, MORENO MORALED A I, LÁZARO SÁEZ M

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

Introducción

Los agentes anti-TNF representan el pilar de la terapia con biológicos en la enfermedad inflamatoria intestinal. Tienen una eficacia comprobada en el manejo de manifestaciones intestinales y extraintestinales, con un perfil de seguridad aceptable.

Sin embargo, no están exentos de efectos adversos, siendo los más frecuentes procesos infecciosos, aparición de neoplasias, y otros fenómenos paradójicos inmunomediados. Entre ellos, se describen las artralgias y la psoriasis paradójicas.

Presentamos el caso de una enfermedad de Crohn ileal en tratamiento con infliximab que desarrolla una reacción lupus-like secundaria a este fármaco.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 46 años con antecedente personal de psoriasis y con diagnóstico de enfermedad de Crohn ileal en 2002. En un primer momento inicia tratamiento con infliximab, teniéndolo que suspender por empeoramiento de su enfermedad cutánea. Desde entonces únicamente recibió tratamiento con mesalazina y en 2019 reinicia tratamiento con infliximab tras brote severo de su enfermedad con ausencia de respuesta a corticoides orales a dosis plenas. Se realiza entero-RM que muestra engrosamiento mural de 8-10 cm de íleon terminal con dilatación preestenótica.

Una semana después de la primera dosis de inducción comienza con artralgias periféricas que se limitan a hemicuerpo izquierdo, extendiéndose a las horas a hemicuerpo derecho y mandíbula. De camino a urgencias comienza con debilidad en miembros inferiores de predominio proximal que impide la deambulación y la bipedestación. En urgencias es valorada en Unidad de Críticos por comenzar con debilidad de cuello y párpados.

Finalmente se retira el fármaco presentando mejoría progresiva de la sintomatología hasta conseguir una recuperación completa.

Discusión

El tratamiento anti-TNF está generalmente asociado con niveles altos de anticuerpos antinucleares (ANA) y anti-DNA en suero (prevalencia 25-80% y 5-15% respectivamente). En casos aislados estos autoanticuerpos elevados están relacionados con síntomas clínicos, dando lugar a lo que se conoce como reacción lupus-like, la cual puede ser definida como una enfermedad inmunomediada caracterizada por una combinación de signos/síntomas y una serología autoinmune.

Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen artralgia, fatiga, serositis, fiebre y manifestaciones cutáneas no específicas, que normalmente son diferentes de las típicas del lupus (rash malar, rash discoide, fotosensibilidad). Sin duda, una de las características más relevantes del síndrome es la relación temporal con la administración de anti-TNF: tienen una relación temporal con la administración del fármaco y se resuelve tras días o semanas de la suspensión del mismo. En casos severos se ha demostrado que el uso de corticoides, además de la retirada del fármaco, puede resultar efectivo.

CP-246. APROXIMACIÓN AL MANEJO DE LESIONES CUTÁNEAS EN TRATAMIENTO CON BIOLÓGICOS

ANTUÑA J, VALDÉS DELGADO T

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

Introducción

Casi un tercio de los pacientes con EI en tratamiento con antiTNF desarrolla lesiones cutáneas siendo la más frecuente la dermatitis psoriasiforme, que repercuten negativamente en su calidad de vida.

La aparición de este efecto adverso no es indicación mandatoria de retirada del fármaco mientras pueda controlarse con tratamiento tópico y no comprometa la seguridad del paciente. No obstante, se suele optar por un cambio a otra familia de biológicos.

Caso clínico

Mujer de 42 años con enfermedad de Crohn ileocolónica A2L3B1 corticodependiente en tratamiento con Adalimumab. Desde hace 1 año presenta numerosas lesiones psoriasiformes que no resuelven a pesar de tratamiento y seguimiento conjunto con Dermatología. Se decide entonces retirada del biológico, en espera de inducción con Ustekinumab.

La paciente ingresa por sensación de tumoración muy dolorosa de 3 días de evolución en región glútea izquierda que asocia supuración y exudado mucoso anal. Niega aumento del hábito deposicional o productos patológicos en las heces.

A la exploración, se objetiva placa eritematosa en región glútea izquierda de bordes irregulares de 6 cm de diámetro con vesículas de contenido seroso doloroso a la palpación (**Figura 1**). Además existe área eritematosa que se extiende a ambos lados de la línea interglútea. Se decide inicio de antibioterapia intravenosa por sospecha de celulitis.



FIGURA 1

PLACA ERITEMATOSA EN REGIÓN GLÚTEA IZQUIERDA DE BORDES IRREGULARES DE 6 CM DE DIÁMETRO CON VESÍCULAS DE CONTENIDO SEROSO.

En las primeras 48 horas se observa cierta mejoría de la lesión (**Figura 2**). En este momento de ingreso, se describe la lesión como una placa geométrica de bordes netos, eritematoviolácea seca con costra superficial y dolorosa a la palpación, más compatible con eccema irritativo de contacto.



FIGURA 2

AZUL: LESIÓN ERITEMATOSA CON BORDES DEFINIDOS. VERDE: FISURA INTERGLÚTEA CON ERITEMA PERILESIONAL EN RESOLUCIÓN.

Se retira antibiótico y se inicia corticoterapia tópica sobre la lesión principal, con mejoría. Al alta se consensúa seguimiento por parte de Dermatología y Digestivo en la unidad de Enfermedades Inflamatorias para inicio de terapia con Ustekinumab.

Discusión

En este nuevo ingreso la paciente presenta un eccema irritativo de contacto probablemente secundario al tratamiento tópico domiciliario que se resuelve con corticoterapia tópica.

Se trata de una paciente con antecedentes de dermatitis psoriasiforme secundaria a Adalimumab. En la revisión sistemática de Melo FJ., et está indicado el tratamiento de la lesión cutánea previo a plantear el cambio de fármaco biológico (**Figura 3: algoritmo modificado**). Por este motivo y tras múltiples intentos de tratamiento dermatológico de sus lesiones se decide cambio a Ustekinumab.

Por tanto, antes de plantear el cambio de biológico en la EI, se recomienda agotar el arsenal terapéutico dermatológico en este tipo de lesiones.

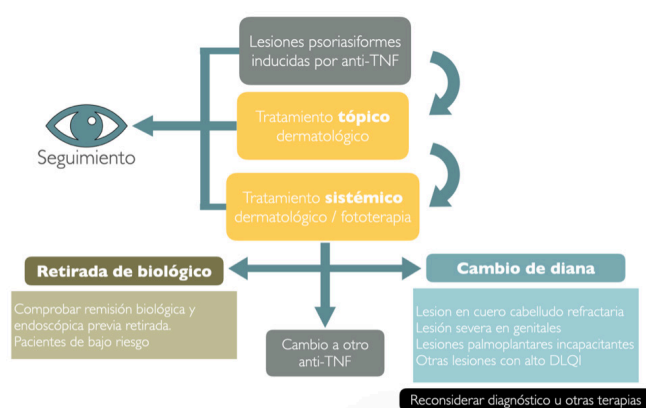


FIGURA 3

ALGORITMO MODIFICADO PARA LA SAPD. BASADO EN: MELO FJ, MAGINA S. CLINICAL MANAGEMENT OF ANTI-TNF-ALPHA-INDUCED PSORIASIS OR PSORIASIFORM LESIONS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW. INT J DERMATOL. 2018 DEC;57(12):1521-1532. DOI: 10.1111/IJD.14072. EPUB 2018 JUL 20. PMID: 30028008.

CP-247. ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE USTEKINUMAB Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

VÍAS PARRADO C¹, CORDERO RAMOS J², AGUADO PAREDES A², NAVAJAS HERNÁNDEZ P¹, MALDONADO PÉREZ MB¹, CASTRO LARIA L¹, RODRÍGUEZ BAÑOS J³, MERINO BOHORQUEZ V², ARGÜELLES ARIAS F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC FARMACIA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ³UGC ENFERMEDADES INFECCIOSAS. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

Numerosos estudios han observado una correlación entre las concentraciones de fármacos biológicos anti-TNF y los resultados terapéuticos en pacientes con enfermedad de Crohn (EC). La evidencia al respecto con ustekinumab es limitada.

El objetivo del estudio fue investigar la asociación entre los niveles valle de ustekinumab en el mantenimiento (semanas 26 y 52) y los resultados clínicos y de biomarcadores de los pacientes con EC.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de un solo centro en el que se incluyeron pacientes >15 años que iniciaron tratamiento con ustekinumab entre 2018 y 2022 y que tenían al menos un seguimiento clínico y de niveles séricos en la semana 26±6 y 52±6 desde el inicio.

La eficacia del tratamiento se evaluó según los datos de la historia clínica, definiéndose remisión clínica (RemC) como la obtención de un índice Harvey-Bradshaw (HBI) 3 puntos en el HBI respecto al valor basal.

Los niveles séricos de ustekinumab se midieron mediante técnicas de ELISA y el día previo a la siguiente administración del fármaco.

Resultados

Se incluyeron un total de 21 pacientes. La edad media (\pm SD) fue de 30 ± 15 y 11 (52,4%) eran mujeres. Las características basales de los pacientes se muestran en la **Tabla 1**.

En la semana 26, el 90,4%(n=19) de los pacientes tenían RespC, el 38,1%(n=8) estaban en RemC. La mediana de los niveles de ustekinumab en ese momento era diferente entre los pacientes con RespC ($3,53 \pm 3,28$ mcg/mL) y sin ella ($1,4 \pm 0,4$ mcg/mL; $P=0,017$) (**Figura 1**). No se encontraron diferencias para la RemC ($p=0,73$).

	n = 21
Edad, en años	30 ± 15
Sexo: mujeres	11 (52,4%)
*Comportamiento	
B1 Non Stricturing	7 (33,3%)
B2 Stricturing	6 (28,6%)
B3 Penetrating	8 (38,1%)
*Location	
L1 Terminal Ileum	5 (23,81%)
L2 Colon	4 (19,05%)
L3 Ileocolon	12 (57,14%)
L4 Upper GI	0
*Edad al diagnóstico	
<16	7 (33,33%)
16-40	13 (61,91%)
>40	1 (4,76%)
Enfermedad perianal	9 (42,86%)
Ustekinumab frecuencia de administración	
C/4 semanas	10 (47,62%)
C/6 semanas	6 (28,57%)
C/8 semanas	4 (19,05%)
C/12semanas	1 (4,76%)
Intensificación (dosis/acortamiento de intervalo)	17 (80,95%)

TABLA 1

DEMOGRÁFICO. *SEGÚN CLASIFICACIÓN DE MONTREAL PARA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

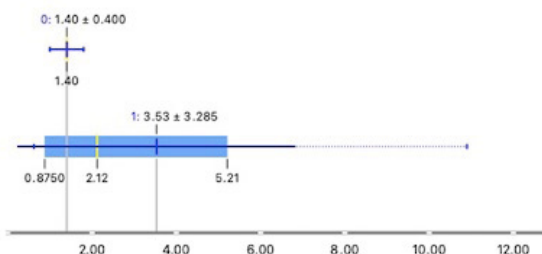


FIGURA 1

COMPARACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE USTEKINUMAB Y LA RESPUESTA CLÍNICA. SEMANA 26 DE TRATAMIENTO; 0, PACIENTES SIN RESPUESTA; 1, PACIENTES CON RESPUESTA CLÍNICA. PRUEBA ESTADÍSTICA: TEST MANN-WHITNEY-WILCOXON $P=0,017$; $N=21$.

En la semana 52, el 80,9%(n=17) de los pacientes tenían RespC y el 42,8%(n=9) estaban en RemC. La mediana de los niveles de ustekinumab no mostró diferencias entre los pacientes con RespC ($4,3 \pm 2,4$ mcg/mL) y sin ella ($5,9 \pm 6,1$ mcg/mL; $p=0,773$) (**Figura 2**). No se encontraron diferencias para la RemC ($p=0,21$). Se observaron diferencias en la media de los valores de calprotectina entre los pacientes con niveles de ustekinumab $>4,5$ mcg ($238,55 \pm 136,55$) y los que tenían valores inferiores ($1542,44 \pm 1624,05$; $p=0,011$) en la semana 52.

El análisis de la curva ROC no mostró gran especificidad y sensibilidad de los niveles y RespC a las 26 y 52 semanas con un AUC de 0,52 (**Figura 3**).

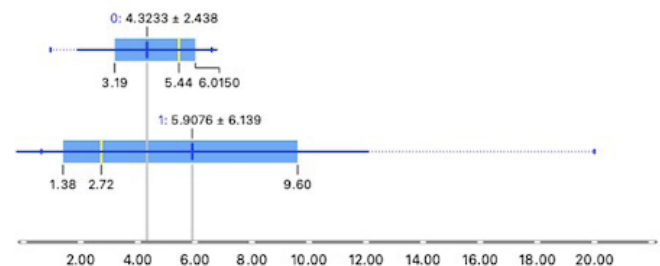


FIGURA 2

COMPARACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE USTEKINUMAB Y LA RESPUESTA CLÍNICA. SEMANA 52 DE TRATAMIENTO; 0, PACIENTES SIN RESPUESTA; 1, PACIENTES CON RESPUESTA CLÍNICA. PRUEBA ESTADÍSTICA: TEST MANN-WHITNEY-WILCOXON $P=0,773$; $N=20$.

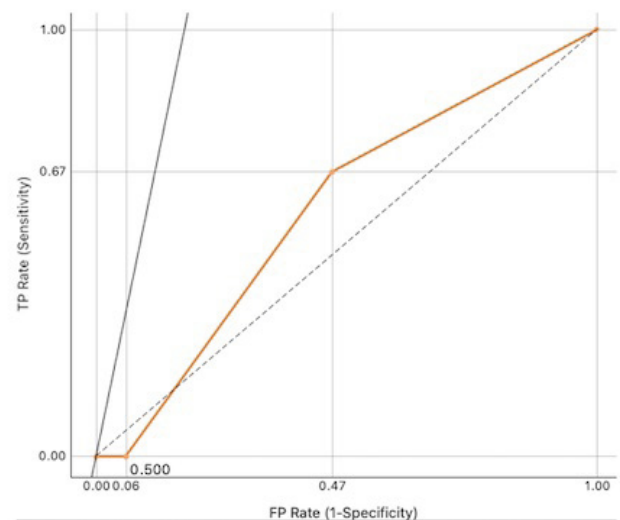


FIGURA 3

CURVA ROC DE LOS NIVELES DE USTEKINUMAB PARA LA DETERMINACIÓN DE RESPUESTA CLÍNICA A LAS 26 SEMANAS.

Conclusiones

Los niveles más altos de ustekinumab parecen estar asociados a una respuesta clínica temprana en pacientes con EC. Es necesaria una cohorte mayor para comprobar la solidez de los resultados.

CP-248. BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA Y NEOPLASIA CEREBRAL. DIFÍCIL MANEJO EN PANDEMIA COVID.

MOUHTAR EL HALABI SA, VALDÉS DELGADO. T, BELVIS JIMÉNEZ M, NAVAJAS HERNÁNDEZ P, MALDONADO PÉREZ MB

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

Introducción

El manejo del brote grave de colitis ulcerosa (CU) suele ser un desafío clínico. En nuestro caso, la presencia de un brote grave corticorrefractario que evoluciona a megacolon tóxico, además de una neoplasia cerebral e infección por SARS-COV2, hacen de este un caso complejo.

Caso clínico

Varón de 61 años con antecedentes de diabetes y CU izquierda desde hace 20 años en tratamiento de mantenimiento con mesalazina. Ingresó por brote grave de CU con 15 deposiciones diarreas diarias y rectorragia. En la exploración física, mal estado general con hipotensión y taquicardia, abdomen distendido con defensa generalizada. Analíticamente destacó elevación de reactantes de fase aguda y fracaso renal. Presentó episodio de afasia súbita autolimitada, realizándose tomografía computarizada (TC) de cráneo que demostró lesión frontal izquierda de 45x38mm con marcado edema perilesional y desplazamiento de línea media, sugestiva de meningioma (Figura 1). Valorado por neurocirugía quienes priorizaron estabilización del brote grave de CU para una posterior intervención. Se inició metilprednisolona a dosis plena.

La colonoscopia mostró un índice de severidad Mayo 3, citomegalovirus negativo. La evolución fue desfavorable con desnutrición grave y dilatación del sigma de 8cm (Figura 2), cumpliendo criterios de Jalan de megacolon tóxico. Presentó además infección por SARS-COV2, tratada con Remdesivir. Por elevado riesgo quirúrgico, se decidió iniciar Infliximab (IFX) a 10mg/kg, a pesar de lesión cerebral y por no haber mostrado incremento de riesgo en SARS-COV2, con la limitada evidencia disponible. Escasa respuesta al tratamiento, decidiéndose finalmente colectomía total con ileostomía. La evolución postquirúrgica fue tórpid. Tras dos semanas de la intervención presentó disnea súbita secundaria a broncoaspiración sin respuesta a medidas de reanimación, falleciendo tras dos meses de ingreso hospitalario.

Discusión

El brote grave de CU cuenta con un arsenal terapéutico que logra inducir la remisión en un aceptable porcentaje de pacientes. En los casos refractarios se indica colectomía total. En nuestro caso surgió la duda de utilizar IFX al tener un probable meningioma (sin poder descartar malignidad) no siendo candidato a intervención neuroquirúrgica urgente, además de infección por SARS-COV2. El impacto de los anticuerpos contra el factor de necrosis tumoral (anti-TNF) en procesos neoplásicos es controvertido. Ante la falta

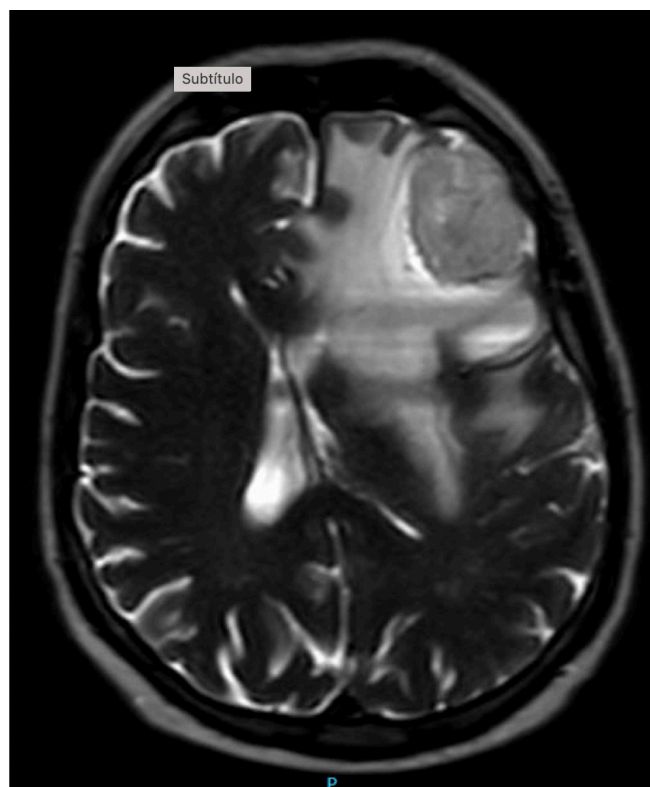


FIGURA 1

LESIÓN FOCAL FRONTAL IZQUIERDA CON MARCADO EDEMA PERILESIONAL Y DESPLAZAMIENTO DE LÍNEA MEDIA, SUGESTIVA DE MENINGIOMA.

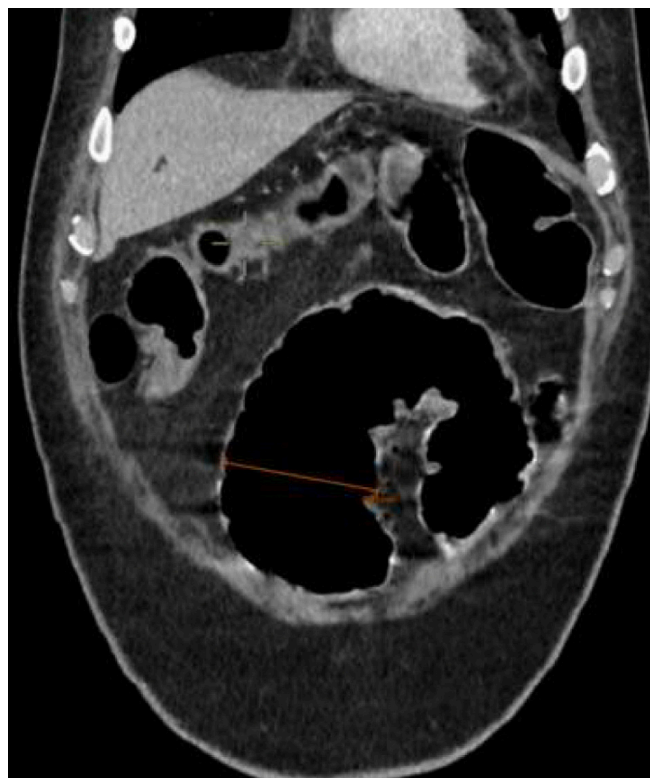


FIGURA 2

DILATACIÓN DE SIGMA DE 8 CM EN EL CONTEXTO DE BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA, CUMPLIENDO CRITERIOS DE MEGACOLON TÓXICO.

de evidencia concreta en cuanto a la evolución del tratamiento y neoplasias activas, si la situación clínica lo exige, el uso de IFX no debería retrasarse si no existe otra alternativa terapéutica. En infección por SARS-COV2, parece apreciarse un efecto protector de los anti-TNF, aunque la evidencia es escasa.

CP-249. CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

LÓPEZ BUENO I, ROSADO BELLIDO C, NÚÑEZ A, SOUSA JM, DE LA CRUZ MD, LEO E

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

Introducción

Determinar las características y evolución de la colangitis esclerosante primaria (CEP) asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), además de describir el fenotipo/comportamiento de la EII asociada a CEP.

Material y métodos

Estudio descriptivo que incluye 50 pacientes con diagnóstico de CEP, 29 de ellos con EII asociada. Estudiamos relación temporal entre ambas entidades, fenotipos, tiempo de seguimiento, desarrollo de colangiocarcinoma o CCR, necesidad de trasplante y riesgo de recurrencia y tratamientos necesarios en la EII.

Resultados

Se han incluido un total de 50 pacientes con diagnóstico de CEP con un seguimiento medio de 13 años. La edad media al diagnóstico fue de 45.84 años. El 48% de los pacientes presentó litiasis biliar y el 30% requirió tratamiento endoscópico, generalmente por estenosis dominante. Un 12% se diagnosticó de colangiocarcinoma. Se trasplantaron un total de 18 pacientes (36%) apareciendo recurrencia en 8 de ellos. Únicamente se diagnosticó un caso de cáncer colorrectal, en un paciente sin EII asociada.

Del total de pacientes incluidos, el 58% presentaba EII asociada: 11 con colitis ulcerosa (22%), 15 con enfermedad de Crohn (30%) y 3 con colitis inclassificada (6%). En el 55.2% de los casos, la EII se diagnosticó antes que la CEP y en el 21% de los casos el diagnóstico fue simultáneo. El 20.7% precisaron tratamiento con biológicos. En el 20.7% de los pacientes fue necesaria la cirugía.

Se ha observado que la presencia de litiasis biliar y la necesidad de tratamiento endoscópico fue menor en pacientes con EII asociada (37,9% vs 61,9% y 17,2% vs 47,6% respectivamente). De los 6 pacientes con colangiocarcinoma, ninguno padecía EII ($p=0.002$). No se ha observado relación estadísticamente significativa entre la presencia de EII y la necesidad de trasplante por CEP ni en la aparición de recurrencia post trasplante. Se produjeron menos fallecimientos en pacientes que asociaban EII ($p=0.046$).

Conclusiones

- El 58% de los pacientes con CEP presentan EII asociada, mayormente enfermedad de Crohn, que suele diagnosticarse previamente a la CEP.
- La CEP asociada a EII parece cursar de manera más benigna ya que se ha demostrado asociación significativa con una menor aparición de litiasis biliar, menor necesidad de tratamiento endoscópico, menor diagnóstico de colangiocarcinoma y menor éxitus.
- No se ha evidenciado un mayor riesgo de CCR en EII y CEP, presentando en nuestra muestra un único caso de CCR, en un paciente sin EII.

CP-250. CASO INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN ENFERMEDAD DE CROHN

FERNÁNDEZ MASCUÑANO M¹, VALDÉS DELGADO T¹, MALDONADO PÉREZ B¹, RENDÓN GARCÍA R², CAUNEDO ÁLVAREZ A¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

La obstrucción intestinal (OI) es una de las complicaciones más comunes en la enfermedad de Crohn (EC). La principal causa de OI es la fibrosis ocasionada por la inflamación crónica y repetida durante la fase activa de la enfermedad. No obstante se deben tener en cuenta otras posibles causas menos comunes de OI.

Caso clínico

Mujer de 54 años con antecedentes de carcinoma neuroendocrino de ovario derecho intervenido en 2016 sin datos de recidiva y EC ileal diagnosticada en 2012 sin seguimiento ni tratamiento. Ingresó por dolor abdominal de meses de evolución junto con vómitos.

Se realizó TC de abdomen urgente evidenciando obstrucción intestinal a nivel ileal con dilatación de asas de yeyuno e íleon proximal-medio y con asas de íleon distal colapsadas. Asumiendo que se trataba de un brote de EC con patrón estenosante, se inició metilprednisolona 60 mg intravenoso.

Ante la mala evolución se solicitó enterorRM sin datos de actividad de su EC, observándose masa pélvica de 6.5 cm altamente sugestiva de recidiva de cáncer ovárico, con atrapamiento de asa de íleon provocando OI (**Figuras 1 y 2**).

Ante estos hallazgos se realizó intervención quirúrgica con visualización intraoperatoria de gran dilatación de intestino delgado hasta íleon medio que al introducirse en la pelvis se encontraba atrapado por masa de aspecto tumoral que infiltraba además recto superior. Se llevó a cabo resección intestinal de 40 cm y de colon con colostomía terminal. El diagnóstico histológico

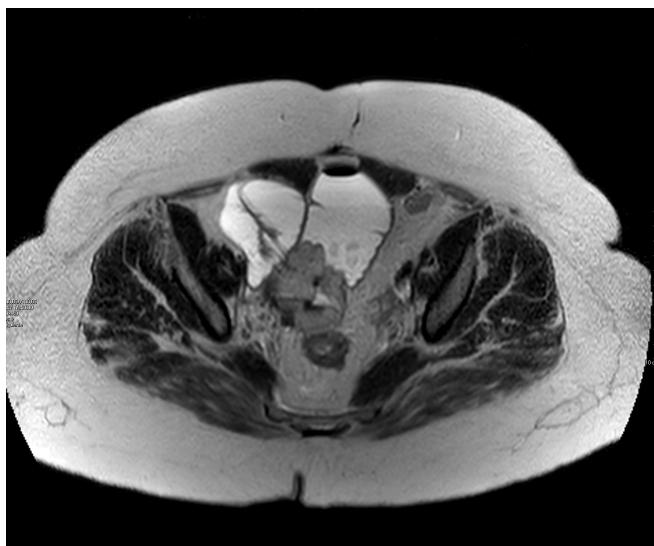


FIGURA 1

MASA PÉLVICA DE 6.5 CM CON ATRAPAMIENTO DE ASA DE ÍLEON PROVOCANDO OBSTRUCCIÓN INTESITAL.



FIGURA 2

MASA PÉLVICA DE 6.5 CM CON ATRAPAMIENTO DE ASA DE ÍLEON PROVOCANDO OBSTRUCCIÓN INTESITAL.

fue de infiltración por carcinoma neuroendocrino (recidiva) (Figura 3).

La paciente falleció a los dos meses a consecuencia de una nueva OI probablemente secundaria a bridas y nueva recidiva tumoral.

Discusión

Presentamos el caso de una paciente con EC con una OI secundaria a la recidiva de un carcinoma neuroendocrino de ovario en remisión

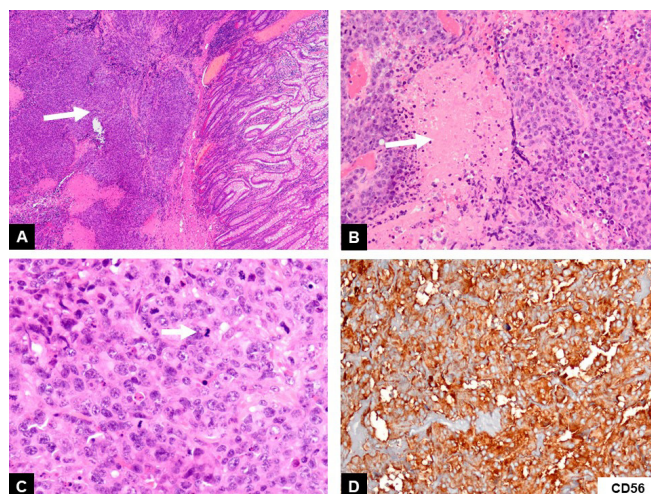


FIGURA 3

CARCINOMA NEUROENDOCRINO. A) NEOPLASIA CON PATRÓN SÓLIDO (FLECHA) INFILTRANDO LA PARED COLÓNICA, ALCANZANDO LA CAPA SUBMUCOSA (HE,2X). B) NEOPLASIA DE ALTO GRADO CON AMPLIAS ÁREAS DE NECROSIS (HE,10X). D) INMUNORREACCIÓN POSITIVA INTENSA PARA CD56, LO QUE NO INDICA LA NATURALEZA NEUROENDOCROCINA.

durante 5 años.

Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias epiteliales con una diferenciación predominantemente neuroendocrina. Son neoplasias poco frecuentes que ocurren normalmente en el tracto gastrointestinal, el páncreas y los pulmones. Su localización primaria en ovario es extremadamente infrecuente.

La mayoría de los TNE son esporádicos. Sin embargo, en algunos casos pueden aparecer agregados en familias, dando lugar a síndromes hereditarios. En nuestro caso la paciente era portadora de una mutación genética de la esfera del síndrome de Lynch.

CP-251. CELULAS MADRE EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PERIARAL COMPLEJA.

VALDIVIA Krag C, CARRILLO CUBERO B, ORTIZ CHIMBO DS, IGLESIAS FLORES EM, SOTO ESCRIBANO MP, MARÍN PEDROSA S

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

Introducción

La enfermedad perianal (EPA) está presente entre el 17-43% de los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC). Dentro de la EC, la EPA se asocia a una reducción significativa de la calidad de vida, así como a un peor curso clínico.

Los tratamientos médicos existentes basados en antibióticos, inmunosupresores y fármacos biológicos, entre los que destaca los dirigidos al factor de necrosis tumoral (anti-TNF), y los

tratamientos quirúrgicos, consiguen su curación en un 50% de los casos, con un 34% de recidivas.

Caso clínico

Mujer de 34 años con antecedente de EC colónica con afectación perianal en forma de fisura anal, siendo diagnóstica a los 32 años (A2L2B1p+ según la clasificación de Montreal). Poco tiempo tras el diagnóstico definitivo, la paciente presenta una fistula anal con un absceso 'en herradura' con datos de sobreinfección en la región precoccígea y fosa isquioanal precisando de un drenaje urgente e ingreso. Se completa el estudio mediante RM-pélvica que evidencia la colección conocida de la que surgen varios trayectos fistulosos que afectan al pliegue interglúteo, al músculo elevador del ano izquierdo y derecho.

Tras el diagnóstico de EPA se inicia tratamiento inmunosupresor con azatioprina, sin embargo, durante el seguimiento la paciente desarrolla nuevas fistulas sobre los que se realiza una fistulotomía y colocación de un sedal. Una vez drenado el absceso, se inicia terapia combinada con azatioprina e infliximab con respuesta inicial, pero presentando un fallo secundario a los pocos meses a pesar de la intensificación del infliximab. Se actualizan las pruebas de imagen, evidenciando en la RM-pélvica la persistencia de una fistula transesfinteriana alta que afecta al pliegue interglúteo.

Finalmente, se presenta el caso en un comité multidisciplinar que considera la terapia con células madre, aplicándose éstas sin incidencias. Siete meses después de su aplicación la paciente se mantiene clínicamente controlada con las heridas cicatrizadas y sin supuración.



FIGURA 1

TC ABDOMEN-PELVIS QUE MUESTRA ABSCESO 'EN HERRADURA' LOCALIZADO EN ÁREA PRECOCCÍGEA Y EN FOSA ISQUIOANAL CON SIGNOS DE SOBREINFECCIÓN (BURBUJAS AÉREAS).



FIGURA 2

TC ABDOMEN-PELVIS QUE MUESTRA UNA COLECCIÓN PRECOCCÍGEA CON ORIGEN EN UNA FISTULA (FLECHAS) EN CANAL ANAL SUPERIOR.

Discusión

A pesar de los continuos avances en los tratamientos biológicos y las mejoras en las técnicas quirúrgicas, la tasa de éxito terapéutico no es satisfactoria. Así, otras modalidades de tratamiento son de interés en casos de refractariedad a los tratamientos convencionales, pudiendo destacar en este escenario la terapia con inyección local de células madre mesenquimales. Como demuestra el ensayo ADMIRE-CD, Darvadstrocel consigue remisiones mantenidas del 56% a las 52 semanas de inicio de tratamiento, con muy buen perfil de seguridad.

Exponemos este caso para compartir nuestra experiencia en el tratamiento de esta entidad de difícil manejo.

CP-252. CICLOSPORINA EN EL BROTE MODERADO-GRAVE DE COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA A CORTICOIDES: EVALUACIÓN DE SU EFICACIA EN EL CONTROL INICIAL Y EN LA NECESIDAD DE COLECTOMÍA A MEDIO Y LARGO PLAZO.

TORRES DOMÍNGUEZ A¹, SORIA LÓPEZ E¹, FERNÁNDEZ MORENO N¹, ALCAÍN MARTÍNEZ G², FERNÁNDEZ PÉREZ F¹

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITAL COSTA DEL SOL, MARBELLA. ²UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES VIRGEN DE LA VICTORIA, MÁLAGA.

Introducción

Analizar la respuesta clínica y la tasa de colectomía a los 30 días y al año tras el tratamiento con ciclosporina (CyA) en pacientes con brote moderado-grave de colitis ulcerosa (CU) corticorrefractario.

Material y métodos

Estudio descriptivo multicéntrico retrospectivo de casos de CU moderados-graves tratados con ciclosporina en el Hospital Costa del Sol y Hospital Universitario Virgen de la Victoria de Málaga entre enero de 1995 y diciembre de 2020. Analizamos edad, sexo, extensión, gravedad, dosis de CyA, remisión y respuesta clínica y endoscópica, así como tasa de colectomías al mes y al año.

Resultados

Se incluyeron 76 pacientes, de ellos 43 (56%) eran varones, con una edad media de 37 años. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de CU hasta el tratamiento con CyA fue de 21,5 meses. Presentaron colitis extensa el 68,4%, y se catalogaron 60 casos (78,9%) de brote grave y 10 (13,2%) de moderado. Éstos estaban previamente en tratamiento con mesalacina (64,5%), azatioprina (14,5%), 6-mercaptopurina (2,6%) y granulocitoaféresis (2,6%). La dosis de CyA iv administrada fue 3 ± 0.7 mg/kg/día durante una media de 10,88 días y la dosis de CyA oral fue $263,60 \pm 166,05$ mg/día durante una media de 3 ± 1.69 meses. Posteriormente el 61,8% fueron tratados con INM y el 7,9 % requirieron tratamiento biológico durante el seguimiento. A los 30 días del inicio de CyA, el 81,6% de

los pacientes alcanzaron la respuesta y el 71,1% la remisión clínicas, un 6,6% presentaron un nuevo brote, y la tasa de colectomía fue del 14,5%. Al año, el 79,7% permanecían en respuesta clínica, de los cuales el 72,1% estaban en remisión. En ese momento, solo el 26,3% tuvo control endoscópico, presentando el 55% respuesta y el 21,1% remisión endoscópicas. Casi el 30% sufrieron un nuevo brote y la tasa de colectomía al año fue del 26,7%.

Conclusiones

El tratamiento con CyA a dosis medias recomendadas en nuestros pacientes con brote moderado-grave de CU proporcionó resultados clínicos similares a los publicados en la literatura, con tasas de respuesta clínica casi del 80% al año.

CP-253. COLITIS COLÁGENA: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE 41 CASOS

PALOMAR-ÁVILA C, KEKO-HUERGA A, MORENO-PIMENTEL C, ANGULO-DOMÍNGUEZ G, CARRION-RISQUEZ A, CASTRO-FERNÁNDEZ M, MEDINA-CRUZ M

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

Introducción

La colitis colágena es una enfermedad inflamatoria microscópica del colon de etiopatogenia no aclarada y diagnóstico exclusivamente histológico, caracterizada por la presencia de bandas de colágeno subepiteliales originando diarrea crónica acuosa y dolor abdominal. Plantea diagnóstico diferencial clínico, con diarrea funcional y síndrome de intestino irritable. Valorar en nuestra área sanitaria la prevalencia de colitis colágena y datos epidemiológicos y clínicos de la población con esta enfermedad.

Material y métodos

Estudio observacional, descriptivo y unicéntrico entre 2007-2021. Se utilizó una base de datos del Servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital, incluyendo inicialmente todos los casos con diagnóstico codificado de colitis colágena, 57 en total. Se analizaron 41, excluyendo 16 por insuficiencia de datos. Se tuvo en cuenta el año del diagnóstico y del inicio de los síntomas, antecedentes personales, familiares, edad, sexo, síntomas y pruebas complementarias. Se analizaron en concreto los fármacos y enfermedades relacionables con colitis colágena, y tratamientos realizados y respuesta a los mismos.

Resultados

Prevalencia: 15 casos/100.000 habitantes. El 80% de los casos se diagnosticó en la segunda mitad (2015-2021) del periodo de estudio, siendo el 73% mujeres. Edad media al diagnóstico: 62.45 años. Edad media de inicio de los síntomas: 59.5 años. Retraso diagnóstico de 3 años. No antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes ni de colitis microscópica. Antecedentes personales: hábito tabáquico (48.7%), hábito etílico con > 80 gr alcohol /día (9.7%) Enfermedad autoinmune como

Pacientes con CU tratados con ciclosporina (n=76)	n	(%)
Sexo		
Hombre	43	(56,6)
Mujer	33	(43,4)
Edad (media, DE)	37,3 años ± 14,65	
Edad al diagnóstico (media, DE)	35,5 años ± 35,49	
Tiempo (años) desde el diagnóstico al brote moderado-grave (media, DE)	1,79 años ± 2,95	
Extensión de la CU (Montreal)		
E1 – proctitis	5	(6,6)
E2 – colitis izquierda	19	(25)
E3 – colitis extensa	52	(68,4)
Gravedad (Montreal)		
S1 – Leve	6	(7,9)
S2 – Moderada	10	(13,2)
S3 – Grave	60	(78,9)

FIGURA 1

DATOS DEMOGRÁFICOS Y CARACTERÍSTICAS DEL BROTE DE LOS PACIENTES CON CU TRATADOS CON CICLOSPORINA.

Número total de pacientes (n=76)	30 días	1 año
Respuesta clínica	62 (81,6%)	53 (69,7%)
Remisión clínica	54 (71,1%)	49 (64,5%)
Colectomía	11 (14,5%)	20 (26,3%)
Nuevo brote	5 (6,6%)	20 (26,3%)

FIGURA 2

RESULTADOS CLÍNICOS Y TASAS DE COLECTOMÍA TRAS EL TRATAMIENTO CON CICLOSPORINA.

diabetes mellitus 1, artritis reumatoidea o tiroiditis autoinmune (27%). Apendicectomía (12.2%) y colecistectomía (19.5%). Consumo de inhibidores bomba protones (46.3%), inhibidores de la recaptación serotonina (26.8%) y antiinflamatorios no esteroideos (12.25%). Síntomas predominantes al diagnóstico: diarrea acuosa (80%) y dolor abdominal (20%). La colonoscopia, en ningún caso mostró alteraciones de la mucosa. El estudio microbiológico de heces y los marcadores inflamatorios (proteína C reactiva y/o calprotectina fecal) resultaron negativos o normales en todos los casos. Tratamientos: en 11 casos no se dispuso de información suficiente. Se indicó budesónida inicialmente en 24 casos y en 6 casos tras tratamiento inefectivo con mesalazina y/o prednisona. En 28 pacientes remite la sintomatología con budesonida 9 mg/24h y dos pacientes mejoraron tras indicarse azatioprina e infliximab.

Conclusiones

La colitis colágena es una enfermedad emergente, con incidencia progresivamente en aumento, probablemente por mayor sospecha diagnóstica. A pesar de esto, el retraso diagnóstico es relevante. Ratificamos que es más frecuente en mujeres, siendo la diarrea acuosa el síntoma predominante y la respuesta al tratamiento con budesónida, satisfactoria.

CP-254. COLITIS INDUCIDA POR IXEKIZUMAB

MORALES BERMÚDEZ AI, BRACHO GONZÁLEZ M, FERNÁNDEZ CORNAX A, AMO TRILLO V, JIMÉNEZ PÉREZ M

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

Introducción

Ixekizumab es un anticuerpo monoclonal humano antagonista de la IL-17 utilizado en el tratamiento de la psoriasis moderada-severa y artritis psoriásica. El perfil de seguridad de los estudios ha mostrado una baja incidencia de eventos adversos en el tracto digestivo. Presentamos un caso de colitis de nueva aparición en una paciente en tratamiento con ixekizumab.

Caso clínico

Mujer de 47 años. Sin antecedentes familiares de interés. Antecedentes personales de psoriasis y artritis psoriásica en tratamiento con ixekizumab subcutáneo cada 4 semanas (9 dosis recibidas hasta el momento) con buena evolución a nivel dermatológico y articular. Ingres por cuadro de colitis aguda con > 10 deposiciones con sangre diarias, fiebre y dolor abdominal asociándose con elevación de reactantes de fase aguda. Se descarta la existencia de un proceso infeccioso como responsable del cuadro (cultivo de bacterias y parásitos, toxina de *Clostridium difficile*, PCR de exudado rectal y serologías negativos). Se realiza colonoscopia, donde se observa mucosa edematosa y eritematosa con úlceras fibrinadas superficiales, de predominio en colon izquierdo. Estudio histológico compatible con cambios inflamatorios leves inespecíficos sin distorsión arquitectural, granulomas, abscesos cripticos ni criptitis.



FIGURA 1

CORTE SAGITAL DE TC DE ABDOMEN QUE MUESTRA ACTIVIDAD INFLAMATORIA A NIVEL DE RECTO.

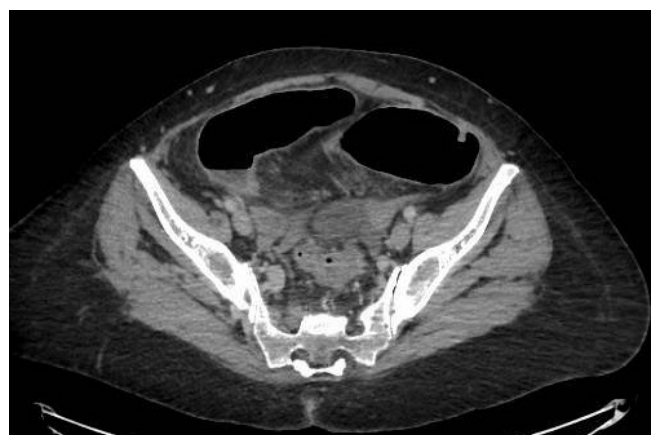


FIGURA 2

CORTE SAGITAL DE TC DE ABDOMEN QUE MUESTRA ACTIVIDAD INFLAMATORIA A NIVEL DE RECTO.

Ante la posibilidad de tratarse de una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) desencadenada por la administración de ixekizumab, se suspende este y se pauta tratamiento con corticoides a dosis plenas, con progresiva mejoría del cuadro, normalizándose el hábito intestinal y la fiebre. La paciente finalizó la pauta descendente de corticoides y se encuentra en remisión clínica con tratamiento de mantenimiento con mesalazina oral, sin nuevos brotes desde la suspensión de ixekizumab hace un año.

Discusión

Los pacientes con psoriasis tienen una mayor prevalencia de EII, ya que ambas comparten mecanismos inmunopatogénicos. En nuestro caso, la paciente no presentaba antecedentes familiares de EII ni sintomatología digestiva previa al inicio del tratamiento con ixekizumab, por lo que concluimos que se trataba de una colitis de novo. El hecho de no presentar nuevos brotes después de un año de suspensión del tratamiento, respalda el diagnóstico de colitis inducida por el fármaco.

El papel de la IL-17 en la EI es controvertido. Los estudios de seguridad con antagonistas de IL-17 muestran una baja incidencia de efectos adversos digestivos. También hay estudios en humanos que muestran que estos tratamientos no son eficaces, o en algunos casos, empeoran la EI. Por lo tanto, en pacientes con psoriasis, el riesgo de desarrollar enfermedades inflamatorias intestinales de nueva aparición o exacerbadas debe tenerse en cuenta en las decisiones de tratamiento.

CP-255. COLITIS ULCEROSA Y ANTECEDENTE DE NEOPLASIA: CUANDO LA SEGURIDAD ES LO QUE PRIMA.

TEJERO JURADO R, ORTI CUERVA MDC, VALDIVIA KRAG C, MARÍN PEDROSA S, RODRÍGUEZ MONCADA R, BENITEZ CANTERO JM, IGLESIAS FLORES EM

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

Introducción

La aféresis leucocitaria actúa depurando poblaciones leucocitarias y modificando mediadores que intervienen en el proceso inflamatorio. Puede considerarse una opción terapéutica en situaciones seleccionadas en colitis ulcerosa (CU), principalmente en enfermedad corticodependiente o corticorresistente, con fracaso a otros tratamientos inmunosupresores o biológicos. Además de su capacidad de ahorro de corticoides, su excelente perfil de seguridad le confiere un papel atractivo cuando se persigue evitar riesgos de otros tratamientos o existe una contraindicación para su uso.

Caso clínico

Varón de 43 años, con antecedente de púrpura trombocitopénica idiopática, que es diagnosticado en el año 2001 de brote moderado de CU con extensión pancolónica, tratándose con corticoides intravenosos. El tratamiento de mantenimiento fue mesalazina oral y tópica hasta el año 2003, cuando presenta criterios de corticodependencia, iniciándose tratamiento con azatioprina. En 2012 se suspende azatioprina por deseo del paciente, tras lo que presenta nuevo brote de actividad. Se inicia tratamiento biológico con infliximab, presentando pérdida de respuesta secundaria, motivo por el que se cambia a adalimumab de forma combinada con azatioprina, con adecuada respuesta.

Ingresa en 2014 por síndrome poliadenopático, con diagnóstico de linfoma de Hodgkin estadio IIb. Fue tratado con cuatro ciclos de ABVD y radioterapia, consiguiéndose respuesta completa y manteniéndose en remisión hasta la actualidad. Desde dicho momento, permaneció sin tratamiento para la CU.

En 2017, presentó nuevo brote de actividad, por lo que, dados los antecedentes del paciente, se propone tratamiento con granulocitoaféresis. Tras ocho sesiones con periodicidad semanal se consiguió remisión clínica, realizándose posteriormente mantenimiento cada ocho semanas, con excelente control hasta la fecha.

Discusión

El objetivo principal del tratamiento en la enfermedad inflamatoria intestinal (EI) es la remisión del brote agudo y el mantenimiento de esta remisión a largo plazo, asociado a la menor toxicidad posible. Una de las principales contraindicaciones al tratamiento con antiTNF es la existencia de neoplasias debido al papel del factor de necrosis tumoral (TNF) en el control del crecimiento de tumores.

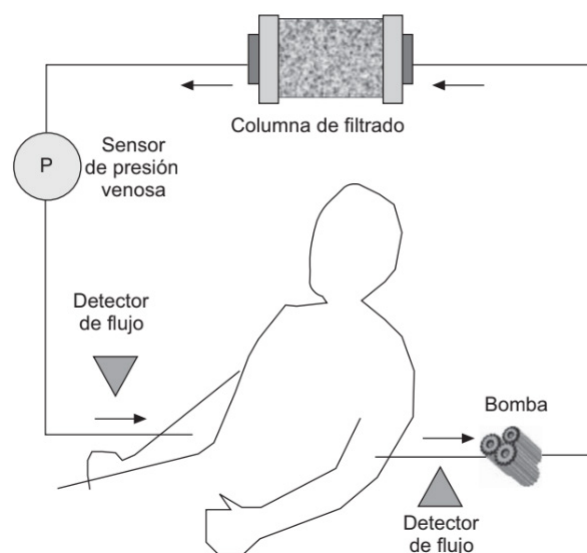


FIGURA 1

PROCEDIMIENTO DE AFÉRESIS. LA SANGRE CIRCULA A TRAVÉS DE UN CIRCUITO EXTRACORPÓREO Y PASA POR UNA COLUMNA DE FILTRADO.

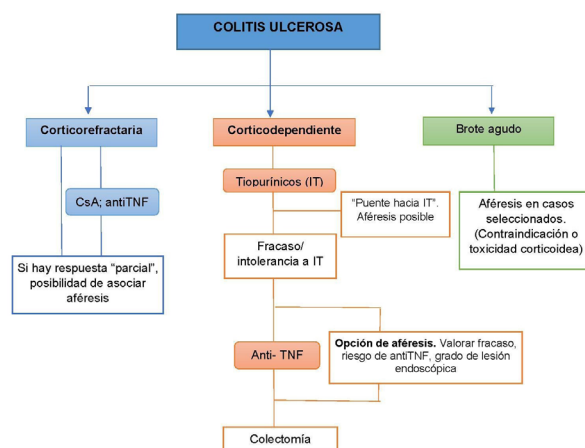


TABLA 1

ALGORITMO DE POSICIONAMIENTO DE LA AFÉRESIS LEUCOCITARIA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA. ADAPTADO DE [CABRIADA JL. AFÉRESIS EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ¿UNA OPCIÓN VÁLIDA? GASTROENTEROL HEPATOL [INTERNET]. 2012;35(1):22-31]

La aféresis leucocitaria consiste en la extracción de leucocitos de la sangre por un sistema extracorpóreo vena-vena que circula a través de un filtro (Figura 1). Es un procedimiento seguro, con contraindicaciones muy escasas, en relación al propio procedimiento. Su uso está ofreciendo resultados satisfactorios en CU, con remisión hasta en el 87,5% de pacientes y manteniendo remisión el 75% en semana 32. Está especialmente indicado en situaciones clínicas en las que prime la seguridad como son los antecedentes de neoplasias, coinfecciones, falta de inmunidad para VHB o Mantoux positivo (Tabla 1).

CP-256. CUADRO SUBOCCLUSIVO SECUNDARIO A LA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN ILEAL

GIJÓN VILLANOVA R, LOPEZ PEÑA C, BERDUGO HURTADO F, DÍAZ ALCÁZAR MDM

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL SAN CECILIO, GRANADA.

Introducción

La presencia de cuadros de suboclusión intestinal en pacientes con enfermedad de Crohn (EC) puede tener varios orígenes: un patrón estenosante propio de la evolución de la enfermedad, la aparición de estenosis sobre áreas de anastomosis quirúrgicas o incluso la impactación de cuerpos extraños sobre áreas inflamatorias.

Caso clínico

Varón de 33 años, fumador activo de 30 cigarrillos/día, diagnosticado de enfermedad de Crohn (EC) a los 21 años con afectación ileal y perianal (Monteral A2L1B1p) sin tratamiento de mantenimiento por pérdida de seguimiento, actualmente con budesonida por aumento del número de deposiciones. Acude al Servicio de Urgencias por dolor en mesogastrio de 48 horas de evolución junto con fiebre de hasta 38°C, vómitos y estreñimiento.

A la exploración presentaba abdomen doloroso en mesogastrio con ligero empastamiento a dicho nivel. En la analítica destacaba leucocitosis 9590/ml con neutrofilia y elevación de la PCR (211 mg/l). Se realizó TC abdominal para descartar complicaciones, objetivándose afectación de segmento largo de íleon terminal e impactación de cuerpo extraño (valva de almeja) en su interior con cambios inflamatorios locales.

Tras la falta de respuesta inicial al tratamiento conservador con corticoterapia intravenosa y antibioterapia, se realizó laparoscopia exploradora con resección de intestino delgado, extracción de cuerpo extraño y anastomosis latero-lateral mecánica, evolucionando favorablemente.

Discusión

La ingesta accidental de cuerpos extraños es más frecuente en niños, alcohólicos, pacientes psiquiátricos y ancianos. En la mayoría de los casos el cuerpo extraño completa el tránsito digestivo sin complicaciones. Si se sospecha alguna complicación

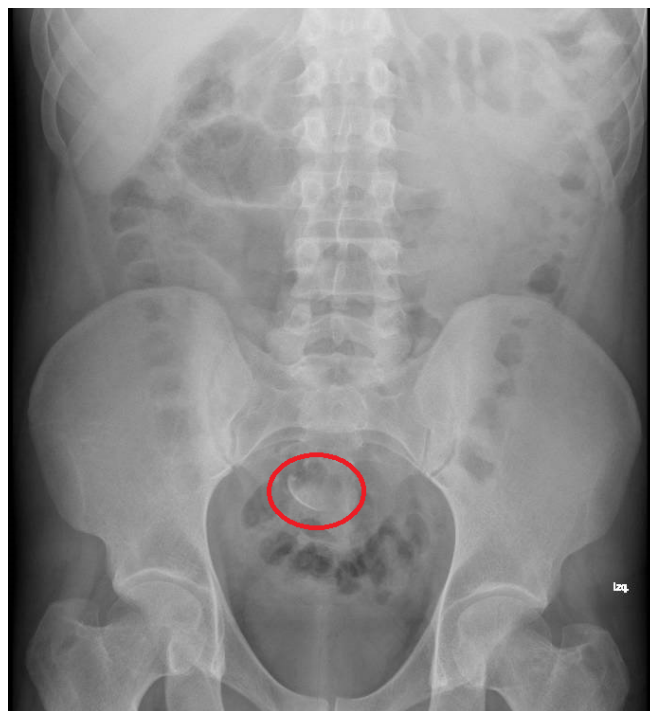


FIGURA 1

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN EN LA QUE SE OBSERVA CUERPO EXTRAÑO RADIOPAO.



FIGURA 2

CORTE TRANSVERSAL DE TC ABDOMINOPÉLVICO CON PRESENCIA DE CUERPO EXTRAÑO EN FOSA ILÍACA DERECHA.

como perforación intestinal, absceso intrabdominal, aparición de fístulas, obstrucción intestinal o peritonitis, se recomienda la realización de TC abdominal.

En pacientes con EC, la impactación de un cuerpo extraño debe manejarse según la lesión subyacente en el área donde está ubicado dicho elemento. Si en ese segmento intestinal se objetiva actividad inflamatoria sin datos de estenosis fibrótica, se podría intentar en primer lugar manejo conservador, ya que el tratamiento

médico puede reducir la inflamación y permitir el tránsito. La cirugía se reserva para aquellos casos en los que falla el tratamiento médico y para las complicaciones como las estenosis fibróticas o los abscesos.

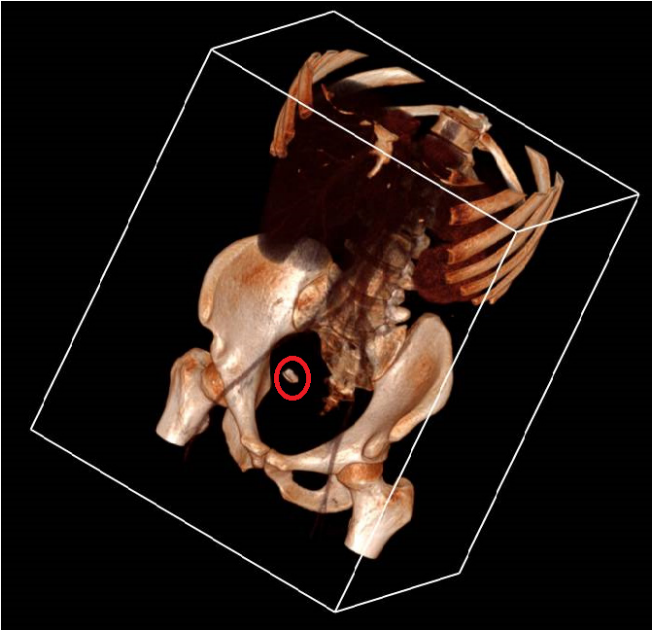


FIGURA 3
RECONSTRUCCIÓN TRIDIMENSIONAL DE TC QUE OBJETIVA CUERPO EXTRAÑO COMPATIBLE CON VALVA DE ALMEJA.

CP-257. DE INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO EN LA INFLAMATORIA: CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES REALES.

PÉREZ CAMPOS E, SÁNCHEZ MORENO S, LÁZARO SÁEZ M
UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES TORRECÁRDENAS, ALMERÍA.

Introducción

Conocer la calidad de vida mediante el Inflammatory bowel disease questionnaire (IBDQ-32), en una serie de pacientes del hospital Universitario Torrecárdenas que han iniciado el cambio de terapia subcutánea con infliximab o vedolizumab, abandonando su posología intravenosa.

Material y métodos

Se han incluido los pacientes de nuestra consulta que han realizado el cambio de infliximab o vedolizumab de intravenoso a subcutáneo, recogiendo datos demográficos y clínicos básicos de su enfermedad. Por medio de una entrevista telefónica, se les ha realizado el cuestionario IBDQ-32, con 32 preguntas sobre su estado de salud en las últimas 2 semanas repartidas en cuatro bloques según la dimensión de los síntomas. Además, se les preguntó sobre su experiencia con el cambio de administración.

Resultados

Por ahora, contamos con un total de 8 pacientes, 6 con infliximab y 2 con vedolizumab, con claro predominio del sexo masculino y edad media de 36.6 años. La mitad han sido fumadores. El ratio CU:EC es 3:5, y las afectaciones más frecuentes son la izquierda y la ileo-cólica, respectivamente. 4 poseen enfermedad perianal

Sexo		Hombre Mujer	7 (87.5%) 1 (12.5%)
Edad media (años)			36.6
Tabaco		Fumador activo Exfumador Nunca fumador	1 (12.5%) 4 (50%) 3 (37.5%)
Eti y afectación	Colitis	Izquierda Extensa	2 (25%) 1 (12.5%)
	E. Crohn	Ileal Ileocólica	1 (12.5%) 4 (50%)
Enfermedad perianal		Sí No	4 (50%) 4 (50%)
Manifestaciones extraintestinales			3 (37.5%) 5 (62.5%)
Biológico		IFX VDZ	6 (75%) 2 (25%)

FIGURA 1
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y BASALES DE LA ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES INCLUIDOS, EXPRESADOS EN NÚMEROS ABSOLUTOS Y SU PORCENTAJE CORRESPONDIENTE.

(Tabla 1).

En la **Tabla 2** se observa la puntuación global del IBDQ-32 y por dimensiones de salud. Considerando que cada ítem puntúa del 1 al 7, desde la peor situación clínica hasta la ausencia total del síntoma, consideramos que el cambio a la administración subcutánea supone una mejoría en la calidad de vida.

El 100% de los pacientes destacó la comodidad de la administración, compaginándolo mejor con su vida personal y laboral. Un paciente manifestaba gran alivio por su mal acceso venoso al haber recibido tratamiento quimioterápico previo.

Este trabajo se trata de un registro prospectivo en marcha, por lo que más adelante incluiremos el análisis de los principales biomarcadores antes y después del cambio, añadiendo así un enfoque cuantitativo a la evolución de los síntomas bajo el control

IBDQ-32		
Global		6.2 (5.2-6.4)
Dimensiones	Digestiva	5.9 (5.1-6.4)
	Sistémica	5.4 (5.2-6.1)
	Social	6.6 (5.3-6.7)
	Emocional	6.6 (5.8-7)

FIGURA 1

RESULTADOS DEL ÍNDICE IBDQ-32 EXPRESADOS EN MEDIANA CON SUS PERCENTILES 25-75. DADO QUE LA PUNTUACIÓN MÁXIMA SON 7 PUNTOS POR ÍTEM, LAS DIMENSIONES SOCIAL Y EMOCIONAL HAN OBTENIDO LA MEJOR PUNTUACIÓN.

de la administración subcutánea.

Conclusiones

La enfermedad inflamatoria intestinal genera un impacto negativo en la percepción multidimensional de la salud. Indagar sobre la calidad de vida resulta crucial para desarrollar estrategias terapéuticas cómodas además de efectivas, como el nacimiento reciente de terapias subcutáneas en sustitución de las intravenosas. Aunque será interesante también conocer la evolución de los biomarcadores, por el momento el cambio en la vía de administración ha conseguido mantener la remisión clínica y aportar una mejoría franca en la calidad de vida, acercándonos al objetivo de tratar de la mejor forma posible todos los aspectos relacionados con esta enfermedad.

CP-258. EFICACIA DE LA GRANULOCITO-MONOCITOAFÉRESIS EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

PÉREZ RAMÍREZ A¹, TORRES GÓMEZ F¹, BLÁZQUEZ GOÑI C², TRIGO SALADO C¹, LEO CARNERERO E¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA. ²UGC HEMATOLOGÍA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.

Introducción

La granulocito-monocitoaféresis (GMA) es una opción terapéutica en colitis ulcerosa (CU) corticodependiente o con fracaso a tratamiento inmunosupresor (TIS) y/o biológico (TBG), sin clara indicación en las guías actuales.

Nuestro objetivo fue determinar su eficacia en pacientes de nuestro centro.

Material y métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de pacientes con CU tratados con GMA en nuestro centro entre 2008 y 2022. Definimos eficacia

como aquellos casos que no precisaran corticoides en seguimiento, escalar tratamiento o cirugía.

Resultados

Recogimos 46 pacientes: 19 mujeres y 27 hombres con una edad media al diagnóstico de la CU de 33,6±13,6 años y 42 ± 14,9 en el momento de la GMA. El 43,5% presentaba colitis extensa frente al 56,5% (1 proctitis, 10 proctosigmoiditis y 15 colitis izquierda).

El 84,8% realizaron GMA por corticodependencia y 15,2% por corticorretractariedad, 2 por brote moderado-grave. Todos habían utilizado salicatos y corticoides previos a la GMA; el 71,7% TIS y 41,3% TBG. Simultáneamente a la GMA, el 93,5% utilizó salicatos, 73,9% corticoides, 47,8% TIS, 39,1% TBG (10 casos en combinación). En 34 pacientes se realizó colonoscopia previa (13 con afectación severa).

Con una mediana de 7 sesiones, la eficacia tras 6 meses fue del 56,5%; 43,5% libre de esteroides. Al año, mantienen eficacia el 52,2%; 41,3% libre de esteroides precisando colectomía 5 pacientes (10,9%).

Tras 12 meses la eficacia fue superior en varones (63% vs 36,8%; p 0,08) y cuando la indicación fue la corticodependencia vs retractoriedad (56,4% vs 28,6%; p 0,1) sin alcanzar significación estadística. También encontramos una tendencia a mejor evolución con el tratamiento concomitante TIS+TBG (70% vs 47%, p 0,1). La eficacia en pacientes naïve (sin TIS o TBG previo) (63,6%) y con fracaso a biológicos (68,4%) es superior a aquellos con fracaso solo a inmunosupresores (23%).

Al final del seguimiento (mediana 104 meses) la eficacia se mantiene en 14 casos (30,4%), requiriendo 12 de ellos sesiones de mantenimiento; disminuye en naïve (27,3%) y se mantiene en aquellos bajo TBG (47,4%). Finalmente precisan colectomía 7 pacientes (15,2%).

Conclusiones

La GMA es una terapia eficaz en CU, que parece ser mayor en corticodependencia y en tratamiento combinado (TIS+TBG), consiguiendo recuperar respuesta a biológicos evitando la colectomía. En los pacientes naïve a TIS/TBG y con fallo a TIS la existencia de alternativas terapéuticas lo hace una opción menos atractiva. Es necesario extender su uso para poder sacar conclusiones más robustas.

CP-259. ENFERMEDAD DE PAGET PERIANAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

NAVAJAS HERNÁNDEZ P¹, VALDÉS DELGADO T¹, MACHUCA AGUADO J², ARGÜELLES ARIAS F¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA. ²UGC ANATOMÍA PATOLÓGICA. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

La enfermedad de Paget perianal (EPP), un subconjunto de la enfermedad de Paget extramamaria, es una neoplasia cutánea poco común, que a menudo se diagnostica erróneamente y se trata de forma insuficiente. Su incidencia representa menos del 1% de las enfermedades perianales y el 1,3% de los casos de enfermedad de Paget. Se presenta más frecuentemente en mujeres entre 60-70 años con la formación de placas o máculas eritematosas, duras y bien delimitadas, pruriginosas y en ocasiones dolorosas.

Caso clínico

Varón de 85 años con colitis ulcerosa (CU) izquierda de 20 años de evolución. En tratamiento de mantenimiento con mesalazina 3g/24h oral y buen control de su enfermedad.

En el año 2019 perdió el seguimiento por la pandemia COVID-19. Dos años más tarde consultó por prurito y dolor anal, que en un principio achacó a su CU y en ocasiones mejoraba con ungüentos tópicos.

A la exploración física se objetivó una placa de 10 cm, eritematosa, dura y bordes sobreelevados en la zona perianal (Figura 1). Tras la realización de biopsia se diagnosticó una EPP primaria (Figuras 2 y 3). Se realizó colonoscopia y TAC toraco-abdominal que resultaron normales. Debido al carácter invasivo de la lesión y la edad del paciente se decidió tratamiento con radioterapia, falleciendo el paciente a los 9 meses por diseminación de la enfermedad.



FIGURA 1

PLACA DE 10 CM, ERITEMATOSA, DURA Y BORDES SOBREELEVADOS EN ZONA PERIANAL.

Discusión

La EPP se clasifica en: EPP primaria, si el tumor surge de las propias células intraepidérmicas y EPP secundaria, cuando el cáncer primitivo suele estar oculto en los órganos adyacentes, principalmente digestivo o genitourinario.

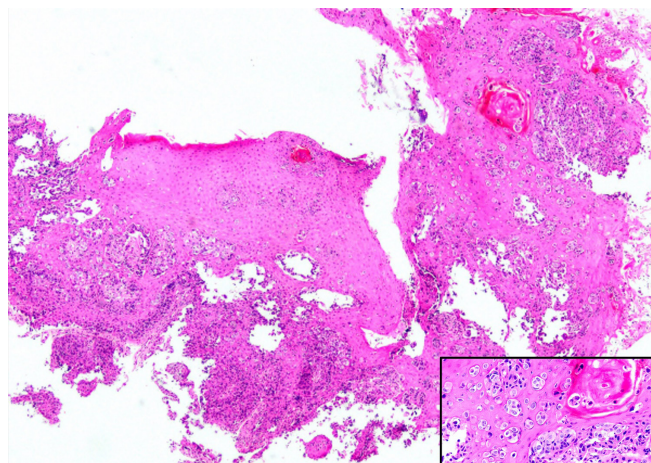


FIGURA 2

EPITELIO ESCAMOSO CON HIPERQUERATOSIS Y INFILTRACIÓN EPIDÉRMICA POR CÉLULAS DE CITOPLASMA AMPLIO Y CLARO (H-E; 2X), CON GRANDES NÚCLEOS IRREGULARES Y NÚCLEOLO PROMINENTE FORMANDO GRUPOS (H-E; 10X).

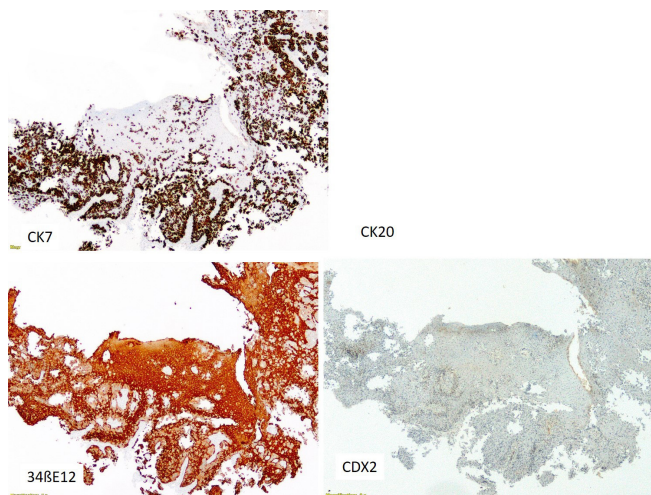


FIGURA 3

ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO MOSTRANDO POSITIVIDAD PARA LOS MARCADORES CK7 Y 34BE12 Y NEGATIVIDAD PARA LOS MARCADORES CK20 Y HMB45. HALLAZGOS COMPATIBLES CON ENFERMEDAD DE PAGET PRIMARIA.

Los hallazgos inmunohistoquímicos nos permiten diferenciar entre EPP primaria y secundaria. Típicamente la EP extramamaria primaria es positiva para CK7 y 34BE12 y negativa para otros marcadores como HMB45, CK20 y CDX2.

La EPP primaria tiene mejor pronóstico cuando es intraepitelial, pero puede progresar a una enfermedad invasiva con metástasis. Cuando la enfermedad está localizada, la resección quirúrgica es de elección; en la enfermedad metastásica se optará por la radioterapia y/o quimioterapia. Sea un estadio inicial o avanzado, la recidiva es frecuente y por tanto, el seguimiento a largo es imprescindible.

No existen casos en la literatura que establezcan una relación entre la colitis ulcerosa y la EPP. Desconocemos, por tanto, si la presencia de la enfermedad inflamatoria intestinal o su actividad,

podiera estar relacionado con un estímulo carcinógeno que fisiopatológicamente desencadene la EPP. Se necesitarían más casos y más estudios para corroborar esta hipótesis.

CP-260. GRANULOCITOAFÉRESIS EN TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL COSTA DEL SOL.

FERNÁNDEZ PÉREZ FJ, FERNÁNDEZ MORENO N, SORIA LÓPEZ E, TORRES DOMÍNGUEZ A

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

Introducción

Extraer células inflamatorias del torrente vascular, reducir la densidad celular inflamatoria en el tejido diana y la modulación de citoquinas es el mecanismo de acción de la granulocitoaféresis (GCAF), empleada desde hace años en enfermedades inflamatorias intestinales o reumatológicas.

El objetivo es valorar la eficacia de la GCAF en el control de la actividad inflamatoria de pacientes con enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) tratados en nuestro centro con este procedimiento.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de la casuística del Hospital Costa del Sol en pacientes con EI activa con corticodependencia, corticorretractariedad, refractariedad o intolerancia a tratamientos inmunosupresores (tiopurinas, metotrexate, calcineurínicos, biológicos anti-TNF o combinación de éstos). Valoración de actividad clínica (índices DAI parcial, HBI) y biológica (proteína C reactiva, calprotectina fecal) tras finalización de sesiones iniciales de inducción y en el seguimiento a las 52 semanas. Valoramos los efectos adversos del procedimiento y las necesidades de rescates con fármacos biológicos, cirugía o corticoides.

Resultados

Incluimos a 87 pacientes (CU-62, EC-25), de ellos 87% corticodependientes y 12,6% corticorretractarios. La principal indicación de la GCAF fue la corticodependencia seguida de la refractariedad/intolerancia a inmunomoduladores. En EC, tras finalizar las sesiones de inducción, el 70,8% de los pacientes alcanzaron respuesta o remisión (58,3% respuesta, 12,5% remisión). En CU la respuesta o remisión fue del 80,7% (59,7% respuesta, 21% remisión). A las 52 semanas el 66,7% de las EC que obtuvieron respuesta o remisión tras inducción se mantenían en respuesta, un 13,3% en remisión, sin respuesta un 6,7% y precisaron rescates con biológicos o cirugía un 13,3%. Por su parte en las CU en respuesta o remisión a fin de inducción estos porcentajes eran 38,8% de respuesta, 30,6% en remisión, 6,1% sin respuesta y 24,5% requirieron rescates respectivamente. El 74,4% de los pacientes precisaron corticoides en algún momento de la evolución, el 36%

tuvo que rescatarse con biológicos y el 15,3% precisó cirugía. Un 19,5% de los pacientes a fin de seguimiento no habían precisado biológicos, cirugía o corticoides. Sólo se registraron efectos adversos en 5 pacientes siendo solo en uno de ellos motivo de suspensión del procedimiento.

Conclusiones

La granulocitoaféresis es una alternativa terapéutica tanto en EC como en CU, permitiendo evitar a un año la necesidad de uso de biológicos o cirugía hasta en un 26,6% de los pacientes, y siendo capaz de ofrecer una remisión mantenida sin corticoides en hasta un 20% de los pacientes en nuestra serie.

CP-261. IMPACTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CONVIVIENTES: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

LÓPEZ VICO M, LECUONA MUÑOZ M, FERNÁNDEZ CANO MC, REDONDO CEREZO E, SÁNCHEZ CAPILLA AD

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

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba a trastornos de curso crónico que condicionan un importante detrimento en la calidad de vida de un amplio grupo de pacientes y también de los cuidadores principales. Sin embargo, ningún estudio ha evaluado la calidad de vida en los convivientes de los pacientes.

Material y métodos

Presentamos un estudio transversal, prospectivo, que incluye a 22 pacientes con colitis ulcerosa (CU), 32 enfermedad de Crohn (EC) y 2 con colitis indeterminada, todos ellos seguidos en la consulta monográfica de EII de nuestro centro y a sus convivientes, incluyéndose en total 82 convivientes. Para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes utilizamos la escala Inflammatory Bowel Disease Questionnaire32 (IBDQ-32) y para la calidad de vida de los convivientes la escala Household Members Quality of Life-Inflammatory Bowel Disease (HHMQoL-IBD), ambas validadas en español. Se recogieron variables clínicas y analíticas.

Resultados

La puntuación en el IBDQ-32 se relacionó con la de HHMQoL-IBD, número de brotes en el último año, tipo de EII y puntuación de Harvey-Bradshaw en los pacientes con enfermedad de Crohn. Los pacientes con EC tenían una puntuación significativamente inferior en IBDQ-32, mayor número de brotes e intervenciones quirúrgicas. En el análisis univariante, la puntuación de HHMQoL-IBD se asoció con el IBDQ-32 ($p < 0,0001$) PCR en última revisión ($p = 0,043$), número de brotes en el último año ($p = 0,04$) y presencia de manifestaciones extraintestinales ($p=0,01$) y dentro de éstas, la afectación articular ($p = 0,04$) (Figura 1). Los convivientes de pacientes con EC tenían puntuaciones significativamente

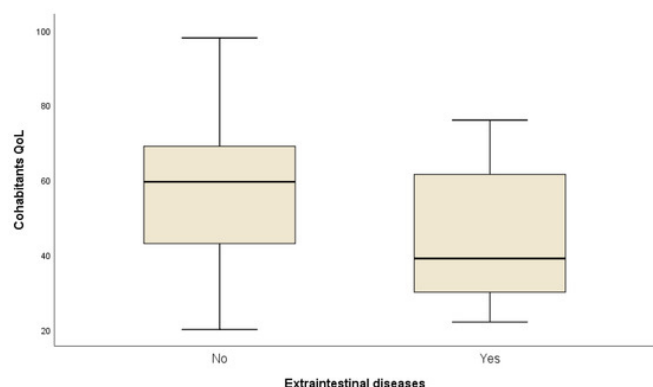


FIGURA 1

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE HHMQoL-IBD ENTRE CONVIVIENTES DE PACIENTES CON Y SIN MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES.

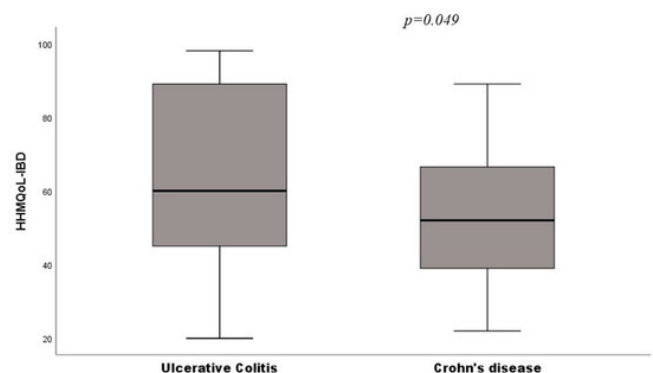


FIGURA 2

COMPARACIÓN DE MEDIAS DE HHMQoL-IBD ENTRE CONVIVIENTES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA.

inferiores que los de CU (53 ± 18 vs. 62 ± 23 ; $p = 0,049$) (Figura 2). En los convivientes de pacientes con EC, el fenotipo B2 y índice de Harvey-Bradshaw casi alcanzaron la significación. No se relacionó el tiempo de evolución desde el diagnóstico con la HHMQoL-IBD. El IBDQ-32 del paciente y la presencia de manifestaciones extraintestinales fueron predictores independientes de la calidad de vida de los convivientes.

Conclusiones

La calidad de vida en los convivientes de pacientes con EI se relaciona con la calidad de vida del paciente, las manifestaciones extraintestinales y la PCR, apuntando a una relación entre la actividad inflamatoria y la calidad de vida del conviviente. Nuestro estudio pone de manifiesto la importancia de un abordaje integral del paciente con enfermedad inflamatoria intestinal, teniendo en cuenta las variables clínicas, pero también la situación relacional y familiar.

CP-262. INFECCIONES PULMONARES DE REPETICIÓN EN ENFERMEDAD DE CROHN BAJO TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR

FERNÁNDEZ CARRASCO M, MORENO MORALED A I, VEGA SÁENZ JL

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

Introducción

Se presenta el caso de un paciente con enfermedad de Crohn (EC) con complejo manejo terapéutico por el desarrollo de reacciones adversas a fármacos y exacerbación de infecciones respiratorias en el contexto de tratamiento biológico activo.

Caso clínico

Varón de 50 años con diagnóstico de EC ileocólica a los 25 años con comportamiento estenosante con antecedente personal de bronquiectasias pulmonares. Durante 15 años recibió tratamiento con azatioprina con control estable de su enfermedad; sin embargo, presentaba cuadros febriles recurrentes, por lo que se cambia a infliximab, teniendo que suspenderlo tras reacción infusional severa.

Comienza tratamiento con vedolizumab presentando infecciones respiratorias de repetición secundarias a las bronquiectasias y clínica respiratoria alta persistente (congestión nasal, faringitis, accesos de tos irritativa), con empeoramiento los días posteriores a la administración del fármaco.

Finalmente se decide cambio de biológico a ustekinumab, mejorando de la clínica respiratoria.

Discusión

La EC se trata de una enfermedad de curso crónico recidivante siendo el objetivo fundamental del tratamiento médico inducir la remisión a corto plazo y mantener la remisión. Existen distintas dianas terapéuticas para el tratamiento médico de la EC, siendo los anti-TNF α fármacos utilizados ampliamente por su eficacia demostrada, sin embargo, no están exentos de efectos adversos, siendo los principales el desarrollo de infecciones y el aumento del riesgo de neoplasias.

Vedolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado con efecto predominante a nivel intestinal que actúa mediante la inhibición específica de la integrina $\alpha 4\beta 7$ de los leucocitos, lo que impide su interacción con la molécula que participa en la migración de los linfocitos desde el torrente sanguíneo al tejido intestinal evitando la inflamación.

En un estudio se analizó la expresión de integrinas de estos pacientes, mostrando disminución de las mismas a nivel intestinal y, paradójicamente, un aumento a nivel pulmonar, que condujo a un comportamiento migratorio alterado de los leucocitos hacia el tejido pulmonar.



FIGURA 1

IMAGEN DE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTE CON BRONQUIECTASIAS CON APARICIÓN DE INFILTRADOS PULMONARES SUGERENTES DE SOBREINFECCIÓN PULMONAR.



FIGURA 2

INFILTRADO EN ÁRBOL EN BROTE EN SEGMENTO POSTERIOR DE LSD.

No podemos estar seguros de que exista una conexión directa entre el tratamiento con vedolizumab y la aparición de las consolidaciones pulmonares, aunque el orden cronológico de los acontecimientos sugiere fuertemente esta posibilidad. Además, tras la suspensión de vedolizumab y su sustitución por ustekinumab se condujo a una resolución clínica y radiológica completa que apoya esta teoría.

Ustekinumab, ha demostrado ser un fármaco seguro en este aspecto, sin evidenciarse en los diferentes estudios una mayor incidencia de infecciones respiratorias, por lo que podría ser el fármaco de primera línea en pacientes con patología pulmonar.

CP-263. INFLUENCIA DEL ALELO HLA DQA1*05 EN LA SUPERVIVENCIA DEL USO DE ANTI-TNF EN PACIENTES CON EII. NUESTRA EXPERIENCIA.

CÁRDENAS CÁRDENAS JF¹, MANRIQUE GIL MJ¹, MANNELI RIUS JJ², VIEJO ALMANZOR A¹

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ. ²SERVICIO INMUNOLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

Analizar la relación entre el alelo HLA-DQA1*05 y la supervivencia de infliximab o adalimumab en nuestros pacientes con EII.

Material y métodos

Estudio observacional donde se incluyeron a todos los pacientes mayores de edad que tenían realizado estudio de HLA-DQA1*05 hasta 09/2022 por práctica clínica habitual y estaban, o habían estado, en tratamiento con infliximab/adalimumab en la Unidad de EII del HUPM.

Resultados

Se analizaron 65 pacientes (Tablas 1-2).

Sexo: 35 mujeres y 30 hombres con una edad media de 45,01±13,8 años. Tipo de EII: Enfermedad de Crohn 67,7% y Colitis Ulcerosa 32,3%. Exposición a tratamientos: 44 pacientes (67,77%) con infliximab y 21 pacientes (22,3%) con adalimumab. 25 casos (38,5%) habían utilizado comboterapia con azatioprina. Estudio HLA-DQA1*05: 33,8% (22) presentaban el alelo frente al 66,2% (43) que no.

Fallo al tratamiento antiTNF: 19 pacientes (29,2%), con una mediana de 24 meses[IQR 12-84]. 3 fallos primarios y 16 fracasos secundarios. Por mecanismo de fallo: 2 farmacocinéticos, 7 inmunológicos, 9 farmacodinámicos y 1 no filiado.

La mediana de tiempo de supervivencia del antiTNF en los 46 pacientes (70,8%) que no presentaron fallo fue de 41 meses[IQR 17,75-71,25].

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN			
Variable	Estadístico descriptivo (n = 65)		
Edad (media \pm SD, años)	45,01 \pm 13,81		
Sexo [n (%)]	<div>Hombre</div> <div>Mujer</div>		
Tipo de EII [n (%)]	<div>Enfermedad de Crohn</div> <div>Colitis Ulcerosa</div>		
Edad al debut (media \pm SD, años)	30,60 \pm 11,87		
Enfermedad perianal [n (%)]	<div>Sí</div> <div>No</div>		
Antecedente quirúrgico [n (%)]	<div>Sí</div> <div>No</div>		
Tipo de antiTNF [n (%)]	<div>Infliximab</div> <div>Adalimumab</div>		
Edad al inicio de antiTNF (media \pm SD, años)	39,72 \pm 13,01		
Tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio de antiTNF (media \pm SD, años)	9,12 \pm 7,43		
Combaterapia con Azatioprina [n (%)]	<div>Sí</div> <div>No</div>		
Estudio HLA-DQA1*05 [n (%)]	<div>Positivo</div> <div>Negativo</div>		
Fallo a antiTNF [n (%)]	<div>Sí</div> <div>- Primario</div> <div>- Secundario</div> <div>No</div>		
Mecanismo de fallo a antiTNF [n (%)]	<div>Farmacocinético</div> <div>Farmacodinámico</div> <div>Inmunogénico</div> <div>No filiado</div>		
Tiempo hasta el fallo a antiTNF (media \pm SD, meses)	40,78 \pm 40,83		
Tiempo de supervivencia del antiTNF (media \pm SD, meses)	50,02 \pm 52,30		

TABLA 1
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

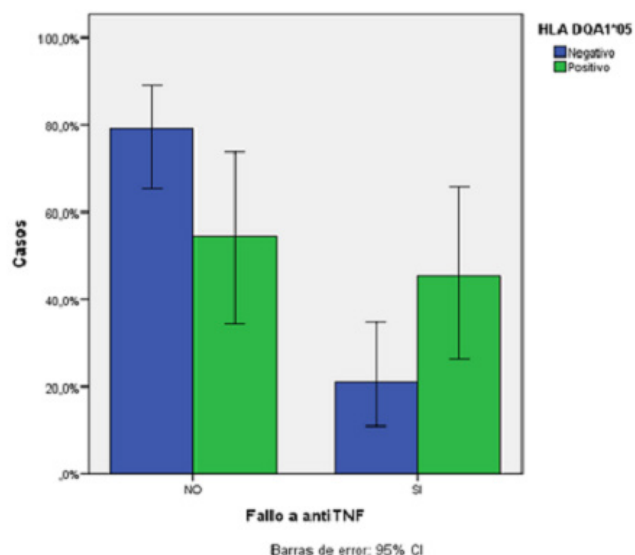


FIGURA 1
FALLO A ANTITNF EN FUNCIÓN DE HLA DQA1*05.

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN SEGÚN HLA DQA1*05		
Variable	HLA DQA1*05 positivo (n = 22)	HLA DQA1*05 negativo (n = 43)
Edad (media \pm SD, años)	41,22 \pm 12,31	46,95 \pm 14,26
Sexo [n (%)]	<div>Hombre</div> <div>Mujer</div>	<div>Hombre</div> <div>Mujer</div>
Tipo de EII [n (%)]	<div>Enfermedad de Crohn</div> <div>Colitis Ulcerosa</div>	<div>Enfermedad de Crohn</div> <div>Colitis Ulcerosa</div>
Edad al debut (media \pm SD, años)	26,54 \pm 12,32 *	32,67 \pm 11,22 *
Enfermedad perianal [n (%)]	<div>Sí</div> <div>No</div>	<div>Sí</div> <div>No</div>
Antecedente quirúrgico [n (%)]	<div>Sí</div> <div>No</div>	<div>Sí</div> <div>No</div>
Tipo de antiTNF [n (%)]	<div>Infliximab</div> <div>Adalimumab</div>	<div>Infliximab</div> <div>Adalimumab</div>
Edad al inicio de antiTNF (media \pm SD, años)	35,09 \pm 13,29 *	42,09 \pm 12,36 *
Tiempo de evolución de la enfermedad hasta el inicio de antiTNF (media \pm SD, años)	8,54 \pm 8,50	9,41 \pm 6,91
Combaterapia con Azatioprina [n (%)]	<div>Sí</div> <div>No</div>	<div>Sí</div> <div>No</div>
Fallo a antiTNF [n (%)]	<div>Sí</div> <div>- Primario</div> <div>- Secundario</div> <div>No</div>	<div>Sí</div> <div>- Primario</div> <div>- Secundario</div> <div>No</div>
Mecanismo de fallo a antiTNF [n (%)]	<div>Farmacocinético</div> <div>Farmacodinámico</div> <div>Inmunogénico</div> <div>No filiado</div>	<div>Farmacocinético</div> <div>Farmacodinámico</div> <div>Inmunogénico</div> <div>No filiado</div>
Tiempo hasta el fallo a antiTNF (media \pm SD, meses)	52,00 \pm 48,92	28,3 \pm 26,96
Tiempo de supervivencia del antiTNF (media \pm SD, meses)	56,16 \pm 45,61	58,67 \pm 55,08

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN FUNCIÓN DEL ALELO HLA DQA1*05

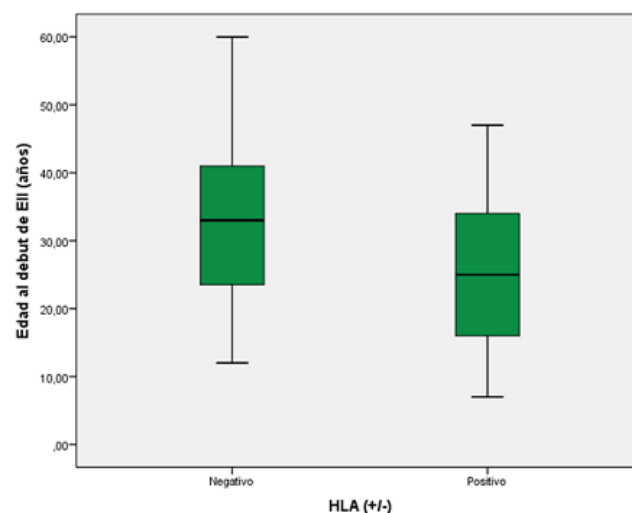


FIGURA 2
COMPARATIVA DE LAS MEDIAS DE EDAD AL DEBUT DE LA EII EN FUNCIÓN DEL HLA DQA1*05.

Supervivencia antiTNF en función del HLA:

- HLA-DQA1*05 positivo: 54,5% no presentaron fallo a antiTNF, mediana de supervivencia 45 meses[IQR 18-101] frente al 45,5% que sí fallaron, mediana 30 meses[IQR 11-109]. De los que fallaron, el 40% fue por mecanismo inmunogénico.

- HLA-DQA1*05 negativo: 79,1% no presentaron fallo a antiTNF, mediana de supervivencia de 41 meses[IQR 17,75-71,25] frente al 20,9% que sí fallaron, mediana de 24 meses[IQR 12-31,5]. De los que fallaron, el 33,3% (7) fue por mecanismo inmunogénico.

Los pacientes con HLA-DQA1*05 positivo tuvieron mayor probabilidad de pérdida de respuesta a antiTNF (45,5% vs 20,9% p0.040; figura 1), un debut de la EII (figura 2) y necesidad de antiTNF a edades más tempranas (26,54±12,32 vs 32,67±11,22 años p0.046 y 35,09±13,29 vs 42,09±12,36 años p0.041, respectivamente).

No se encontraron diferencias significativas en las características basales (edad, sexo, tipo de EII, tipo de tratamiento, comboterapia...), en el tipo de pérdida de respuesta, en el tiempo hasta el desarrollo del fallo ni en la persistencia del tratamiento antiTNF en función del HLA.

Conclusiones

En nuestra muestra, el HLA-DQA1*05 es un factor predictor de pérdida de respuesta al antiTNF y se asocia a debut precoz de la EII, por lo que se podría plantear una primera línea con fármacos biológicos no-antiTNF en estos pacientes.

El estudio está limitado por la N y no incluir a la población completa.

CP-264. NECESIDAD A LARGO PLAZO DE REINICIO DE BIOLÓGICOS TRAS SU RETIRADA EN PACIENTES CON EII EN CURACION MUCOSA

RUZ ZAFRA P, LUQUE CARMONA AM, CORNEJO JIMÉNEZ A, DE LA CRUZ RAMÍREZ MD, LEO CARNERERO E, HERRERA JUSTINIANO JM

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

Introducción

Conocer la tasa de reinicio de terapia biológica a largo plazo tras retirada por curación mucosa (CM) en enfermedad inflamatoria intestinal (EII), los factores asociados y la respuesta a la reintroducción.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de 105 casos en 100 pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa (CU), Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis inclasificable (CI) a los que se retiró tratamiento anti-TNF una vez demostrada CM, entre julio 2009 y abril 2018. En cinco casos se procedió a retirada en 2 ocasiones.

Se recogieron características demográficas y fenotípicas de la EII, características del tratamiento biológico e inmunosupresor (IS), variables analíticas y endoscópicas/histológicas en el momento de la retirada. Analizamos el riesgo de reinicio de biológicos por recidiva clínica significativa, posibles factores relacionados, y respuesta a la reintroducción del tratamiento.

Resultados

Incluimos 105 casos: 74 EC, 29 CU y 2 CI. La mediana de edad al diagnóstico era de 26 años (IQR 21-37). En EC predominaba el patrón inflamatorio (66%) y afectación ileocolónica (55%). El 45% presentaban afectación perianal. En CU el 70% presentaban colitis extensa.

La mayoría de los pacientes habían recibido infliximab (60%) y la principal indicación de tratamiento fue la corticodependencia (69%). La mediana de duración del biológico previo a la retirada fue de 26 meses (IQR 14,5-42). El 79% de las biopsias realizadas presentaban enfermedad quiescente.

La mediana de seguimiento fue 85 meses (IQR 75-103). El 68% de los casos presentaron recidiva clínica y el 58% requirieron reinicio de biológicos, siendo la probabilidad de retratamiento a 1, 5 y 7 años del 16,5%, 54,8% y 59,4% respectivamente. La respuesta a la reintroducción fue del 87%, generalmente al mismo biológico. Sólo el 2% requirió cirugía durante el seguimiento.

En cuanto al riesgo de reinicio de biológicos, en el análisis univariante se demostró mayor riesgo en la indicación por corticodependencia (65,7% vs 42,4%, p 0,025) la edad al diagnóstico (24 si reinicia vs 31 años, p 0,03) y el fallo previo a IS (65% vs 44% p 0,04). En el análisis multivariante en EC, sin alcanzar significación estadística, se mostró efecto protector patrón fibroestenotante (B2) y la indicación por córticorefractariedad.

Conclusiones

En 2 de cada 3 pacientes con EII es necesario reiniciar la terapia biológica a largo plazo tras retirada por CM. Sin embargo, la reintroducción del tratamiento es altamente efectiva. En los pacientes que inician el tratamiento por corticodependencia y se plantea su retirada tras comprobar curación mucosa, existe alto riesgo de recidiva.

CP-265. NEUMONITIS INTERSTICIAL SECUNDARIA A MESALAZINA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RODRÍGUEZ GÓMEZ VM, GARCÍA ARAGÓN F, LANCHO MUÑOZ A, LECUONA MUÑOZ M, REDONDO CEREZO E, ABELLÁN ALFOCEA P

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

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es una patología cuya incidencia y prevalencia está creciendo de forma exponencial en las últimas décadas. El arsenal terapéutico se ha visto aumentado con el uso de inmunosupresores y fármacos biológicos. Los fármacos clásicos como la mesalazina, siguen siendo ampliamente utilizados dada su eficacia y seguridad, sobre todo, en estadios leves de la enfermedad. Las reacciones adversas más frecuentes asociadas al uso de mesalazina suelen ser leves como cefalea o manifestaciones gastrointestinales pero no se debe obviar la probabilidad de desarrollar otras manifestaciones de mayor gravedad.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 54 años sin antecedentes relevantes de interés, recientemente diagnosticado de pancolitis ulcerosa que comienza tratamiento con Mesalazina oral. Tras semanas de tratamiento, acude a urgencias por presentar disnea de esfuerzos, tos seca e insuficiencia respiratoria hipoxémica. Se realiza radiografía (Figura 1) con hallazgos de infiltrado intersticial bilateral y se completa estudio con TAC de tórax de alta resolución



FIGURA 1

SE OBJETIVA INFILTRADO INTERSTICIAL BILATERAL EN PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PULMONAR.

(Figura 2) diagnosticándose de neumonitis intersticial bilateral. Se retira Mesalazina y se comienza con tratamiento corticoideo en pauta descendente. Tras la retirada del fármaco se repite estudio de imagen (Figura 3), apreciando franca mejoría radiológica y con desaparición de la clínica.

Discusión

La EII, es una patología cuya incidencia en Europa, ha aumentado de forma exponencial a lo largo del siglo XX, de forma paralela al desarrollo social y económico. Su etiología multifactorial, todavía parcialmente desconocida, hace que su prevención y su tratamiento sea un reto. El arsenal terapéutico para el manejo de



FIGURA 2

PATRÓN MICRONODULAR BILATERAL DIFUSO Y MULTILOBAR CON MÚLTIPLES MICRONÓDULOS CENTROLOBULILLARES MAL DEFINIDOS COMPATIBLE CON NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD.



FIGURA 3

SIGNIFICATIVA MEJORÍA DE MICRONODULARIDAD DIFUSA BILATERAL PRESENTE EN ESTUDIO PREVIO, OBSERVANDO DISMINUCIÓN DEL NÚMERO Y ATENUACIÓN DE LOS NÓDULOS.

la patología es amplio, basándose en gravedad, condicionantes del paciente y respuesta a fármacos previamente utilizados entre otros. La Mesalazina constituye un fármaco de primera línea para el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal en estadios leves-moderados de la patología. Se considera un fármaco seguro por presentar pocos efectos adversos graves y es uno de los motivos de su extensa prescripción. Entre sus efectos adversos muy poco frecuentes (1/10000 pacientes tratados) se presenta la Neumonitis Intersticial, la cuál, se trata de una enfermedad intersticial difusa, sin causa claramente establecida en la mayoría de los casos, siendo los fármacos una de sus principales etiologías y cuyo tratamiento se basa en terapia de mantenimiento y retirada inmediata de agente etiológico. Por tanto, es fundamental el conocimiento amplio de las reacciones adversas asociados a los fármacos utilizados, aunque sean poco frecuentes, para poder establecer una sospecha clínica precoz y la retirada de temprana del fármaco.

CP-266. NUESTRA EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON USTEKINUMAB EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS COMO TRATAMIENTO DE LA COLITIS ULCEROSA

LÁZARO SÁEZ M, NAVARRO MORENO E, HERNÁNDEZ MARTÍNEZ A

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

Introducción: La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad compleja con un arsenal terapéutico limitado al que se han ido incorporando nuevos fármacos. El objetivo de nuestro estudio es conocer la eficacia en práctica clínica real de Ustekinumab en pacientes con CU en el hospital Torrecárdenas.

Material y métodos

Se incluyen todos los pacientes con CU tratados con Ustekinumab de nuestra consulta. Estudio observacional descriptivo, se recogen los datos demográficos y la respuesta clínica valorada mediante el índice de mayo, la remisión y la evolución de los biomarcadores en la semana(s) 8 y 16 del tratamiento.

Resultados

Se incluyen 17 pacientes, de los cuales 6 son mujeres. En cuanto a la extensión, 8 tienen una colitis extensa, 8 colitis izquierda y 1 de ellos proctitis. La edad media es 41,5 años y 10,2 años de mediana de tiempo de enfermedad. En cuanto a los tratamientos previos: sólo uno de ellos era naïve a biológicos, 6 habían recibido un único biológico, 3 habían tenido tratamiento previo con 2 biológicos, 6 con 3 biológicos, y sólo uno recibió 4 biológicos previos. 16 pacientes habían recibido en algún momento tratamiento inmunosupresor y todos recibían corticoides. La calprotectina media al inicio del tratamiento era 4340ug/g y la pcr media era de 1.33mg/dl (Tabla 1).

En cuanto a la respuesta a la semana 8: 16 de los 17 pacientes tuvieron respuesta clínica y sólo uno de ellos estaba en remisión (Figura 1). 12 pacientes continuaban con corticoides. La calprotectina media era 2019ug/g y la pcr 1.006mg/dl (Figura 1).

Sexo		Hombre	11(64,7%)
		Mujer	6(35,3%)
Edad media (años)			41,5
Clasificación de Montreal		E1	1(5,88%)
		E2	8(47,05%)
		E3	8(47,05%)
Biológicos previos	AntiTNF	1	6(35,29%)
		2	3(17,64%)
	Otros	3	6(35,29%)
		4	1(5,88%)
Corticoides		SI	12(70,58%)
		No	5(29,4%)
Manifestaciones extraintestinales		SI	7 (41,17%)
		No	10 (58,83%)
Biomarcadores		Calprotectina	4340
		PCR	1,33

TABLA 1

TABLA CON LAS CARACTERÍSTICAS BASEALES DEL PACIENTE.

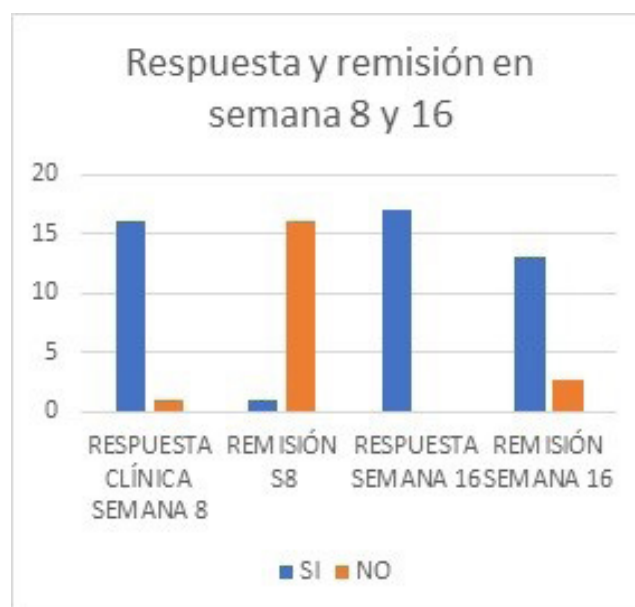


FIGURA 1

FIGURA DE RESULTADOS DE RESPUESTA CLÍNICA EN SEMANA 8 Y 16.

La valoración de los pacientes en la semana 16 mostró que los 17 pacientes tenían respuesta, estando 13 de ellos en remisión clínica. Una media de calprotectina 1885ug/g (Figura 2) y una media de pcr 0,53mg/dl y 5 continuaban con corticoides. No se han descrito efectos adversos.

La dosis de mantenimiento que reciben han sido 90mg sc cada 8 semanas en 11 pacientes, 90mg sc 5 cada 6s en, y 90mg sc cada 4s en 1 paciente.

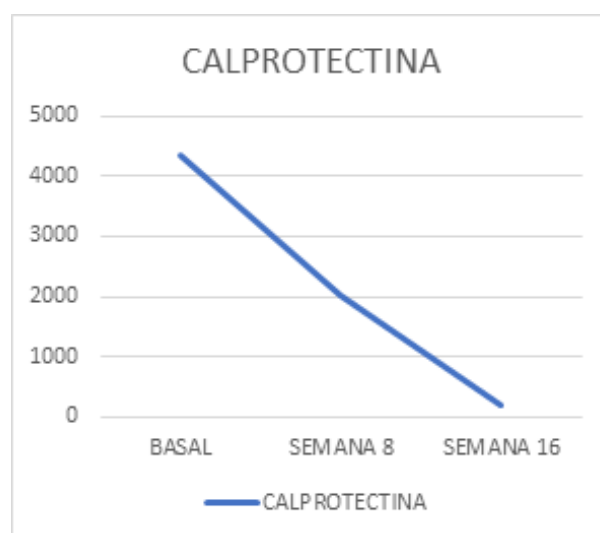


FIGURA 2

FIGURA DE RESULTADOS DE RESPUESTA CLÍNICA EN SEMANA 8 Y 16.

Conclusiones

Nuestro estudio muestra que Ustekinumab es un fármaco eficaz para conseguir respuesta y remisión clínica en un porcentaje muy elevado de pacientes con CU, resaltando el perfil de estos especialmente complejo ya que muchos habían tenido tratamientos biológicos previos, presentaban afectación extensa, y una enfermedad agresiva que en poco tiempo ha presentado pérdida de respuesta o refractariedad a varios biológicos. Para finalizar destacar la seguridad del tratamiento sin que se haya presentado ningún efecto adverso.

CP-267. PREVALENCIA DE FIBROSIS HEPÁTICA AVANZADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL BAJO TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB. ESTUDIO IN-FIB-EII.

CAMACHO MONTAÑO LM¹, ALÍA VERDEJO T², SOTOMAYOR ORELLANA MA², VIEJO ALMANZOR A²

¹SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL DE ALTA RESOLUCIÓN ESPECIALIZADA LA JANDA, VEJER DE LA FRONTERA ²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL PUERTA DEL MAR, CÁDIZ.

Introducción

PRINCIPAL

a. Conocer la prevalencia de fibrosis hepática avanzada en pacientes con EII en remisión clínica y bajo tratamiento con infliximab.

SECUNDARIOS

a. Comparar la prevalencia de fibrosis hepática avanzada entre EC y CU.

b. Describir si existen diferencias en la prevalencia de fibrosis hepática avanzada entre los diferentes patrones de la enfermedad

Material y métodos

Estudio transversal, observacional de prevalencia y unicéntrico en el que participaron 74 pacientes con EII mayores de edad, en remisión clínica y en tratamiento con infliximab durante más de 6 meses en la Unidad de EII del HUPM.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y se desarrolló en dos fases, una inicial de estimación de riesgo de fibrosis hepática avanzada mediante el cálculo de FIB4 y seguida de la realización de elastografía hepática a aquellos pacientes con FIB4 >1.3 o FIB4 >2 si eran mayores de 65 años.

Resultados

Analizamos 74 pacientes: 41 hombres (55.4%) y 33 mujeres (44.6%) con una edad media de 42,09±13,37 años. Tipo de EII: 56 (75,7%) enfermedad de Crohn y 18 (24.3%) colitis ulcerosa. Duración

media de enfermedad 156,46±103,87 meses y del tratamiento con infliximab de 65,66±47,75 meses. Casi el 92% (68) recibían tratamiento inmunosupresor, y el 36,5% (27) tenía antecedentes de cirugía (Tabla 1).

Por índices serológicos FIB4 (Figura 1) no identificamos a ningún paciente con riesgo alto de fibrosis (FIB4 >3,25), identificamos a 7 pacientes (9,45%) con riesgo intermedio (FIB4 1,3-3,25) y los 67 restantes (90,5%) presentaban riesgo bajo (FIB4 <1,3 o FIB4 <2 si mayor de 65 años).

Se detectó fibrosis hepática avanzada mediante elastografía en un único paciente, con un fibroscan de 11,1 Kpa, presentando el resto un resultado <7 Kpa (Figura 2).

El paciente con fibrosis hepática avanzada tenía EC con fenotipo penetrante, recibía inmunosupresores, tenía antecedentes de cirugía previa, un tiempo de evolución de la enfermedad de 27 años y llevaba 19 meses con Infliximab.

Tabla 1. Características clínicas de la muestra.

Variable	Estadístico descriptivo (n=74)	Tratamiento con inmunosupresores [n (%)]	
Tiempo de evolución de la enfermedad en meses (M±SD)	156.46±103.874	Si	48 (91.9%)
		No	6 (8.1%)
Enfermedad inflamatoria intestinal [n (%)]		Tipo de inmunosupresor	
Colitis ulcerosa	18 (24.3%)	Azatioprina	Si 65 (87.8%) No 9 (12.2%)
Proctitis	2 (10.5%)	Metotrexato	Si 10 (13.5%) No 64 (86.5%)
Colitis distal	8 (42.1%)		
Colitis extensa	9 (47.4%)	Cirugía previa	
Enfermedad de Crohn	56 (75.7%)	Si	27. (36.5%)
Inflamatorio	18 (32.1%)	No	47 (63.5%)
Estenosante	14 (25%)		
Penetrante	24 (42.9%)		
Tratamiento con infliximab en meses (M±SD)	65.66±47.751		

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS BASEALES.

Figura 1. Prevalencia de riesgo de fibrosis hepática basado en resultados del índice FIB4

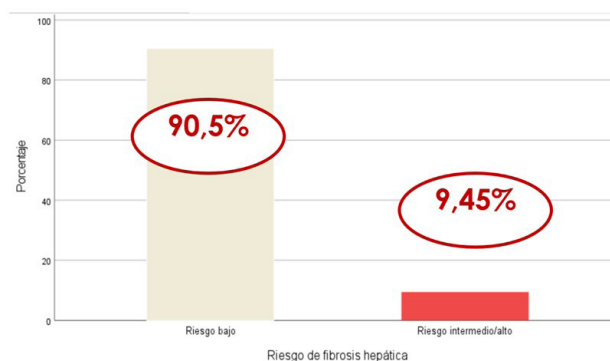
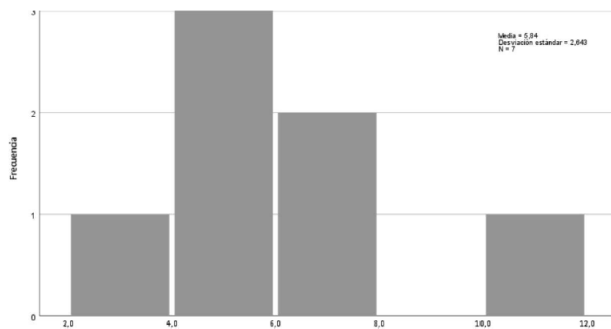


FIGURA 1

PREVALENCIA DE RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA AVANZADA SEGÚN FIB4.

Figura 2. Resultados elastografía hepática**FIGURA 2**

RESULTADOS DE ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA.

La prevalencia de fibrosis hepática avanzada en nuestra muestra es de 1,35% en global, de 1,76% en EC y de 1,47% en pacientes tratados con inmunosupresores. No hemos detectados casos con CU ni sin inmunosupresores.

Conclusiones

La prevalencia de fibrosis hepática avanzada es algo inferior en nuestra muestra de pacientes que en otros trabajos similares (1,35% vs 9,5%), lo que puede estar justificado por un bajo tamaño muestral o por pérdida de casos al no haber realizado elastografía a todos los pacientes. Planteamos la realización de una segunda fase aumentando el tamaño muestral y realizando elastografía a todos

CP-268. PROCTITIS ULCEROSA. NO SIEMPRE ES ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

GARCÍA GARCÍA MD, GALVAN FERNÁNDEZ MD, CASTRO LARIA L, CAUNEDO ÁLVAREZ A

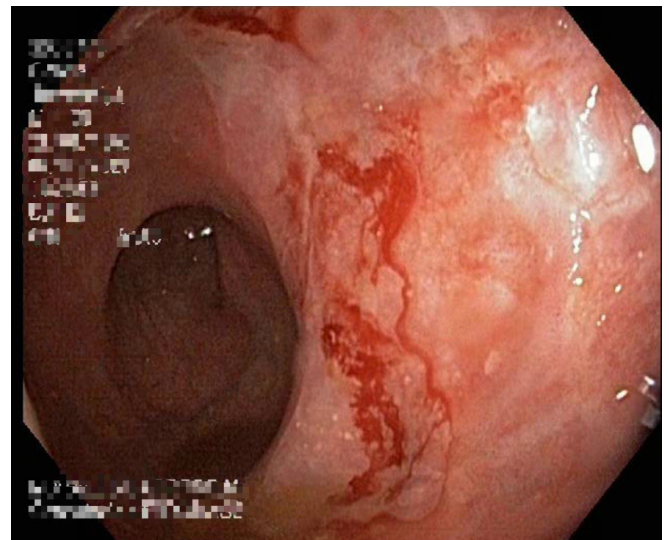
UNIDAD APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

Introducción

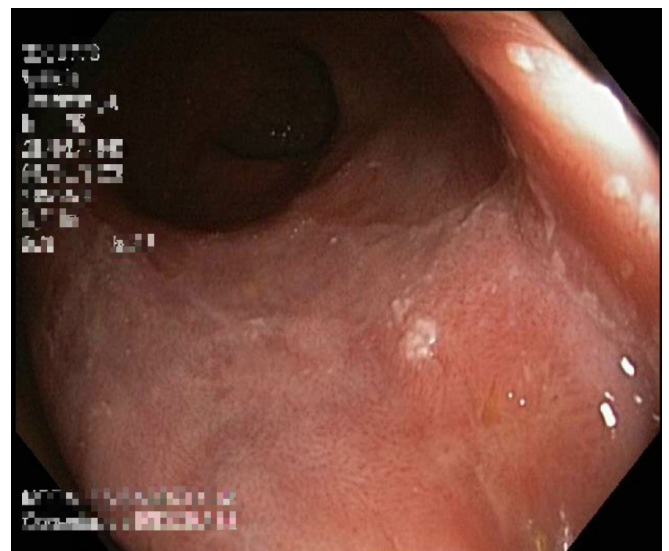
El virus del papiloma humano (VPH) es el causante de la enfermedad de transmisión sexual más común a nivel mundial. En hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y que son VIH+ la prevalencia del VPH anorrectal es superior al 90%. La neoplasia intraepitelial anal (AIN) de alto grado, en relación con subtipos de VPH de alto riesgo, es la principal precursora del cáncer anal, una neoplasia rara, aunque con una incidencia que está cada vez más en aumento.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un varón de 55 años portador del VIH en tratamiento desde 2013, carga viral indetectable y sífilis latente tratada en 2015, derivado a las consultas de digestivo en 2016 por diarrea de 4 meses de evolución, mucosidad abundante, tenesmo rectal y urgencia defecatoria. No otras lesiones a nivel anocutáneo.

**FIGURA 1**

AMPOLLA RECTAL CON MUCOSA FRIABLE Y CON SANGRADO AL ROCE CON EL ENDOSCOPIO.

**FIGURA 2**

AMPOLLA RECTAL CON ULCERACIONES FIBRINADAS.

Se solicita estudio analítico, ecografía abdominal y colonoscopia. Como único hallazgo se encontró una proctitis distal con un patrón en empedrado y exudados purulentos sobre ulceraciones geográficas, que en el informe de anatomía patológica (AP) se asoció a una colitis ulcerosa (CU) en fase activa.

El paciente fue derivado a las consultas de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) donde se inició mesalazina tópica. Tras la escasa respuesta obtenida, y varios ciclos corticoideos, en 2018 se inicia estudio prebiológico y se realiza nueva colonoscopia, en la que se visualizan las mismas lesiones a escasos centímetros de margen anal. La AP informa de cambios inflamatorios y regenerativos inespecíficos.

Desde 2018 a 2020 permanece asintomático sin realizar tratamiento. Un año más tarde el paciente refiere reaparición de la diarrea, por lo que se solicita colonoscopia, donde las biopsias tomadas en región anorrectal se informan como epitelio escamoso con lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL, AIN-II-III) con inmunorreacción positiva para p16 y estudio positivo para VPH de alto riesgo.

El paciente es finalmente derivado a la consulta de infecciones de transmisión sexual para completar estudio.

Discusión

La presentación clínica del VPH anorrectal suele estar en relación con el área anocutánea (lesiones acuminadas, picor, maceración, mal olor...), siendo inusual encontrar exclusivamente un síndrome diarreico de larga evolución junto a úlceras rectales en la colonoscopia, originando así un cuadro de proctitis difícil de diferenciar de la EI, más concretamente, de la CU.

Dada su alta frecuencia, sería interesante incidir en la prevención y plantear la necesidad de un cribado en personas de riesgo mediante citología anal.

CP-269. PUSTULOSIS PALMOPLANTAR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON INFlixIMAB, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

BRACHO GONZÁLEZ M, MORALES BERMÚDEZ AI, FERNÁNDEZ CORNAX A, MOSTAZO TORRES J, JIMÉNEZ PÉREZ M
UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL DE MÁLAGA, MÁLAGA.

Introducción

El diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas en la enfermedad inflamatoria intestinal (EI) puede ser complejo, incluyendo infecciones sistémicas, enfermedades cutáneas inmunomediadas, manifestaciones extraintestinales de la EI o reacciones adversas a fármacos.

Presentamos un caso de una paciente con pustulosis palmoplantar paradójica al tratamiento con infliximab, donde se barajaba inicialmente el diagnóstico diferencial con viruela del mono.

Caso clínico

Mujer de 18 años. Diagnosticada de enfermedad de Crohn ileal de patrón inflamatorio, en tratamiento con infliximab desde hace más de un año.

Acude a urgencias por aparición de lesiones pustulosas pruriginosas en palma de manos y planta de ambos pies, de comienzo hace 10 días, con diagnóstico de sospecha inicial en Urgencias de viruela del mono. La paciente comentaba mejoría parcial con tratamiento tópico (calcipotriol+betametasona), prescrito por su MAP. No presentó previamente fiebre ni adenopatías, y mantenía relaciones



FIGURA 1

FOTOGRAFÍA DE MANO DE LA PACIENTE, DONDE SE APRECIAN LESIONES MILIMÉTRICAS ERITEMATOSAS VESICULARES Y PUSTULARES DISTRIBUIDAS DE FORMA DIFUSA POR LA PALMA DE LA MANO.

sexuales con su pareja estable, que no había presentado ninguna lesión cutánea.

Tras valoración por Aparato Digestivo y extracción en Urgencias de frotis de las lesiones vesiculares para PCR de viruela del mono (cuyo resultado resultó negativo), se considera finalmente sospecha de reacción paradójica psoriásica palmoplantar en relación con el uso de antiTNF. Se decide swap a ustekinumab, además de continuar con tratamiento tópico de las lesiones cutáneas y derivación a Dermatología para valoración.

Tras una primera infusión intravenosa y subcutánea de ustekinumab, las lesiones cutáneas comienzan a remitir hasta su desaparición completa tras otra dosis subcutánea del fármaco.

Discusión

En el diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas en la EI, es necesario valorar la posibilidad de reacciones adversas a fármacos.

Se definen como reacciones paradójicas al uso de biológicos aquellas que condicionan la aparición o exacerbación de una condición patológica que habitualmente responde a este tipo



FIGURA 2

FOTOGRAFÍA DE MANO DERECHA DE LA PACIENTE, DONDE SE APRECIAN NUMEROSAS LESIONES MILIMÉTRICAS ERITEMATOSAS VESICULARES Y PUSTULARES, ALGUNAS DE ELLAS DESCAMATIVAS, Y LESIONES DE RASCADO.

de tratamientos. Sobre todo, han sido descritas en pacientes tratados con fármacos anti-TNF en enfermedades inflamatorias reumatológicas, psoriasis y EI.

Entre las reacciones paradójicas descritas en la literatura, cabe destacar las reacciones psoriasiformes y pustulares palmoplantares. Son más frecuentes en pacientes jóvenes con enfermedad de Crohn, sin historia previa de psoriasis.

En el caso clínico propuesto, presentamos una paciente que desarrolla una pustulosis palmoplantar paradójica al tratamiento con infliximab, realizando un diagnóstico diferencial inicial con la viruela del mono, y que pudo ser controlada adecuadamente con swap a ustekinumab y el uso de fórmulas magistrales con corticoide tópico.

CP-270.RESERVORITIS CRÓNICA REFRACTARIA A ANTI-TNFS CON BUENA RESPUESTA A USTEKINUMAB

TORRES DOMÍNGUEZ A, JOFRÉ PERALTA S, SORIA LÓPEZ E, FERNÁNDEZ MORENO N, SALDAÑA GARCÍA L, HERNÁNDEZ PÉREZ A, FERNÁNDEZ PÉREZ F

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

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica intestinal de afectación principalmente colónica y cuya etiología no es del todo conocida. La extensión y su gravedad son variables, precisando algunos pacientes a pesar un correcto tratamiento médico una extirpación completa del colon y recto, definido como panproctocolectomía. El reservorio ileal es la estructura formada entre la unión de intestino delgado y el ano, cuya finalidad es mantener la continencia fecal. La reservoritis se define como la inflamación del reservorio y ésta puede ser aguda o crónica. Su manejo es altamente complejo, necesitando incluso terapia biológica en los casos crónicos que no responden a tratamiento antibiótico y corticoideo. En los pacientes más graves y no respondedores a estas terapias, la ileostomía terminal sería la opción definitiva.

Caso clínico

Paciente de 33 años sin antecedentes personales de interés que es diagnosticado en abril del 2011 de una CU extensa a raíz de un brote grave que precisó de tratamiento con ciclosporina y azatioprina. Comienza tratamiento con Infliximab al año siguiente por un nuevo brote grave, y por pérdida de respuesta se transiciona a Adalimumab, requiriendo intensificación temprana por mal control. Dado la persistencia de actividad a pesar del tratamiento, se decide tratamiento quirúrgico realizándose una panproctocolectomía con reservorio ileoanal en 2014. Cuatro años después de la cirugía, en 2018, comienza con clínica de reservoritis que se confirma histológicamente y que inicialmente responde a tratamiento tópico y ciclos de antibióticos. En 2020 presenta empeoramiento clínico a pesar de las medidas previas por lo que inicia nuevamente tratamiento con azatioprina e Infliximab, sin respuesta clínica ni endoscópica a pesar de su intensificación posterior. En octubre de 2021 ante la refractariedad a anti-TNFs se inicia Ustekinumab consiguiendo respuesta clínica hasta el momento, nueve meses después del inicio

Discusión

Ustekinumab recientemente ha sido aprobado en CU por la Agencia Europea del Medicamento. El ensayo UNIFI incluía pacientes con CU moderada-grave no respondedores o con efectos adversos graves a fármacos biológicos y no biológicos. La remisión clínica fue significativamente mayor (15,5%) en los pacientes tratados con Ustekinumab frente a placebo (5,3%); en la semana 44 el porcentaje que mantuvo la remisión clínica fue mayor en los que estaban con Ustekinumab (38,4% - 43,8%) frente a placebo (24%). Aunque son necesarios más estudios que permitan su uso en otros espectros de la enfermedad como la reservoritis, el beneficio clínico que se objetiva en nuestro caso apoya el uso de este tratamiento biológico en reservoritis crónica refractaria a antibióticos y anti-TNFs.

CP-271. RIESGO DE INFECCIONES RELACIONADO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y PEQUEÑAS MOLÉCULAS USADOS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO.

TORO ORTIZ JP, ASADY BEN GR, FERNÁNDEZ GARCÍA F, ALCAÍN MARTÍNEZ G

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

Introducción

En la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) existe un riesgo infeccioso aumentado debido, en parte, al uso de fármacos como los anti-TNF. Es más controvertido esta relación con los fármacos biológicos no-anti-TNF y tofacitinib.

El objetivo principal fue hallar la tasa de incidencia de infecciones clínicamente relevantes (ICR) en pacientes con EII en un periodo de exposición a anti-TNF frente a otro de exposición a fármacos biológicos no-anti-TNF y tofacitinib e identificar variables relacionadas con ICR.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico en pacientes con EII en tratamiento con vedolizumab, tofacitinib o ustekinumab que previamente hubieran sido tratados con fármacos anti-TNF. Se definieron dos periodos para cada paciente: exposición a anti-TNF (P1) y exposición a fármacos biológicos no-anti-TNF o tofacitinib (P2). Se identificaron las ICR realizando un seguimiento de 24-48 semanas en cada periodo. Se elaboró un análisis inferencial entre los distintos periodos de exposición y se compararon las variables relacionadas con las ICR.

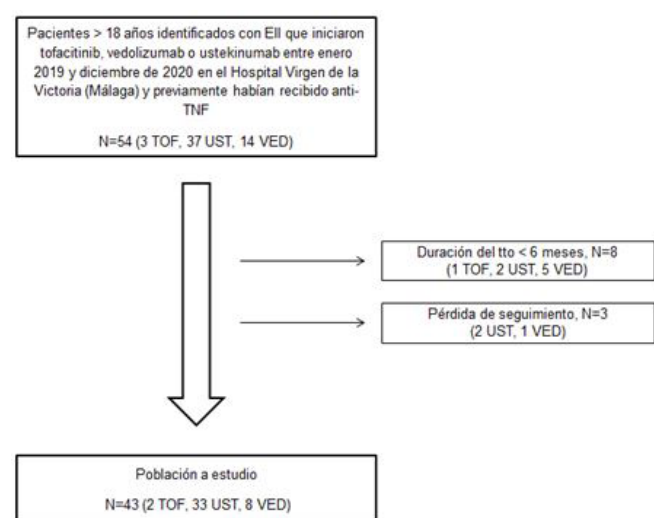


FIGURA 1

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO. TOF: TOFACITINIB, UST: USTEKINUMAB, VED: VEDOLIZUMAB.

Resultados

De la muestra total (43 pacientes) el 51,2% eran varones y la edad media fue de 42,6 años. El 74,4% padecía enfermedad de Crohn y el resto colitis ulcerosa (Tabla 1). Se identificaron 14 ICR en 10 pacientes, predominando las del tracto urinario y las

Variables		Total, N= 43
Sexo, n (%)	Hombre	22 (51,2)
	Mujer	21 (48,8)
Edad media, años (rango)		42,6 (19-67)
Tiempo medio de evolución, años (rango)		13 (2-50)
Tipo de EII, n (%)	CU	11 (25,6)
	EC	32 (74,4)
C. Montreal, n (%)		
Enfermedad de Crohn (n= 32)		
Edad	A1	7 (21,8)
	A2	21 (65,6)
	A3	4 (12,5)
Localización	L1	13 (40,6)
	L2	1 (3,1)
	L3	18 (56,2)
	L4	0 (0)
Comportamiento	B1	7 (21,8)
	B2	6 (18,7)
	B3	19 (59,3)
Colitis ulcerosa (n=11)		
Extensión	E1	0 (0)
	E2	4 (36,3)
	E3	7 (63,6)
Severidad	S1	0
	S2	5 (45,4)
	S3	6 (54,5)
Enfermedad perianal, n (%)		15 (34,9)
Cirugía intestinal por la EII, n (%)		18 (41,9)
Severidad global, n (%)		
Leve	4 (9,3)	
	Moderada	25 (58,1)
	Severa	14 (32,6)
Comorbilidades, n (%)		
Tabaquismo		15 (34,9)
DM		1 (2,3)
Hepatopatía crónica		1 (2,3)
Anemia crónica		4 (9,3)
IRC		1 (2,3)
Malnutrición		4 (9,3)
Neoplasia		2 (4,7)
Enf. Reumatoide		4 (9,3)
T. inmunosupresor concomitante		1 (2,3)
Psoriasis		2 (4,7)
Deficiencia de inmunoglobulinas		1 (2,3)

EII: Enfermedad inflamatoria intestinal, EC: enfermedad de Crohn, CU: colitis ulcerosa, IRC: insuficiencia renal crónica, Enf. Reumatoide: enfermedad reumatoide, T. inmunosupresor: tratamiento inmunosupresor.

TABLA 1

DIAGRAMA DE FLUJO DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO. TOF: TOFACITINIB, UST: USTEKINUMAB, VED: VEDOLIZUMAB.

Variables		Total, N=43
Pacientes con ICR en algún periodo		10 (23,2)
Pacientes con ICR únicamente en el P1		4 (9,3)
Pacientes con ICR únicamente en el P2		4 (9,3)
Pacientes con ICR en ambos periodos		2 (4,6)
Periodo 1		
Pacientes con ICR, n (%)		6 (14)
Tratamiento recibido, n (%)		
Anti-TNF en monoterapia		17 (39,5)
Anti-TNF y topirinas		26 (60,5)
Corticoide sistémico añadido		15 (34,9)
Tipo de ICR, n (%)		
Respiratoria alta		1 (2,3)
Del tracto urinario		2 (4,7)
Herpes-zóster		1 (2,3)
Celulitis		2 (4,7)
Número medio de ICR por paciente infectado, n (rango)		1 (1)
Media de seguimiento, semanas (rango)		42 (24-48)
Tiempo medio desde el inicio de P1 hasta ICR, semanas (rango)		28 (16-40)
Hospitalizaciones, n (%)		2 (4,6)
Fallecidos		0 (0)
Periodo 2		
Pacientes con ICR, n (%)		6 (14)
Tratamiento recibido, n (%)		
Tofacitinib		2 (4,7)
Ustekinumab		33 (76,7)
Vedolizumab		8 (18,6)
Corticoide sistémico añadido		20 (46,5)
Tipo de ICR, n (%)		
Respiratoria alta		3 (6,9)
Del tracto urinario		1 (2,3)
Oportunistas (candidiasis oral)		1 (2,3)
Distintas ICR (*)		1 (2,3)
Número medio de ICR por paciente infectado, n (rango)		1,3 (1-3)
Media de seguimiento, semanas (rango)		46,8 (24-48)
Tiempo medio desde el inicio de P2 hasta ICR, semanas (rango)		21,2 (12-40)
Hospitalizaciones, n (%)		0 (0)
Fallecidos		0 (0)

*Una paciente en el mismo periodo padeció 2 herpes-zóster y una infección del tracto urinario. ICR: infección clínicamente relevante, COVID-19: Enfermedad producida por el Coronavirus Sars-Cov-2

TABLA 2

PACIENTES INFECTADOS Y TRATAMIENTO RECIBIDO SEGÚN EL PERIODO ESTUDIADO.

respiratorias (ambas 28,5%), seguidas del herpes-zóster (21,4%). Tanto en P1 como en P2, 6 pacientes sufrieron al menos una ICR, hallando por consiguiente, la misma la tasa de pacientes con ICR (Tablas 2 y 3). La malnutrición y un debut precoz de la EII fueron variables relacionadas de forma estadísticamente significativa con una mayor tasa de ICR (Tabla 4, Figuras 2 y 3).

Paciente	Sexo	Eventos infecciosos	Periodo	Edad a la infección	Severidad global	Tipo EII	C. de Montreal	Comorbilidades	Tratamiento recibido	Tipo de infección	Medidas necesarias
1	M	1	P1	31	42	BC	A2L1B3	Deficiencia IgA	ADA	Cerulosa vulgar	Hospitalización y cirugía
2	M	1	P1	40	Severa	BC	A1L3B3	CI, malnutrición	IFX	Cuadros respiratorios, Cándida, E coli, S. pneumoniae, S. saprophyticus	Hospitalización, ingreso en UCI y drogas vasoactivas por shock
3	M	4	P1	17	Severa	BC	A1L3B3	CI, malnutrición, ER	ADA+AZA UST+CC UST+CC	Resaca alérgica (anafilaxia), Herpes zóster	Tto con astrometina Tto con aciclovir
4	H	1	P1	51	Moderada	BC	A2L1B3	Tabaquismo	ADA+AZA	ITU	Tto con telefonina
5	M	2	P1	58	Severa	CU	B3B3	No	ADA+AZA+CC UST	ITU	Tto con telefonina
6	H	1	P1	31	Moderada	BC	A1L3B3	CI, tabaquismo	ADA	Herpes zóster	Tto con aciclovir
7	M	1	P2	21	Severa	BC	A1L1B3	No	UST+CC	Resaca alérgica (anafilaxia), E coli, S. pneumoniae	Meningoencefalitis, No resaca
8	H	1	P2	37	Severa	BC	A2L3B2	CI, tabaquismo, ER, DDA, JE	UST+CC+MTX	Cándida oral	Antimótico tópico
9	H	1	P2	25	Leve	BC	A2L3B1	No	UST	Resaca alérgica (anafilaxia)	Tto con ampicilina
10	H	1	P2	31	Severa	BC	A1L3B3	CI, Anemia crónica	UST+CC	Resaca alérgica (anafilaxia), E coli, S. pneumoniae	Meningoencefalitis, No resaca

ICR: infección clínicamente relevante. M: mujer. H: hombre. P1: periodo 1. P2: periodo 2. EC: enfermedad de Crohn. CU: colitis ulcerosa. ADA: adalimumab. IFX: infliximab. AZA: azatioprina. UST: ustekinumab. CC: corticoides sistémicos. MTX: metotrexato. IgA: inmunoglobulina A. CI: cirugía intestinal. ER: enfermedad reumática. S: inmunosupresores no tratamiento, ampicilina. JE: enfermedad de Lyme.

TABLA 3

CARACTERÍSTICAS BASALES, TRATAMIENTO Y NÚMERO DE EPISODIOS INFECCIOSOS DE CADA PACIENTE CON ICR.

Variables	Pacientes sin ICR (n=33)	Pacientes con ICR (n=10)	p
Edad media, años	44	40	0,3
Tipo EII, n de EC (%)	23 (69,6)	9 (90)	0,19
Tiempo de evolución, años	11,5	18,2	0,06
C. Montreal para EC, n (%)	n=23	n=9	
Edad al diagnóstico (A)			<0,01*
A1	2 (6)	5 (50)	
A2	17 (51,5)	4 (40)	
A3	4 (12,1)	0 (0)	
Localización (L)			0,46
L1	10 (30,3)	3 (30)	
L2	1 (3)	0 (0)	
L3	12 (36,3)	6 (60)	
L4	0	0 (0)	
Comportamiento (B)			0,3
B1	6 (18,1)	1 (10)	
B2	5 (15,1)	1 (10)	
B3	12 (36,3)	7 (70)	
C. Montreal para CU, n (%)	n=10	n=1	
Extensión			0,37
E1	0 (0)	0 (0)	
E2	4 (12,1)	0 (0)	
E3	6 (18,1)	1 (10)	
Severidad (S)			0,33
S1	0 (0)	0 (0)	
S2	5 (15,1)	0 (0)	
S3	5 (15,1)	1 (10)	
Severidad global, n (%)			0,09
Leve	3 (9)	1 (10)	
Moderada	22 (66,6)	3 (30)	
Severa	8 (24,24)	6 (60)	
Malnutrición, n (%)	1 (3)	3 (30)	0,03*

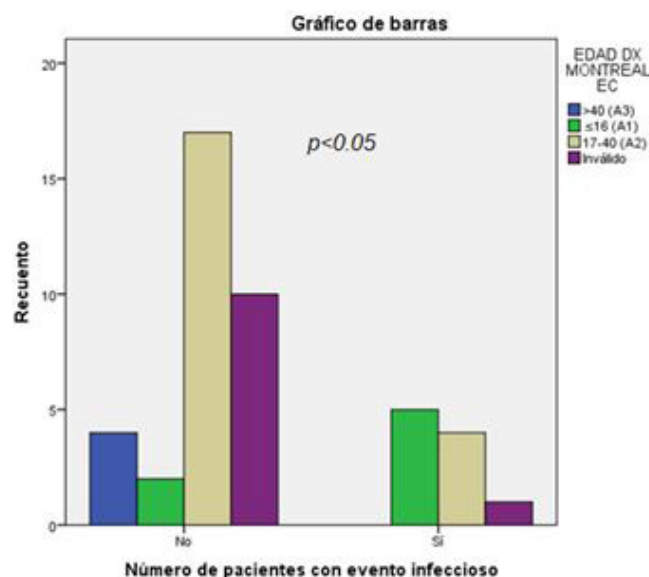
ICR: infección clínicamente relevante. EII: enfermedad inflamatoria intestinal. C: Montreal: clasificación de Montreal. EC: enfermedad de Crohn. CU: colitis ulcerosa. *Significación estadística.

TABLA 4

TABLA RESUMEN DEL ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS, BASALES DE LA EII Y COMORBILIDADES ENTRE LOS PACIENTES QUE TUVIERON ALGUNA ICR EN CUALQUIERA DE LOS PERIODOS Y LOS QUE NO.

Conclusiones

No se apreciaron diferencias en la tasa de ICR en el periodo de exposición a anti-TNF frente a vedolizumab, tofacitinib o ustekinumab. Nuestro estudio muestra relación entre la tasa de ICR y las variables edad precoz de debut y malnutrición. El conocimiento de estos factores de riesgo podrían ser clave en el seguimiento de los pacientes con EII, ayudando en el seguimiento a identificar a aquellos más vulnerables y estrechar la vigilancia infecciosa.



*Inválido: pacientes con colitis ulcerosa

FIGURA 2

GRAFICA COMPARATIVA DE LA EDAD AL DIAGNÓSTICO SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE MONTREAL ENTRE PACIENTES CON Y SIN INFECCIÓN CLÍNICAMENTE RELEVANTE.

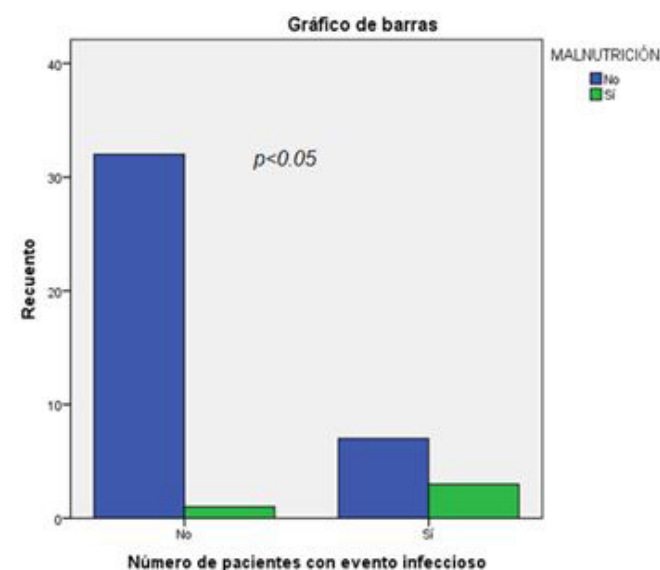


FIGURA 3

GRAFICA COMPARATIVA DE LA MALNUTRICIÓN ENTRE PACIENTES CON Y SIN INFECCIÓN CLÍNICAMENTE RELEVANTE.

CP-272. SÍNDROME FEBRIL POR AZATIOPRINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

ANGULO MCGRATH I, MARTÍNEZ BURGOS M, MORALES BERMÚDEZ AI, MSTAZO TORRE J

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

Introducción

La azatioprina (AZA) es un análogo de las purinas que inhibe el crecimiento celular interfiriendo en la síntesis de ácidos nucleicos e inhibiendo la proliferación celular que se exagera en los procesos inflamatorios. Tanto la AZA, como la 6-mercaptopurina están indicados en el mantenimiento de la remisión en EII, para la EII dependiente de esteroides y refractaria, y para el Crohn perianal.

A pesar de la amplia experiencia en su uso y los informes de eficacia, un porcentaje no despreciable de pacientes interrumpen la terapia debido a sus efectos secundarios o falta de respuesta clínica, siendo su principal limitación.

Caso clínico

Varón de 63 años con diagnóstico reciente de E. Crohn ileocólica de patrón inflamatorio corticodenpendiente que inicia hace cuatro semanas tratamiento con azatioprina 150 mg/12, con reducción progresiva de corticoide oral.

Acude por fiebre de hasta 39°C de 12 días de evolución, de predominio vespertino, y astenia. Niega otra sintomatología por aparatos. No viajes recientes al extranjero ni relaciones sexuales de riesgo. No extracción dental reciente. Visitas al campo cada dos semanas. No presenta lesiones ni picaduras cutáneas. Tiene un cachorro desde hace 3 semanas sin vacunar. Exploración clínica anodina.

En analítica destaca anemia de 11,5 gr/dL y disfunción renal leve, leucocitosis con neutrofilia, alteración del perfil hepático de predominio colestásico con bilirrubina normal, PCR 110 y procalcitonina negativa. Radiografía de tórax sin alteraciones. PCR SARS-CoV2 negativa. Ecografía de abdomen urgente solo describe colelitiasis, sin otros hallazgos.

Se decide ingreso para estudio. Hemocultivo, urocultivo y serología infecciosa negativos. No se inicia antibioterapia, suspendiéndose azatioprina desde el inicio con remisión de la fiebre y normalización progresiva de perfil hepático, función renal y PCR en controles analíticos; atribuyéndose por tanto la fiebre, toxicidad hematológica y hepática a evento adverso secundario a azatioprina.

Discusión

La azatioprina continúa siendo un pilar en el tratamiento de la EII, indicada en pacientes que no responden a glucocorticoides o cuando se hacen dependientes a estos. No obstante, esta no está exenta de riesgos, habiéndose descritos efectos adversos en el 5-10% de los pacientes, dependiente de dosis (supresión de la médula ósea) o independiente de dosis (pancreatitis, hepatitis, reacciones alérgicas...). Los fenómenos alérgicos se describen en menos del 2% de los pacientes, obligando siempre a la retirada del fármaco y siendo necesario descartar un origen infeccioso del cuadro febril en este perfil de pacientes al tratarse de pacientes inmunodeprimidos, sin olvidar el posible origen medicamentoso del mismo.

CP-273. USO COMBINADO DE FÁRMACOS BIOLÓGICOS EN ENFERMEDAD DE CROHN ¿UNA ALTERNATIVA MÁS?

CALVO BERNAL MDM, LÁZARO SÁEZ M, DIÉGUEZ CASTILLO C, CAMPOS SERRANO N

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

Introducción

La variedad de factores implicados en el desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ofrecen múltiples dianas terapéuticas.

El uso combinado de terapias biológicas para la EII es una estrategia poco estudiada y sobre la que hay escasa evidencia.

Caso clínico

Paciente de 38 años sin antecedentes de interés, valorada en consulta de Digestivo desde hace 20 años por deposiciones diarreicas líquidas sin productos patológicos, asociado a dolor abdominal y pérdida ponderal de 5 kilogramos. Se realiza colonoscopia con hallazgos sugerentes de EII tipo Crohn que se confirma en la anatomía patológica.

Comienza tratamiento con salazopirina. A los 6 meses, presenta dolor anal y supuración por lo que se completa estudio con resonancia pélvica objetivándose enfermedad perianal severa con varios trayectos fistulosos interesfinterianos (**Figura 1**). Ante dichos hallazgos, se administra pauta antibiótica y comienza con azatioprina con escasa mejoría. Además comienza con artralgias de muñecas y tobillos, secundarias a osteopenia trabecular (**Figura 2**) y espondiloartritis.

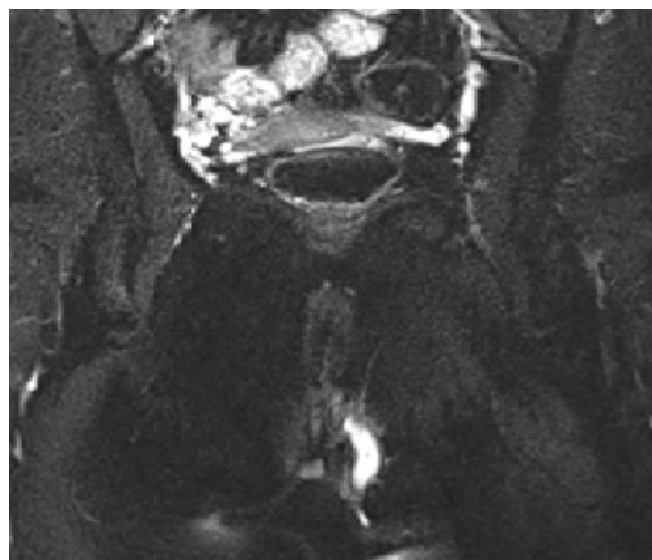


FIGURA 1

RMN DE PELVIS: FÍSTULA TRANSESFINTERIANA IZQUIERDA CON ORIGEN EN MUCOSA DE TERCIO MEDIO DE ESFÍNTER INTERNO, A LAS 1 HORAS EN POSICIÓN EN DECÚBITO SUPINO, CON TRAYECTO POSTEROMEDIAL DE 7 MM DE GROSOR MÁXIMO, CON EXTREMO DISTAL EN PLIEGUE INTERGLÚTEO.

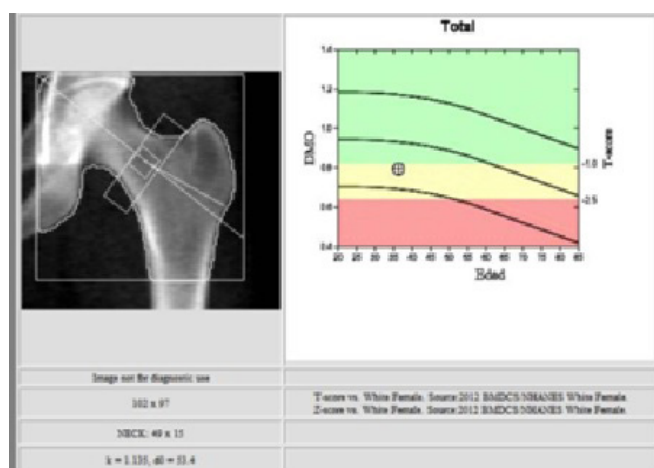


FIGURA 2

DENSITOMETRÍA ÓSEA COMPATIBLE CON OSTEOPENIA QUE AFECTA AL HUESO TRABECULAR Y RESPETA AÚN AL COMPACTO. RIESGO DE SUFRIR FRACTURA MODERADAMENTE ELEVADO.

Se decide entonces iniciar tratamiento con infliximab que es suspendido por presentar reacción de hipersensibilidad transfusional. Tras ello, se inicia adalimumab que mantiene durante 10 meses, presentando pérdida de eficacia, por lo que se cambia a ustekinumab.

A pesar de ello, persiste dolor poliarticular incapacitante por lo que se propone la adición de un segundo fármaco biológico, upadacitinib. La paciente ha mantenido el tratamiento combinado desde hace 4 meses, sin presentar efectos adversos y con gran mejoría a nivel articular, permitiéndole recuperar su calidad de vida.

Discusión

El manejo de la EI ha cambiado drásticamente en los últimos 20 años, tras la introducción de terapias biológicas dirigidas (Figura 3). Uno de los principales problemas asociados a estas terapias es la considerable tasa de pérdida de respuesta secundaria.

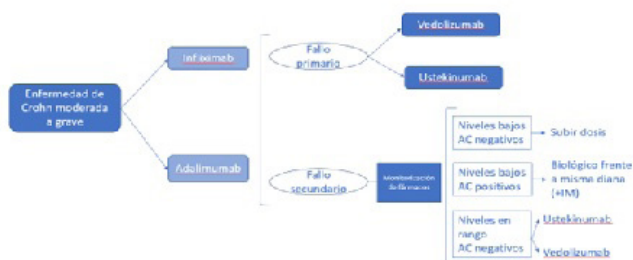


FIGURA 3

PROPUESTA DE ALGORITMO DE TRATAMIENTO PARA ENFERMEDAD DE CROHN MODERADA/GRAVE. ADAPTADO DEL ARTÍCULO "NOVEL TRENDS WITH BIOLOGICS IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE: SEQUENTIAL AND COMBINED APPROACHES." AC: ANTICUERPOS ANTIFÁRMACO; IM, INMUNOSUPRESORES.

Recientemente se ha propuesto la terapia combinada (TC) para el tratamiento de pacientes con EI compleja en dos escenarios: EI concomitante y comorbilidades extraintestinales ("doble indicación") o EI refractaria. Respecto a los efectos adversos de la TC, en un estudio reciente se informaron en 13 a 30% de los pacientes; siendo las infecciones los más comunes.

Respecto a la duración de la TC, es probable que los pacientes que la reciben por doble indicación requieran continuar con ambos fármacos. La decisión de interrumpir un tratamiento debe individualizarse. Aunque son necesarios estudios más amplios para confirmar su seguridad y eficacia, la TC ha demostrado resultados prometedores para mejorar el pronóstico de los pacientes con EI en determinados escenarios clínicos.

CP-274. USTEKINUMAB EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN METASTÁSICA: SERIE DE CASOS EN EL HOSPITAL TORRECÁRDENAS DE ALMERÍA.

CAMPOS SERRANO N, LÁZARO SÁEZ M, NAVARRO MORENO E

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

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal es clínicamente muy heterogénea, con una amplia variedad de manifestaciones extraintestinales destacando las manifestaciones cutáneas. Dentro de éstas se encuentra la enfermedad de Crohn metastásica (ECM), que es la manifestación cutánea específica menos frecuente.

Caso clínico

Caso 1

Mujer de 62 años con enfermedad de Crohn (EC) Montreal A2L3B2 con resección ileal previa. Como tratamiento inicial de profilaxis de recurrencia postquirúrgica recibió aminosalicilatos y azatioprina que suspendió por efectos adversos, iniciando tratamiento con infliximab. Posteriormente, presentó cuadros suboclusivos sin respuesta a pesar de intensificación, cambiando a adalimumab sin respuesta y con aparición de una lesión eritematosa y dolorosa con biopsia compatible con ECM, precisando nueva intervención quirúrgica. Tras la misma, se optó por ustekinumab consiguiendo hasta la fecha el control de la enfermedad luminal, así como la desaparición de las lesiones cutáneas.

Caso 2

Mujer de 59 años con EC Montreal A2L2B3p que tras falta de respuesta a azatioprina inicia tratamiento con infliximab, suspendiéndolo por presentar reacción aguda infusional optando por adalimumab. Tras dos años de tratamiento presenta empeoramiento clínico con aparición de lesiones cutáneas a distancia, en pliegues interglúteo (Figura 1), abdominal y submamario, con histología compatible con ECM, respondiendo a

la intensificación del tratamiento con cicatrización completa. Sin embargo, a los 8 años de tratamiento con adalimumab reaparecen las lesiones cutáneas, optando por ustekinumab con buena evolución clínica.

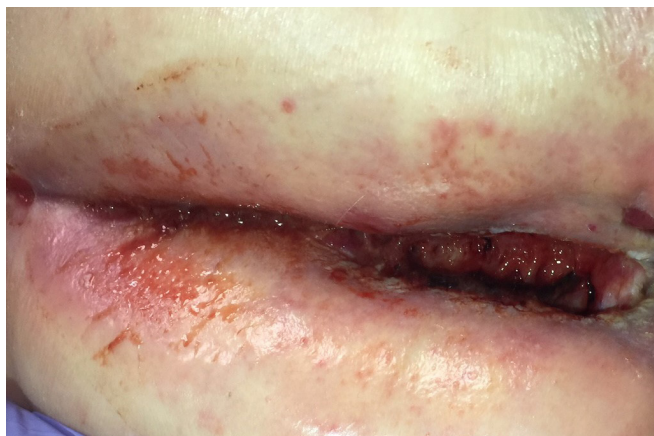


FIGURA 1
LESIÓN ULCERADA EN PLIEGUE INTERGLÚTEO COMPATIBLE CON ECM.



FIGURA 2
LESIONES CUTÁNEAS ERITEMATO-VIOLÁCEAS EN ANTEBRAZO Y DORSO DE LA MANO.

Caso 3

Varón de 70 años con debut reciente de EC Montreal A3L2B1 en tratamiento con azatioprina que presenta lesiones cutáneas violáceas en el dorso de ambas manos y antebrazo derecho compatibles con ECM (**Figura 2**). Tras comenzar con hematuria se diagnostica de neoplasia urotelial, por lo que se suspende azatioprina, optando por ustekinumab consiguiendo la remisión de la enfermedad y la desaparición de las lesiones cutáneas.

Discusión

La presentación clínica de la ECM es muy variable, siendo fundamental para su diagnóstico la histología. No existen protocolos de tratamiento establecidos. Se han comunicado casos con respuesta a diferentes fármacos, como inmunosupresores o inhibidores del factor de necrosis tumoral. Actualmente no hay

evidencia de la eficacia de los tratamientos biológicos en el control de la ECM. Aunque precisamos de estudios que avalen nuestra experiencia, tras los resultados de nuestros pacientes con ECM tratados con ustekinumab, podemos concluir que es un fármaco eficaz para tratar la ECM, tanto en pacientes naïve a fármacos biológicos, como en aquellos con enfermedad agresiva y fracaso previo a múltiples tratamientos con diferentes biológicos.

CP-275. USTEKINUMAB: EFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y PERSISTENCIA EN ENFERMEDAD DE CROHN EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL.

TERNERO FONSECA J¹, NARANJO PÉREZ A¹, CALDERÓN CHAMIZO M¹, QUIRÓS RIVERO P¹, VÁZQUEZ MORÓN JM², PALLARÉS MANRIQUE H¹, BEJARANO GARCÍA A¹, GÓMEZ DELGADO E¹

¹UGC APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE ESPECIALIDADES JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.
²SERVICIO APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COSTA DE LA LUZ, HUELVA.

Introducción

Evaluar la efectividad, seguridad y persistencia de Ustekinumab, como inducción y a largo plazo, en pacientes con enfermedad de Crohn en práctica clínica real.

Analizar los factores predictivos de persistencia del tratamiento con la terapia posológica estándar y la terapia intensificada.

Material y métodos

Se realiza un estudio unicéntrico retrospectivo longitudinal con seguimiento a las 8 y 48 semanas. Se incluyen 100 pacientes con enfermedad de Crohn tratados con Ustekinumab en nuestro centro desde julio de 2014 hasta junio de 2022. Para evaluación de la respuesta se miden los valores de PCR y calprotectina fecal y el Índice de Harvey-Bradshaw en el momento de inicio de la terapia, a las 8 semanas y a los 12 meses. Se realiza un análisis descriptivo e inferencial. Se determina qué variables se asocian a necesidad de suspensión del tratamiento mediante análisis multivariante de regresión logística binaria y qué variables se asocian a necesidad de intensificación mediante análisis de regresión lineal. La supervivencia del fármaco se calcula como el número de días que un paciente continúa con Ustekinumab a lo largo del periodo de seguimiento. Se realiza un análisis global y otro por separado de pacientes intensificados y no intensificados. Su análisis estadístico se realiza utilizando la prueba de Mantel-Cox.

Resultados

Se han incluido un total de 100 pacientes, edad media 43 años, 53% hombres. La mayoría de los pacientes (99%) habían recibido tratamiento previo con fármacos biológicos; el 15 % había recibido 3 biológicos antes del tratamiento con Ustekinumab. La mediana de duración de la enfermedad es 8 años (0-34). Un 77% de los pacientes presenta mejoría clínica en la semana 8 (38% remisión clínica). En el seguimiento posterior dicha respuesta se mantiene. Precisa intensificación del tratamiento un 48% de los pacientes,

identificando como factores predictivos de necesidad de intensificación: edad al diagnóstico, MEI asociada y tabaquismo. Se notifican efectos secundarios sólo en el 9% de los pacientes, ninguno de ellos grave. En el 70% de los pacientes se mantiene el fármaco (Figura 1), siendo el principal motivo de retirada la necesidad de resección quirúrgica por progresión de enfermedad (Figura 2). Se han identificado como factores predictores de retirada del fármaco el antecedente de resección quirúrgica y el tratamiento previo con Adalimumab.

Conclusiones

Ustekinumab es un fármaco eficaz y seguro a largo plazo en práctica clínica real con altas tasas de remisión clínica en semana 8 en pacientes con EC refractaria. Se han identificado como factores predictores de retirada del fármaco el antecedente de resección quirúrgica y el tratamiento previo con Adalimumab.

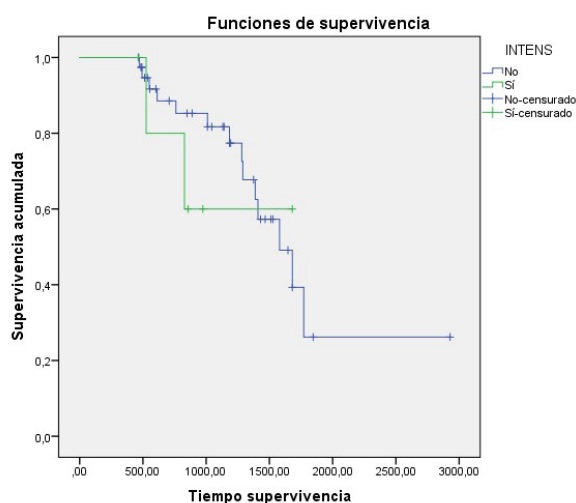


FIGURA 1

CURVAS DE SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TERAPIA ESTÁNDAR/INTENSIFICADA.

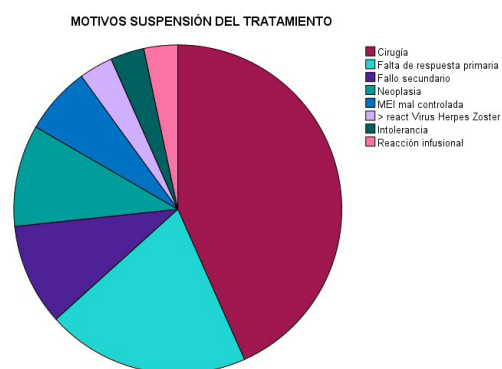


FIGURA 2

MOTIVOS DE SUSPENSIÓN DEL TRATAMIENTO.

CP-276. ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA GRANULOCITOAFERESIS EN LA COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA A INMUNOMODULADORES?

FERNÁNDEZ PÉREZ FJ, FERNÁNDEZ MORENO N, SORIA LÓPEZ E, TORRES DOMÍNGUEZ A

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

Introducción

La colitis ulcerosa (CU) refractaria a inmunomoduladores (INM) obliga a plantear tratamiento con fármacos biológicos y/o cirugía, asociados a elevados costes y potenciales efectos adversos. Es interesante disponer de tratamientos alternativos que permitan reducir costes y aminorar los efectos adversos para el paciente. El objetivo es valorar si el uso de la granulocitoaféresis (GCAF) puede evitar el uso de biológicos y analizar su impacto en tasas de colectomía en pacientes con CU refractaria a INM.

Material y métodos

Estudio retrospectivo CU refractaria a INM tratados con GCAF en nuestro Centro. Valoración de respuesta-remisión a 12 y 54 semanas y necesidad de tratamiento secuencial con biológicos y/o cirugía en este grupo de pacientes.

Resultados

De los 27 pacientes con CU refractarios a INM tratados con GCAF (12 varones y 15 mujeres, edad media 38 años), 16/27 eran cortico-dependientes, predominando las formas extensas (15 pacientes, 55,5%). De los 18 pacientes con endoscopia antes de la GCAF, quince (83,3%) presentaban un subscore endoscópico ≥ 2 . Casi la mitad de los pacientes (13/27, 48%) recibieron sólo inducción con 5-7 sesiones en 5 semanas, mientras que la otra mitad (14/27, 52%) fueron tratados también con sesiones de mantenimiento mensuales. El 96% de los pacientes (26/27) recibieron corticoides en paralelo a la GCAF, siendo los corticoides orales sistémicos a dosis equivalente a 0,75 mg/kg en descenso progresivo de dosis administrados a 19/27 pacientes (70%), siendo el resto tratados con corticoides orales tópicos. A las 12 semanas el 48% de los pacientes se encontraban en respuesta-remisión y a las 52 semanas tan sólo 8 pacientes seguían con respuesta-remisión (29,6%). Se apreció que la respuesta tendía a ser mayor en los esquemas con sesiones de mantenimiento frente sólo inducción (30% vs 11% a 12 semanas y 22,2% vs 7,5 % a 52 semanas). En 17 pacientes hubo de emplearse tratamiento con biológicos con intención de rescate (63%), y de ellos en 4 pacientes hubo de recurrirse a la cirugía (colectomía y reservorio en J, 15%), ninguno de los cuales había recibido sesiones de mantenimiento.

Conclusiones

La GCAF logra evitar el uso de biológicos en hasta el 37% de los pacientes con CU refractarios a INM, proporcionando en nuestra serie mejores resultados en remisión-respuesta cuando se plantea en sesiones e inducción y mantenimientos mensuales. Todos los pacientes colectomizados eran no sólo refractarios a GCAF sino también a Infliximab.