

LIBRO DE
COMUNICACIONES

XXXV

CONGRESO DE LA

SVPD



ALCOY



3/4

NOVIEMBRE

2022



SVPD
Sociedad Valenciana
de Patología Digestiva

Hospital Virgen de los Lirios



XXXV
CONGRESO DE LA
SVPD

COMUNICACIONES ORALES	4
VIDEOFORUM/ENDOSCOPIAS	22
PÓSTERES	26



COMUNICACIONES ORALES

1. TROMBOSIS DE VENAS PERIPANCREÁTICAS EN PANCREATITIS AGUDA. PROYECTO TROMBOPANC

P. López Guillén ¹, A. Ojeda Gómez ², S. Martínez Paz ³, A. Hurtado Soriano ¹, L.M. Bernal Luján ¹, N. Sala Miquel ¹, O. Belén Galipienso ¹, F.J. Puchol Rodrigo ¹, L. Guilbert Sanz ¹, E. Álvarez Arroyo ¹, E. de Madaria Pascual ¹

1 Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante, 2 Hospital General Universitario de Elche, 3 Universidad Miguel Hernández, Alicante.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) representa la 3ª causa de ingreso hospitalario por patología digestiva. Las venas esplánicas peripancreáticas son la vena porta (VP), vena esplénica (VE) y vena mesentérica superior (VMS) e inferior (VMI). Durante el episodio de PA existe predisposición a la aparición de trombos, ya sea por daño en el endotelio secundario a la inflamación del páncreas o por estenosis extrínseca vascular con la subsecuente estasis sanguínea. Así, aproximadamente un 7% de las PA asocian trombosis venosa esplácnica, no existiendo estudios de adecuada calidad científica que determinen la idoneidad de anticoagular o no.

OBJETIVOS

Describir la proporción de pacientes que durante un episodio de PA desarrolla trombosis en las venas esplánicas peripancreáticas, y esclarecer la tasa de resolución del evento trombotico durante el seguimiento en función de haber recibido o no anticoagulación, realizando adicionalmente un registro de las complicaciones clínicas acontecidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo en el que participan 2 hospitales. Se realizó una revisión de la historia clínica de todos los pacientes con PA entre 2017 y 2020, analizándose la presencia y localización de la trombosis, y llevando a cabo un seguimiento para recopilar las complicaciones clínicas y para determinar si existe relación entre recibir o no anticoagulación y la resolución del evento trombotico.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 633 pacientes con PA, encontrándose trombosis venosa esplácnica en 26 casos (4,1% del total), con la siguiente distribución de la afectación vascular: 9 casos (34,6%) en VMS, 12 (46,1%) en VE y 18 (69,2%) en VP principal o sus ramas. Entre los pacientes con trombosis, 19 (73,1%) recibieron anticoagulación, y 7 (26,9%) no, observándose resolución del evento en 14 (73,7%) casos en el primer grupo y en 2 (28,6%) casos en el segundo (p: 0,069). Las complicaciones clínicas observadas con mayor frecuencia fueron anemia (38,5%) y ascitis (19,2%).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio, se ha encontrado una proporción de trombosis venosa esplácnica peripancreática en PA inferior a la descrita en la literatura, obteniéndose mayor tasa de resolución del evento en los pacientes que recibieron anticoagulación.

2. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL SEGUIMIENTO CON COLONOSCOPIA Y TAC EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CÁNCER COLORRECTAL

N. Sala-Miquel ¹, S. Bernabeu-Mira ², J. Carrasco Muñoz ², A. Hurtado Soriano ¹, P. López Guillén ¹, L. Bernal Luján ¹, F. Puchol Rodrigo ¹, O. Belén Galipienso ¹, L. Guilabert Sanz ¹, R. Jover ¹

¹ Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, ² Universidad Miguel Hernández, Elche.

INTRODUCCIÓN

Las guías de práctica clínica (GPC) hacen recomendaciones para la vigilancia en pacientes intervenidos por cáncer colorrectal (CCR). La evidencia disponible sobre la adherencia y el rendimiento de estas recomendaciones es escasa.

OBJETIVO

Determinar el grado de adecuación a las GPC de las colonoscopias de vigilancia, TAC y analítica de sangre (AS) con marcadores tumorales (MMTT) tras resección de CCR en un centro hospitalario de tercer nivel, y el rendimiento diagnóstico de estas técnicas en la detección de recidiva o metástasis durante el seguimiento. Analizar los factores asociados al desarrollo de lesiones colónicas y metástasis durante el seguimiento y el riesgo de éxitus.

MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo incluyendo 574 pacientes con resección curativa de cáncer colorrectal entre 2010 y 2015 en el Hospital General Universitario de Alicante. Se recogieron datos sociodemográficos; datos del tumor primario, TAC y AS de vigilancia; datos técnicos y anatomopatológicos de las colonoscopias basal y de vigilancia; y datos de mortalidad.

RESULTADOS

El grado de adherencia a las recomendaciones de las GPC para la primera colonoscopia de seguimiento fue del 68.8%, 74% para el primer TAC, y 96,6% para la primera AS; mostrando un descenso en el tiempo. Se detectaron 153 recidivas o metástasis. El mayor rendimiento diagnóstico de las colonoscopias y TAC se concentró en los tres primeros años, detectándose el 73.6% de CCR y el 85% de metástasis respectivamente. El único factor de la colonoscopia basal que se relacionó de forma independiente (OR2.38 IC95% 1.22-4.64) con la aparición de pólipos avanzados en la vigilancia fue la presencia de adenomas sincronos. El estadio (OR0.37 IC95% 0,234-0,574) presentó asociación independiente para la detección de metástasis o recidiva en TAC. La menor edad al diagnóstico (OR0.93 IC95% 0.91-0.95), el estadio I-II (OR0.38 IC95% 0.24-0.61), y el cumplimiento de las GPC (OR0.30 IC95% 0.20-0.46) se asocian de forma independiente a menor riesgo de éxitus a los 5 años.

CONCLUSIONES

El grado de adherencia a las recomendaciones de las GPC es bajo y va disminuyendo durante el seguimiento. El mayor rendimiento diagnóstico para la colonoscopia y el TAC se concentra en los tres primeros años. La menor edad al diagnóstico, el estadio, y el cumplimiento de las GPC se asocian de forma independiente con un menor riesgo de éxitus



3. UTILIDAD DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA DETECCIÓN DE LESIONES COLORRECTALES AVANZADAS

N. Sala Miquel ¹, C. Mangas Sanjuán ¹, L. de Castro ², J. Cubiella ³, P. Díez Redondo ⁴, A. Suárez ⁵, M. Pellisé ⁶, N. Fernández ², S. Zarraguiños ³, H. Núñez ⁴, V. Álvarez-García ⁵, O. Ortiz ⁶, P. Zapater ¹, R. Jover ¹

1 Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, 2 Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, 3 Hospital Universitario de Ourense, 4 Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, 5 Hospital Universitario Central de Asturias, 6 Hospital Clínic, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El uso de inteligencia artificial (IA) mediante sistemas de detección asistidos por ordenador ha demostrado mejorar la tasa de detección de adenomas (TDA) en la colonoscopia, pero a expensas de lesiones de pequeño tamaño (<10mm).

OBJETIVO

Comparar la tasa de detección de lesiones colorrectales avanzadas (LCA) (adenomas avanzados y/o serrados avanzados).

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un ECA multicéntrico, en el que hemos incluido 3399 sujetos que acudieron a realizarse su primera colonoscopia por TSOH-i dentro del programa de cribado poblacional de CCR en 6 centros. Aquellos individuos con colonoscopia completa y limpieza colónica adecuada fueron aleatorizados a recibir la colonoscopia estándar o la colonoscopia asistida por el sistema de IA.

RESULTADOS

Se incluyeron 3213 pacientes (1610 en el grupo de IA y 1603 en el grupo control). La edad media fue de 61 años (DE 6) y el 53.4% (n=1717) de los individuos eran hombres, con una media de puntuación en la escala de Boston de 7.8 (DE 1.3) sin diferencias entre ambos grupos. La tasa de detección de LCA fue de 34.8% en el grupo de IA y de 34.6% en el grupo control (ORa 1.01; IC95% 0.87-1.16). Tampoco se observaron diferencias en la TDA (64.2% vs. 62.0%). La IA mejoró la visualización de adenomas proximales (43.7% vs. 38.2%; ORa 1.26, IC95% 1.09-1.46), de adenomas ≤5mm (47.3% vs. 42.7%, ORa 1.22, IC95% 1.02-1.40) y de lesiones no polipoides (27.8% vs. 24.1%; ORa 1.21, IC95% 1.02-1.42). Asimismo, IA mejoró la detección de pólipos serrados ≤5mm (15.3% vs. 12.4%) y ≥10mm (5.3% vs. 3.8%; ORa 1.44, IC95% 1.03-2.03).

CONCLUSIONES

El dispositivo de IA no ha mejorado la detección de LCA pero sí la detección de adenomas proximales y <5mm, y lesiones no polipoides. Asimismo, el uso de IA ha aumentado la detección de pólipos serrados <5mm y ≥10mm.

4. RESUCITACIÓN MEDIANTE FLUIDOTERAPIA AGRESIVA O MODERADA EN PANCREATITIS AGUDA. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO MULTICÉNTRICO

E de Madaria ¹, J.L. Buxbaum ², P. Maisonneuve ³, A. García García de Paredes ⁴, P. Zapater ¹, L. Guilabert ¹, A. Vaillo Rocamora ¹, M.A. Rodríguez Gandía ⁴, J. Donate Ortega ⁴, E.E. Lozada Hernández ⁵, A.JR Collazo Moreno ⁵, A. Lira Aguilar ⁶, L.P. Llovet ⁶, R. Mehta ⁷, R. Tandel ⁷, P. Navarro ⁸, A.M. Sánchez-Pardo ⁸, C. Sánchez-Marín ⁹, M. Cobreros ⁹, I. Fernández Cabrera ¹⁰, F. Casals Seoane ¹¹, D. Casas Deza ¹², E. Lauret Braña ¹³, E. Martí Marqués ¹⁴, L. M Camacho Montañó ¹⁵, V. Ubieta ¹⁶, M. Ganuza ¹⁶, F. Bolado ¹⁶

1 Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, 2 Division of Gastroenterology, University of Southern California, Los Ángeles, 3 Division of Epidemiology and Biostatistics, IRCSS European Institute of Oncology, Milán, 4 Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria, Universidad de Alcalá, 5 Hospital Regional de Alta Especialidad El Bajío, Leon, Mexico, 6 Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, 7 Surat Institute of Digestive Sciences Hospital and Research Center, Surat, India, 8 Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, 9 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, 10 Hospital Dr. Negrín, Las Palmas, 11 Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, 12 Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, 13 Hospital Universitario Central de Asturias, Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias, 14 Hospital Universitario Lucus Augusti, 15 Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, 16 Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La fluidoterapia agresiva se recomienda ampliamente para el manejo de la pancreatitis aguda, pero la evidencia de esta práctica es limitada.

OBJETIVOS

El objetivo clínico principal del ensayo es comparar el desarrollo de pancreatitis aguda moderada o grave en el grupo de fluidoterapia agresiva con respecto al grupo de fluidoterapia moderada. El objetivo de seguridad principal es evaluar la sobrecarga de fluidos en ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un ensayo clínico, abierto, aleatorizado, multicéntrico, en el que participaron 18 centros de 4 países. Se aleatorizó a los pacientes con pancreatitis aguda a el grupo de fluidoterapia agresiva o moderada dirigida por objetivos con Ringer lactato. La fluidoterapia agresiva consistió en un bolo de 20 ml/kg en dos horas, seguido de 3 ml/kg/h. La fluidoterapia moderada consistió en un bolo de 10 ml/kg en dos horas en pacientes con hipovolemia, seguido de 1,5 ml/kg/h en todos los pacientes del grupo. Los pacientes fueron evaluados a las 12, 24, 48 y 72 horas, y la reposición de líquidos se ajustó de acuerdo con el estado clínico del paciente.

RESULTADOS

Se estimó una muestra de 744. Se incluyeron un total de 249 pacientes en el análisis inicial. El ensayo se detuvo debido a las diferencias entre los grupos en los resultados de seguridad sin una diferencia significativa en la incidencia de pancreatitis moderadamente grave o grave (22,1 % en el grupo de fluidoterapia agresiva y 17,3 % en el grupo de fluidoterapia moderada, riesgo relativo ajustado 1,3; IC 95% 0,78-2,18 p=0,32). La sobrecarga de fluidos se desarrolló en el 20,5 % de los pacientes que recibieron fluidoterapia agresiva y en el



6,3 % de los que recibieron fluidoterapia moderada (riesgo relativo ajustado, 2,85; IC del 95 %, 1,36 - 5,94, $P = 0,004$). La mediana de duración de la hospitalización fue de 6 días (rango intercuartílico, 4- 8) en el grupo de fluidoterapia agresiva y de 5 días (rango intercuartílico, 3-7) en el grupo de fluidoterapia moderada.

CONCLUSIONES

En este ensayo aleatorizado en pacientes con pancreatitis aguda, la fluidoterapia agresiva temprana resultó en una mayor incidencia de sobrecarga de fluidos sin implicar esto una mejora en los resultados clínicos.

5. CÁNCER COLORRECTAL POST-COLONOSCOPIA: FRECUENCIA, CARACTERÍSTICAS Y FACTORES ASOCIADOS

S. Baile Maxía ¹, C. Mangas San Juan ², L. Medina Prado ³, P. Zapater ², F. de Vera ⁴, G. García ⁵, M.D. Picó ⁶, G. Belda ⁷, A. García Herola ⁸, M.J. Poveda ³, J.C. Penalva ¹, R. Jover ²

1 Hospital Universitario del Vinalopó, 2 Hospital General Universitario de Alicante, 3 Hospital Virgen de los Lirios, 4 Hospital General Universitario de Elda, 5 Hospital Universitario de San Juan de Alicante, 6 Hospital General Universitario de Elche, 7 Hospital Universitario Vega Baja, 8 Hospital Universitario Marina Baixa

INTRODUCCIÓN

A pesar de la eficacia de la colonoscopia en la prevención del cáncer colorrectal (CCR), hasta un 5% de pacientes presentan CCR tras la misma. Muchas de estas lesiones son prevenibles, y el CCR post-colonoscopia (CCR-PC) se ha convertido en un importante indicador de calidad.

OBJETIVO

Determinar las tasas, características y factores asociados al CCR-PC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo que incluyó pacientes entre 2015 y 2018 en 8 centros de Alicante. Se definió como CCR-PC aquel desarrollado hasta 10 años tras una colonoscopia. Se categorizaron las causas de CCR-PC según el algoritmo de la World Endoscopy Organization (WEO): lesión perdida en colonoscopia con limpieza adecuada, lesión perdida con limpieza inadecuada, lesión no reseca o resección incompleta. Se comparó con una cohorte sin CCR apareada 1:4 por sexo, edad, año de colonoscopia, centro y endoscopista.

RESULTADOS

Se detectaron 107 CCR-PC con tasas de 1.25% al año, 2.79% a 3 años, 3.24% a 5 años y 4.01% a 10 años. Los CCR-PC se localizaron en colon derecho (42.4%), izquierdo (41.4%), transversal (16.4%). 31,5% fueron estadio I, 24,7% estadio II, 32,6% estadio III, 11,2% estadio IV. 43,2% de CCR-PC fueron clasificados como lesiones perdidas con preparación adecuada, 18,9% como lesiones perdidas con preparación inadecuada, 28,4% como resecciones incompletas y 9,5% como lesiones no reseca. El tiempo medio entre diagnóstico y colonoscopia previa fue 42 meses. La limpieza colónica inadecuada en la colonoscopia previa y la poliplectomía fragmentada previa se asociaron con el CCR-PC en el análisis multivariante.

CONCLUSIONES

En nuestra población, 4.27% de los CCR fueron CCR-PC. Casi la mitad de estos fueron atribuibles a lesiones no visualizadas en la colonoscopia previa a pesar de una adecuada limpieza colónica. La limpieza inadecuada y la resección fragmentada en la colonoscopia previa se asociaron al desarrollo de estas lesiones.

6. LA PANCREATITIS AGUDA EN MAYORES DE 65 AÑOS ESTA ASOCIADA CON UN CURSO EVOLUTIVO MÁS GRAVE

E. Uclés Ramada, S. López Jiménez, C. Sánchez Cano, C. Soutullo, M. Gimeno, I. Ortiz Polo, A. del Val Antoñana

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCION

La incidencia de la pancreatitis aguda (PA) en la población anciana ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, la influencia real de la edad avanzada sobre la gravedad de la PA sigue siendo controvertida.

OBJETIVOS

Evaluar el curso evolutivo, gravedad y mortalidad de los pacientes ancianos con PA. Analizar factores predictivos de gravedad y mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de la base de datos de PA en nuestro centro entre enero de 2014 y noviembre de 2021. El grupo pacientes ancianos ≥ 65 años (A) fue comparado con el grupo menor de 65 años (NA) en cuanto a presentación clínica, gravedad (según clasificación de Atlanta 2012) y mortalidad. En el análisis estadístico para comparar variables continuas se utilizó la prueba t de Student y la prueba Chi-cuadrado para la comparación de las variables categóricas. Se realizó un análisis de regresión logística para establecer el riesgo de mortalidad y de presentar una PA moderada o grave. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se analizaron 761 pacientes consecutivos con PA de los que 404 (53,1%) fueron clasificados como grupo A y 357 (46,9%) como grupo NA. La etiología biliar fue la más frecuente en ambos grupos pero significativamente mayor en el grupo A (77,7% frente a 51,8% en el grupo NA $p < 0,005$). La gravedad, la necrosis pancreática, el fallo orgánico y multiorgánico fue significativamente mayor en el grupo A ($p < 0,005$). También lo fue la mortalidad, 4,5% grupo A frente a 0,8% grupo NA ($p < 0,005$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la estancia hospitalaria, admisión en UCI, fallo respiratorio, infección de la necrosis y necesidad de intervención. En el análisis de regresión logística se identificó como factor predictivo independiente de gravedad una edad mayor o igual a 65 años y la aparición de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y como factores predictivos de mortalidad la edad y el fallo multiorgánico.

CONCLUSIONES

La población A tuvo un curso evolutivo más grave que la población NA. Una edad mayor o igual de 65 años estuvo asociada con una mayor gravedad y una mayor mortalidad.



7. VALOR DE LOS NIVELES DE ANTITNF, CALPROTECTINA FECAL Y PCR EN LA DETECCIÓN DE LA CURACIÓN TRANSMURAL ECOGRÁFICA EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

J.R. Lorente Montoro, A. Voces Cabaleiro, R. Díaz Muñoz, J. Torrente Sánchez, A. A. Pérez Ibáñez, M. Fquihi, S. Albert Palomares, J.M. Paredes Arquiola
Hospital Universitari Doctor Peset.

INTRODUCCIÓN

Se dispone de diferentes marcadores no invasivos para la monitorización de respuesta al tratamiento en la enfermedad de Crohn, tanto analíticos como pruebas de imagen. No se han encontrado marcadores que muestren una clara relación con la respuesta a los tratamientos biológicos.

OBJETIVOS

Examinar la posible correlación entre los niveles de fármaco biológico y la actividad ecográfica en la enfermedad de Crohn. Establecer asimismo la asociación entre calprotectina fecal (CF) y PCR con la actividad ecográfica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal incluyendo pacientes adultos con enfermedad de Crohn que recibieron terapia con fármacos biológicos entre 2019 y 2022. Se recogieron datos clínicos, analíticos y radiológicos y se analizaron utilizando la prueba de U de Mann-Whitney y curvas ROC.

RESULTADOS

Se incluyeron 129 pacientes (51% hombres, edad mediana 40 años) en el estudio. La curación transmural ecográfica (grosor transmural ≤ 3 mm, con hiperemia medida con Doppler nula o leve y ausencia de complicaciones transmurales) se presentó en un 39%. Los niveles séricos de anti-TNF fueron mayores en los pacientes con curación transmural (mediana 9'6 mcg/mL) que en aquellos con signos ecográficos de inflamación (mediana 8'6 mcg/mL), si bien las diferencias no alcanzaron valores significativos. No se encontraron asociaciones significativas entre los valores de PCR sérica y la curación transmural.

Se encontró una asociación negativa significativa entre los niveles de CF y la presencia de curación ecográfica. Se encontró que un valor de CF inferior a 147mcg/g permitía predecir curación transmural ($p < 0'005$, área bajo la curva 0'707, sensibilidad 81'2% y especificidad 56'3%).

CONCLUSIONES

Los niveles séricos de fármacos anti-TNF y los valores de PCR sérica no presentan una correlación estadísticamente significativa con los datos de curación transmural ecográfica. Los niveles bajos de CF se asocian con la curación transmural ecográfica.

8. INFECCIÓN POR LEISHMANIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF α : REPORTE DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA

L. Gimeno Pitarch, M. Cabacino Ibáñez, R. Dosdá Domingo, M.L. Molina Fernández-Murga, G. Ladrón Villanueva, L. Abad Martínez, M. Cambralla Martínez, P. Almela Notari, M. Muñoz Vicente, A. Forés Bosch

Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

El uso de fármacos anti-TNF α ha supuesto una revolución en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), siendo reconocidos como factor de riesgo para la reactivación de infecciones oportunistas, entre ellas la Leishmaniasis, endémica en la cuenca Mediterránea.

OBJETIVOS

Analizar la indicación de screening de la infección latente por Leishmania en pacientes diagnosticados de EII previo el uso de fármacos anti-TNF α .

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de casos reportados de reactivación por Leishmaniasis en pacientes con EII bajo tratamiento con anti-TNF α .

RESULTADOS

8 publicaciones fueron recuperadas, e incluyendo nuestros 3 casos, analizamos un total de 15 pacientes. 10 (66%) casos fueron hombres y la mediana de edad 47 años. 10 (66%) presentaban diagnóstico de Enfermedad de Crohn y 9 (60%) estaban bajo tratamiento con Infliximab, 4 (26%) con Adalimumab y 2 (13%) con Azatioprina. L. Infantum, responsable de la alta prevalencia de portadores inmunocompetentes asintomáticos, dio lugar a 11 (73,3%) casos de Leishmaniasis cutánea (LC) y 4 (26,6%) visceral (LV), con una media de tiempo de 3,7 años desde el inicio del anti-TNF α . Entre los pacientes con LV, 2 (50%) debutaron con lesiones cutáneas y entre los casos de LC, 8 (77%) presentaron lesiones de comportamiento atípico. En cuanto al diagnóstico, solo un 33% de las biopsias cutáneas fueron diagnósticas y la identificación de amastigotes en biopsia de médula ósea solo fue posible en una. Las LV recibieron tratamiento sistémico, siendo la Anfotericina B de primera elección en 3 de ellos, los cuales lograron la curación. 5 (45,4%) de los pacientes con LC, recibieron tratamiento sistémico de entrada con suspensión del fármaco anti-TNF α , logrando una curación del 100%, mientras que entre los 6 (54,5%) restantes que recibieron tratamiento local, sin retirada del fármaco inmunosupresor, el 66% precisó Anfotericina para lograr la curación. Así mismo, el anti-TNF α fue suspendido en 7 (46,6%) de los casos, reintroduciéndose en tres de ellos sin recidiva inmediata.

CONCLUSIONES

Existen pocos casos reportados, la mayoría en zona endémica, con presentación inusual y diagnóstico desafiante. Tras su análisis, el tratamiento sistémico junto a la retirada del anti-TNF α sería la mejor estrategia. Así, la realización de screening serológico sería de utilidad para evitar reactivaciones agresivas.



9. DISFUNCIÓN SEXUAL ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CROHN. ESTUDIO DE CASOS-CONTROLES

L. Madero Velázquez ¹, B. Herreros ², A. Rodríguez ¹, R. Muñoz ¹, L. Bernal ¹, B. Orts ¹, O. Belén ¹, L. Sempere ¹, O. Moreno-Pérez ¹, A. Gutiérrez Casbas ¹

¹ Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, ² Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una entidad fundamental para la calidad de vida de los pacientes. La disfunción sexual (DS) afecta a un 30% de las mujeres y a un 5% de los hombres en la población general y a 50% en mujeres y 25% en hombres con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Su patogenia es desconocida en EII, no existiendo cambios tras la introducción de las terapias biológicas.

OBJETIVOS

Comparar la prevalencia de DS en población joven femenina y masculina con enfermedad de Crohn (EC) respecto a población control de la misma edad, e identificar los factores de riesgo implicados en la DS en EC.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, de casos-controles. Se incluyen pacientes con EC de entre 18 y 40 años. Se seleccionaron controles de la misma edad sin EC, pareados por edad (2:1). Se recogieron características demográficas y clínicas de los pacientes con EC. Las variables a estudio han sido DS en mujeres, (Índice de Función Sexual Fenemina (IFSf), DS en hombres (Índice Internacional de Función Eréctil [IIFE-15]) y presencia de ansiedad-depresión (escala de Ansiedad/Depresión hospitalaria [HADS])

RESULTADOS

Se incluyeron 163 sujetos: 83 hombres, de ellos 58 EC (mediana 28 años) y 25 CS, (mediana 31 años) y 80 mujeres, de ellas, 50 EC (mediana 26 años) y 30 CS (mediana 28). 24% de las mujeres con EC y el 8% de los hombres tenían actividad (IHB >4).. El estilo de vida sedentario fue más común en EC vs CS (46% vs 3.3%, $p < 0.001$), así como el nivel de estudios (universitarios 44% EC vs 83%, CS, $p = 0.003$) y la situación laboral (desempleo EC 26% vs CS 3%, $p = 0.01$). La DS en hombres medida mediante IIFE fue más común en EC que en CS 14/58 (24%) vs 1/25 (4%), $p = 0.031$, siendo el dominio satisfacción general el único afectado. La disfunción eréctil ocurrió solo en EC (7/46, 15%) vs CS, $p = 0,08$. La DS femenina fue, más frecuente en mujeres con EC vs CS, (18/50 (38%) EC vs 3/30 (12%) CS, $p = 0.017$). En el análisis de regresión logística la ansiedad se asoció a DS en mujeres.

CONCLUSIONES

Los pacientes con EC presenta mayor riesgo de DS, con afectación de la satisfacción y una tendencia a presentar más disfunción eréctil. Mujeres con EC tienen más incidencia de DS que la población general, afectándose la lubricación, deseo y excitación, asociándose a ansiedad pero no a factores relacionados con la EC en nuestra población.

10. PAPEL DEL CUMPLIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS FRENTE A HELICOBACTER PYLORI: RESULTADOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE H. PYLORI (HP-EUREG)

C. Pérez ¹, E. Guillén ¹, A. Fernández ¹, I. Pérez ¹, M. Gil ¹, J. Gutiérrez ¹, L. Ferrer-Barceló ¹, P. Suárez ¹, J.M. Huguet ¹, J. Sempere ¹, C. Torres ¹, L. González ¹, L. Ruiz ¹, A. Monzó ¹, I. Bort ¹, A. Pérez-Aísa ², P. Almera Notari ³, A. Cano ⁴, I. Puig ⁴, O.P. Nissen ⁵, F. Mégraud ⁶, C. OMorain ⁷, J.P. Gisbert ⁸

1 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, 2 Agencia Sanitaria Costa del Sol, Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), 3 Hospital General Universitario de Castellón, 4 Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa and Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya (UVicUCC), 5 Hospital Universitario de La Princesa, 6 INSERM 1053, Université de Bordeaux, 7 Trinity College Dublín, 8 Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa.

ANTECEDENTES

La adherencia al tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* representa un pilar fundamental para conseguir una adecuada eficacia.

OBJETIVOS

Determinar qué factores pueden influir en el cumplimiento de los tratamientos erradicadores empleados en Europa.

MÉTODOS

Registro prospectivo, no intervencionista (Hp-EuReg) de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos. Cumplimiento adecuado cuando era > 90%. En un e-CRD en AEG-REDCap, se recogieron datos desde 2013 hasta septiembre 2021. Todos los datos fueron sujetos a control de calidad. Se realizaron análisis por intención de tratar modificada (mITT); así como un análisis multivariante, evaluando los factores asociados con la efectividad de los tratamientos y con el cumplimiento.

RESULTADOS

De los 38.698 registros disponibles (95% del total de tratamientos prescritos), 646 (1,7%) no tuvieron un cumplimiento adecuado. Hubo un mayor incumplimiento en los pacientes con dispepsia que en los tratados por úlcera (1,7% vs. 1,4%; $p < 0,05$). Los tratamientos de 7 días presentaron mejor cumplimentación que los de 10 y 14 días (0,8% vs. 1,8 y 1,6%, respectivamente; $p < 0,001$). La adherencia fue inferior en primera línea frente a rescates (1,5% vs 2,2%; $p < 0,001$). El incumplimiento en los 3 tratamientos más frecuentes de primera línea fue: 1,1% con IBP-claritromicina-amoxicilina; 2,3% con IBP-claritromicina-amoxicilina-metronidazol y 1,8% con Pylera; $p < 0,001$. Las tasas de erradicación en estas tres mismas pautas fueron mejores en cumplidores frente a no cumplidores: 86% vs. 43%; 90% vs. 54% y 91% vs. 70% respectivamente; $p < 0,001$. En el análisis multivariante, la variable que más estrechamente se asoció con el éxito erradicador fue el correcto cumplimiento del tratamiento (OR: 6,3; IC95%: 5,2-7,7; $p < 0,001$). El incumplimiento fue mayor en los casos que desarrollaron efectos secundarios frente a aquellos que no los presentaron (5% vs 0,6%; $p < 0,001$).



CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento erradicador frente a *H. pylori* es muy elevada. Los factores que se asociaron con un cumplimiento deficiente fueron la indicación de dispepsia, el tratamiento de rescate, las pautas terapéuticas más prolongadas y la presencia de efectos secundarios, así como el uso de las combinaciones secuencial o concomitante. La adecuada cumplimentación del tratamiento es la variable más estrechamente asociada con el éxito erradicador.

11. MAS DE 2 AÑOS DE EXPERIENCIA DE USTEKINUMAB EN VIDA REAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA

A. Garrido Marín, M. Iborra Colomino, G. Bastida Paz, M. Aguas Peris, E. Cerrillo Bataller, A. Mínguez Sabater, C. Soutullo Castiñeiras, I. Terol Cháfer, V. Argumáñez Tello, P. Nos Mateu
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Existen pocos datos en vida real sobre la efectividad a largo plazo de ustekinumab (USK) en el tratamiento de la colitis ulcerosa (CU).

OBJETIVO

Evaluar la efectividad y seguridad en práctica clínica de USK a corto y largo plazo en pacientes con CU.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en pacientes diagnosticados de CU que han recibido tratamiento con USK en nuestro centro. Se recogieron los valores del índice de Mayo parcial (MP), proteína C reactiva (PCR), calprotectina fecal (CF) y niveles plasmáticos del fármaco al inicio del tratamiento y a las 8, 24 y 52 semanas. Consideramos remisión clínica un índice de MP inferior o igual a 1. Registramos también datos demográficos y clínicos relevantes, tratamientos previos, efectos adversos (EA) durante el tratamiento con USK, hospitalizaciones y necesidad de cirugía, persistencia del fármaco y estudios endoscópicos tanto en el momento basal como al año de seguimiento, si disponibles.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 44 pacientes con CU en tratamiento con USK: 15 mujeres y 29 varones, 34,1 y 65,9% respectivamente. La mediana de edad fue de 43 años mientras que la duración media de la enfermedad fue de 7,9 años. De los 44 pacientes, casi la mitad (43%) había recibido 2 o más fármacos anti factor de necrosis tumoral (antiTNF), dos terceras partes vedolizumab (66%) y un 28% tratamiento con inhibidores de JAK. Se logró la remisión clínica en un 63, 50 y 79% a las 8, 24 y 52 semanas respectivamente. La evolución del MP, PCR y niveles plasmáticos a lo largo del tiempo se muestran en la gráfica adjunta. La evolución de la CF respecto al momento basal (2.655 µg/g) fue de 1.236, 1.488 y 962 µg/g en semanas 8, 24 y 52. Un 15,9% de los pacientes (7 de 44) tuvo que suspender el tratamiento durante el periodo de seguimiento, 4 de ellos por fallo primario al fármaco y 3 por colectomía. Solo 6 pacientes disponían de colonoscopia de control al año, encontrándose remisión endoscópica en la mitad de ellos. Uno de los 44 pacientes reportó astenia como EA sin necesidad de suspensión del fármaco. De los 37 pacientes que continúan con USK, 14 de ellos (37,8%) han completado ya dos años de tratamiento.

CONCLUSIÓN

Este estudio en vida real sugiere altas tasas de eficacia clínica y biológica así como de persistencia de USK en una cohorte de pacientes con CU refractaria a múltiples líneas terapéuticas.

12. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL CAMBIO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, RESULTADOS DEL REGISTRO ENEIDA

A. Garrido Marín ¹, M. Iborra Colomino ¹, J.M. Huguet Malavés ², M.M. Boscá Watts ³, A. Gutiérrez Casbas ⁴, G. Bastida Paz ¹, M. Aguas Peris ¹, E. Cerrillo Bataller ¹, A. Mínguez Sabater ¹, P. Nos Mateu ¹

1 Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, 2 Hospital General Universitario de Valencia, 3 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 4 Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

CT-P13 es un fármaco biosimilar de infliximab (IFX) cuya eficacia ha sido demostrada en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Disponemos de una nueva formulación subcutánea (sc) que ofrece tasas de respuesta y remisión clínica muy similares al tratamiento intravenoso (iv). En la actualidad contamos con muy pocos datos en vida real sobre esta nueva posología.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad del cambio de infliximab iv a sc en pacientes con EII.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo en pacientes con EII en tratamiento estable con IFX iv a los que se realizó un switch a la vía sc. Se obtuvieron datos demográficos y de la enfermedad a partir de la base ENEIDA. Se recogieron los valores del índice de Harvey-Bradshaw (HB) o Mayo parcial (MP) para enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) respectivamente así como los niveles de proteína C reactiva (PCR), calprotectina fecal (CF) y niveles plasmáticos del fármaco al inicio del tratamiento y a las 12 y 24 semanas. Registramos también tratamientos previos, efectos adversos (EA) durante el tratamiento sc así como hospitalizaciones y necesidad de cirugía.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 150 pacientes con EII a los que se realizó el cambio de IFX iv a sc, 60.7% presentaban EC (71 pacientes). Un 9.3% asociaba enfermedad perianal. El 55.3% eran varones. Cerca del 20% había llevado otro fármaco anti TNF antes de IFX. Antes del cambio, un 56.7% estaba en tratamiento con IFX iv intensificado. En el momento del switch, algo más de la mitad (50.7%) llevaba tratamiento combinado con un inmunosupresor (IS). Durante el tratamiento sc, se consiguió retirar el fármaco IS en 19 de los 76 pacientes en tratamiento combo. El 90% de los pacientes mantiene la dosis estándar de 120 mg cada 2 semanas. La mediana de PCR en el momento basal (3.3 mg/dl) fue superior a la objetivada en semanas 12 y 24, 2.96 y 2.13 mg/dl respectivamente. El dato más significativo es el incremento de los niveles plasmáticos de IFX tras el cambio iv a sc: 6, 15.1 y 14.8 µg/ml en semanas 0, 12 y 24. Durante el tratamiento sc, un 2.7% ha precisado cirugía y un 6% reportado EA.



CONCLUSIÓN

Este estudio en vida real sugiere que la eficacia y seguridad de IFX CT-P13 se mantiene tras el cambio de la vía iv a sc. Además, los niveles plasmáticos del fármaco tienden a incrementarse tras dicho cambio.

13. DESARROLLO DE UN ALGORITMO SECUENCIAL BASADO EN BIOMARCADORES NO INVASIVOS PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON ESTEATOHEPATITIS Y FIBROSIS SIGNIFICATIVA CANDIDATOS A ENSAYOS CLÍNICOS

D. Martí Aguado ¹, V. Merino Murgui ¹, A. Gallén Peris ², M. Gimeno ³, M. Latorre ⁴, S. Benlloch ², V. Aguilera ³, P. Lluch ¹, M. Diago ⁴, C. Alfaro Cervelló ¹, M. Bauza ³, V. Puglia ², A. Ten Esteve ³, D. Escudero García ⁵, M.A. Serra ⁵, L. Martí Bonmatí ³

1 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 2 Hospital Arnau de Vilanova, 3 Hospital Universitario y Politécnico La Fe, 4 Hospital General Universitario de Valencia, 5 Universidad de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La necesidad de una biopsia hepática para la identificación de candidatos a ensayos clínicos conlleva una gran dificultad en el reclutamiento de participantes con esteatosis hepática metabólica (NAFLD) y elevado riesgo de progresión de la enfermedad.

OBJETIVOS

Identificar pacientes con esteatohepatitis y fibrosis significativa (Fibro-NASH), candidatos a ensayos terapéuticos, mediante un algoritmo secuencial empleando distintos biomarcadores no invasivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, transversal, multicéntrico, de precisión diagnóstica, realizado en sujetos NAFLD evaluados con biopsia hepática entre 2017-2021. Las muestras histológicas se estadiaron con la escala NASH Clinical Research Network Activity Score (NAS), definiendo Fibro-NASH con una puntuación $NAS \geq 4 + F \geq 2$. Distintos biomarcadores no invasivos séricos, elastográficos (FibroScan) y de imagen (RM) se obtuvieron con menos de un mes de diferencia con respecto a la biopsia. El análisis de RM incluyó los parámetros T1c, fracción grasa por densidad protónica (PDFF) y perímetro abdominal, obtenidos con métodos de segmentación automática. Se realizó un análisis multivariante de regresión logística ajustado por edad, sexo, obesidad y diabetes para la identificación de NASH.

RESULTADOS

Se incluyeron 134 pacientes con NAFLD, 51% de los casos con NASH y 33% con Fibro-NASH. En el análisis multivariante, RM-PDFF (OR 1,38; IC95% 1,20-1,59) y perímetro abdominal (OR 1,09; IC95% 1,02-1,16) se asociaron de manera independiente con NASH. Se desarrolló la puntuación RM-NASH combinando ambos parámetros. RM-NASH obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,87 (IC95% 0,81-0,93) para la identificación de sujetos con NASH y se correlacionó significativamente con la escala histológica NAS ($r=0,70$). Un punto de corte de RM-NASH >400 obtuvo un 90% sensibilidad, 76% especificidad, 79% valor predictivo positivo (VPP), 88% valor predictivo negativo (VPN). En aquellos pacientes identificados como NASH mediante la puntuación RM-NASH, el empleo de FibroScan obtuvo un AUC de 0,85 (IC95% 0,76-0,94) para la identificación de sujetos con Fibro-NASH. Un punto de corte del FibroScan $>10,3$ kPa obtuvo un 76% sensibilidad, 89% especificidad, 88% VPP, 79% VPN.

CONCLUSIONES

El algoritmo secuencial basado en RM-NASH seguido de FibroScan podría ser de utilidad clínica en el manejo de pacientes con NAFLD.

14. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA ACTIVA DE PACIENTES PERDIDOS POR EL SISTEMA EN EL HOSPITAL COMO CAMINO HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS CRÓNICA C. PROYECTO RELINK-C

A. Bono Garrigues, E. Silgo-Gauche, C. Vinaixa Aunés, I. Conde Amiel, M. García-Eliz, A. Rubín-Suarez, J. del Hoyo Francisco, J.L. Hontangas, M. Prieto Castillo, M. Berenguer Haym, V. Aguilera Sancho-Tello

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

Se estima que existe un número elevado de pacientes perdidos por el sistema (PPS), con un diagnóstico de hepatitis C(VHC) antiguo que no ha recibido tratamiento. Estrategias de búsqueda de estos pacientes consiguen recuperar a un 12- 25%, y ofrecerles tratamiento antiviral.

OBJETIVOS

Búsqueda activa de PPS con VHC virémica que no han recibido tratamiento en HUyPLa Fe (Proyecto RELINK-C). Se definió PPS aquellos que no habían fallecido, desconocíamos si habían sido tratados en otros centros o no habían sido tratados sin existir una causa médica justificable.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda activa de potenciales PPS a través de las bases de datos de microbiología (2015-2020) con la siguiente condición: (Grupo 1) RNA VHC positivo sin una carga viral negativa posterior y (Grupo 2) serología VHC positiva sin determinación de carga viral.

RESULTADOS

En una primera fase, 286 pacientes (Grupo 1) y 836 pacientes (Grupo 2) fueron seleccionados según el criterio de búsqueda determinado. Tras una primera revisión de las bases, se eliminaron a (i)pacientes fallecidos, (ii) tratados en otros centros, (iii)pacientes no tratados por una causa justificada o (iv) en seguimiento activo, considerándose PPS: 134 y 164 en el grupo 1 y 2 respectivamente. En una segunda fase, se intentó localizar a los pacientes a través de teléfono (entre 5 y 10) y en caso de ser virémicos, completar estudio (genotipo, ecografía y elastografía) y ofrecerles tratamiento antiviral. Se consiguieron localizar al 78% de los PPS (n=231) (105 grupo 1 y 126 del grupo 2), de los cuales el 3% (n=8) había fallecido, 55% (n=127) había sido tratado en otros centros o se había producido una curación espontánea, 10% (n=23) rechazó pruebas y 32% (n=73) aceptó completar el estudio. De los 73, en 25 pacientes no se detectó viremia y fueron dados de alta, 5 pacientes no acudieron a la cita o rechazaron el tratamiento y 42(97.5%) de 43 virémicos, han recibido tratamiento. Los pacientes tratados presentaron una media de edad de 59 años (25-84), 62% hombres, 83% de origen español, G1-68% y G3-17%, 24%-F2-F3 y 27%-F4 y se han diagnosticado 3 CHC y 1 colangiocarcinoma.



CONCLUSIONES

La estrategia de búsqueda activa de PPS ha conseguido recuperar y tratar a un porcentaje elevado de pacientes con VHC, 52% con fibrosis avanzada y 4 con tumores hepáticos, que han tenido opción de tratamiento.

15. VALIDACIÓN DEL MODELO MELD 3.0 EN LA PREDICCIÓN DE LA MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

M.C. Brosel Martínez, R. López Andújar, M.C. Berenguer Haym

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Tanto el modelo MELD como el MELD Na son insuficientes para establecer con fiabilidad el pronóstico de algunos de los pacientes candidatos a trasplante hepático (TH), sobre todo en mujeres. Por ello, W Ray Kim et al han desarrollado el modelo MELD 3.0 y han demostrado que mejora la predicción de mortalidad de los pacientes en comparación con el modelo MELD Na en la población estadounidense.

OBJETIVO

Determinar si se cumple esa mejora de la predicción de mortalidad en nuestro medio en un grupo de pacientes en lista de espera (LE) de trasplante hepático.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico retrospectivo, cuya muestra está formada por los pacientes adultos en LE de trasplante hepático del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia entre los años 2017 y 2019, ambos incluidos, y que cumplen los criterios de selección. Se ha calculado la tasa de accesibilidad al TH, la tasa de mortalidad y las causas de éxitus y salida de la lista de espera y se han comparado entre hombres y mujeres.

RESULTADOS

Se incluyen 149 pacientes en LE de TH, 27,5% mujeres, cuya principal indicación de TH es la cirrosis por alcohol (32%) siendo ésta más prevalente entre la población masculina ($p < 0,001$). La tasa de accesibilidad al TH es del 90,6% sin diferencias entre sexos. Las causas de salida tampoco han sido diferentes por sexos ($p 0,628$). En el momento de entrada en LE, el modelo MELD 3.0 mejora la fiabilidad pronóstica del modelo MELD en 29 pacientes, sin diferencias entre sexos ($p 0,162$). Por el contrario, en el momento de salida de LE, se observan diferencias significativas comparando por sexos ($p 0,007$), ya que la utilización del MELD 3.0 beneficiaría más a las mujeres que a los hombres en nuestra muestra.

CONCLUSIÓN

En España, el MELD 3.0 mejora la predictibilidad de los modelos MELD y MELD Na, pero no parece que pueda mejorar la accesibilidad al trasplante por la escasa mortalidad en lista y la elevada probabilidad de trasplante hepático en un corto periodo de tiempo.

16. PACIENTES SOMETIDOS A SHUNT INTRAHEPÁTICO PORTOSISTÉMICO TRANSYUGULAR (TIPS) EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M.L. Molina Fernández-Murga, M. Cabacino Ibáñez, R. Dosdá Domingo, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, J.V. Gallego, A. Forés Bosch, M. Roldán Lafuente
Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Desde hace años, el TIPS ha adquirido una gran importancia en el manejo de las complicaciones de la hipertensión portal (HTP) en el paciente cirrótico. Principalmente, para el tratamiento de la hemorragia digestiva alta varicosa y la ascitis refractaria.

OBJETIVOS

Describir las características, complicaciones y la mortalidad de los pacientes sometidos a la colocación de TIPS como tratamiento de la HTP en el Hospital General Universitario de Castellón (HGUCS).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes sometidos a la colocación de TIPS entre enero de 2018 y julio de 2022 en el HGUCS. Se evaluaron variables demográficas, clínicas, complicaciones y mortalidad, entre otras.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 30 pacientes, con una edad de 59.7 ± 7.9 años, el 70% hombres. La etiología más frecuente de la cirrosis fue el alcohol (40%), seguido de la infección por VHC (16.3 %). La indicación más frecuente fue la HDA varicosa (53.3%). El 50% presentaban una función hepática con Child-Pugh B, el 30% C y el 20% A. La media del MELD fue de 13 ± 4 . De los pacientes que presentaron una HDA, el 56.3% presentó ligadura endoscópica previa y al 68.8% se le administró terlipresina como droga vasoactiva. El porcentaje de early-TIPS fue del 16.6%. La media del GPVH pre-TIPS fue de 17.5 ± 3.6 mmHg y el post-TIPS fue de 7.1 ± 3 mmHg.

Más del 70% de los pacientes presentaron alguna complicación posterior. El 70% tuvieron al menos un episodio de encefalopatía hepática, de ellos el 52% en el primer mes, precisando el cierre parcial del TIPS en dos pacientes. Un 16,6% presentó resangrado posterior y dos pacientes presentaron trombosis a nivel del stent. Dos pacientes fueron sometidos a trasplante tras el TIPS, siendo la causa inicial de la cirrosis un síndrome de Overlap y una infección de VHB + VHD.

Por último, el 6.6% de los pacientes fallecieron en el primer mes y un 16.6% en los primeros 3 meses, siendo el alcohol la etiología más frecuente.

CONCLUSION

El TIPS es una herramienta eficaz en el manejo de las complicaciones de la hipertensión portal. Sin embargo, la encefalopatía hepática sigue siendo la complicación más frecuente a pesar de la mejora en los stents (recubiertos o de menor calibre). Tras la revisión de los datos, debemos continuar con el estudio del TIPS para mejorar en la prevención y manejo de sus complicaciones.



17. AUMENTO DE INCIDENCIA Y CAMBIO DE PERFIL EN LAS HEPATITIS AGUDAS POR INGESTA DE PARACETAMOL CON INTENCIÓN AUTOLÍTICA

E. Coello Córdoba, M.V. Aguilera Sancho-Tello, C.M. Murcia Moreno, M. Pena López, S. Romero Moreno, C. Vinaixa Aunes, M. García Eliz, J. del Hoyo Francisco, A. Rubín Suárez, M. Berenguer Haym, I. Conde Amiel

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La sobredosis de paracetamol puede producir lesión hepática y renal severas. La ingesta autolítica de paracetamol (IAP) ha sido clásicamente descrita en países anglosajones, siendo poco frecuente en España. Su pronóstico, cuando el diagnóstico es precoz y se administra tratamiento adecuado, es generalmente bueno.

OBJETIVOS

Describir las características clínico-demográficas y la evolución de los pacientes ingresados por IAP en nuestro medio y valorar si se ha producido un aumento de casos en el último año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y unicéntrico de pacientes ≥ 16 años ingresados por IAP entre enero 2021 y agosto 2022.

RESULTADOS

El número de ingresos por IAP fue: 6 en 2019, 3 en 2020, 9 en 2021 y 15 hasta 08/2022, lo que supone un incremento de 267% entre 2019-2020 y 2021-2022.

El 83% de los pacientes fueron mujeres, jóvenes (mediana: 21 años), 75% con nacionalidad española, 65% con antecedentes psiquiátricos, fundamentalmente trastornos ansioso-depresivos. La ingesta media fue de 17.7g, con una concentración media plasmática inicial de 112 μ g/ml, con riesgo de hepatotoxicidad según el nomograma de Rumack-Matthew en el 54%. El 63% asoció otros tóxicos. El tiempo en acudir a urgencias fue de 4 horas (0.5-76). Se realizó lavado gástrico en 6 pacientes (25%), se administró carbón activado en 10 (42%) y N-acetilcisteína en 23 (96%).

Los hallazgos analíticos iniciales fueron: Glucosa 98 mg/dL (43-173), Creatinina 0.73 mg/dL (0.5-1.4), Bilirrubina Total 0.5 mg/dL (0.1-4.2), AST 20 U/L (11-11493), ALT 22 U/L (8-5958), Índice de Quick 80% (10-100), INR 1.04 (1-8), pH 7.3 (7.2-7.5) y lactato 2 mmol/L (0.5-5.6).

Las complicaciones asociadas fueron: encefalopatía 4%, coagulopatía 21%, fracaso renal agudo 4%, ingreso en UCI 21%, trasplante hepático 4%, éxitus 0%.

Al alta 2 pacientes (8%) precisaron ingreso en psiquiatría y 6 pacientes (25%) realizaron intentos autolíticos posteriores.

CONCLUSIONES

Se ha producido un aumento de incidencia de IAP en nuestra área, con un número importante de pacientes jóvenes, de nacionalidad española, mujeres y con antecedentes psiquiátricos. Las complicaciones graves son poco frecuentes y el pronóstico es bueno, probablemente en el contexto de una detección precoz y un correcto tratamiento. Conocer las razones de este aumento es de gran relevancia para prevenir la incidencia de nuevos casos.

18. EFECTO DE LA COVID-19 EN LA REACTIVACIÓN DE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VHB

A. Hurtado Soriano, E. Álvarez Arroyo, L.M. Bernal Luján, P. López Guillen, L. Guilbert Sanz, F.J.Puchol Rodrigo, O.B. Galipienso, N. Sala Miquel, S. Pascual Bartolomé, I. Herrera Marante, C.F. Miralles Maciá, P. Bellot García, M. Rodríguez Soler

Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis.

INTRODUCCIÓN

La reactivación de VHB en pacientes inmunosuprimidos puede ser del 10% pudiendo ser una complicación grave evitable con profilaxis (PFX) adecuada. Desde el diagnóstico de la infección por COVID19, un número considerable de pacientes ha recibido inmunosupresores. De ahí surge la necesidad de crear un protocolo para evitar esta reactivación.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de un protocolo para evitar la reactivación del VHB.

Establecer el beneficio de la PFX con NUC.

Evaluar el grado de adherencia al protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo unicéntrico. Se incluyeron pacientes con ingreso por neumonía COVID19 e infección activa o resuelta por VHB entre marzo-abril 2021. Se diseñó un protocolo que incluía serología VHB a todos los pacientes y aquellos con HBsAg+ o HbCac+ se les realizó CV-VHB. Los pacientes con HbCac+ recibieron NUCs durante 3 meses. Los pacientes con HBsAg+ o CV-VHB+ recibieron NUCs indefinidamente.

RESULTADOS

Se incluyeron 79 pacientes con HbCac+ en el momento del ingreso (59 hombres, edad media 67 años (35-93)). 71 pacientes recibieron Tocilizumab, 78 Dexametasona, 2 Anakinra y 13 Baricitinib. Un total de 65 pacientes (82.3%) recibieron PFX. Al ingreso, 9 pacientes presentaron infección activa por VHB (HBsAg+); 7 de ellos sin diagnóstico previo. 6 pacientes presentaron DNV-VHB+, 2 negativo y en 1 no se determinó. De ellos, 8 iniciaron tratamiento de forma indefinida y 1 no lo recibió por falta de adherencia. 70 pacientes con HBsAg-/HbCac+ y 13 no recibieron PFX (8 por falta de adherencia y 6 por éxito). Los 57 restantes recibieron PFX 3 meses. Se realizó seguimiento 3-6 meses tras finalizar tratamiento. No se realizó seguimiento en 16 pacientes por éxito y en 15 por no realización de análisis. Uno de estos pacientes presentó reactivación en el contexto de inicio de inmunosupresión sin PFX; se inició tratamiento con buena respuesta y sin complicaciones. Hubo un caso de HBsAg dudoso y DNA-VHB+ (<10 copias); se realizó seguimiento durante 1 año, con negativización de ambos parámetros.

CONCLUSIONES

Hemos logrado detectar un elevado número de pacientes con infección activa por VHB no conocida, así como evitar la reactivación del VHB y sus complicaciones. Sólo hubo un caso de reactivación de VHB en paciente HBsAg- porque no recibió PFX. La adherencia al protocolo se considera que fue alta y efectiva.



VIDEOFORUM / CASOS ENDOSCÓPICOS

1. APLICACIÓN DE NUEVO DISPOSITIVO PARA EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO

G. López-Roldán, B. Martínez-Moreno, J.F. Martínez Sempere, L. Compañy Catalá, C. Mangas Sanjuán, F. Ruiz Gómez, J.R. Aparicio Tormo

Hospital General Universitario Alicante Dr. Balmis.

La impactación de bolo alimentario en esófago es una indicación de endoscopia urgente que no siempre es sencilla de resolver. OTSG Xcavator™ de OVESCO es un dispositivo que incorpora una pinzas de gran tamaño dispuestas sobre el endoscopio, diseñado para necrosectomía endoscópica, con posterior expansión a la extracción de cuerpos extraños y de coágulos sanguíneos. Describimos dos casos de cuerpo extraño alimentario impactado en esófago que se resuelven mediante el uso de Xcavator™.

La primera paciente es una mujer de 92 años de edad con movilidad limitada a silla de ruedas. Ingresó por disfagia tanto para sólidos como líquidos, vómitos líquidos, tos y disnea de varios días de evolución. La radiografía de tórax no muestra infiltrados y presenta una saturación de oxígeno con gafas nasales del 78%. Se ingresa con oxigenoterapia y antibióticos con la sospecha de impactación por cuerpo extraño. Se realiza endoscopia bajo anestesia general con intubación orotraqueal en la que se aprecia dilatación esofágica con presencia de abundante contenido alimentario que ocupa la luz esofágica. Se intenta su extracción con pinza de cuerpos extraños, así como asa de polipectomía y cesta de Roth sin éxito. Tras 50 minutos de exploración, se decide utilizar OTSG Xcavator™ lo que permite la extracción del bolo alimentario.

En segundo lugar, se valoró a un varón de 64 años de edad con antecedentes de ERGE e impactaciones esofágicas de repetición por anillo de Schatzki distal, con dilatación del mismo con el propio paso del endoscopio en el último episodio. Acude por clínica de impactación tras ingesta de carne sin hueso. Se introduce gastroscopio convencional, localizándose, en tercio distal esofágico, cuerpo cárnico impactado que se extrae con dispositivo OTSG Xcavator™ de OVESCO. Se observa la persistencia del anillo esofágico distal, de un calibre aproximado de 7 mm, que se dilata con el propio sistema Xcavator™ (28 mm de apertura total), con adecuado desgarro posterior.

2. UTILIDAD DE COLANGIOSCOPIO DE UN SOLO OPERADOR PARA FRANQUEAR ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS BILIAR EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

G. López-Roldán, B. Martínez-Moreno, J.F. Martínez Sempere, C. Mangas Sanjuán, F. Ruiz Gómez, L. Compañy Catalá, J.R. Aparicio Tormo

Hospital General Universitario Alicante Dr. Balmis.

La estenosis de la anastomosis es una complicación del trasplante hepático ortotópico (THO) descrita en entre un 4% y un 9% del total de pacientes. El tratamiento inicial de elección se realiza mediante control endoscópico, consistiendo en realización CPRE y posterior dilatación (pudiéndose utilizar balones dilatadores o prótesis), consiguiéndose unas tasas de éxito de hasta el 90%.

Presentamos el caso de un varón de 68 años de edad sometido en abril de 2020 a THO de donante cadáver con anastomosis colédoco-colédoco indicado por cirrosis hepática de origen esteatótico mixto. En abril de 2022, ante empeoramiento del perfil colestásico, se realiza CPRE con sospecha de estenosis de anastomosis, dilatándose la misma con balón de 8 mm, que se repite dos meses después. Ante ausencia de mejoría, se

indica nueva endoscopia.

Se realiza exploración con duodenoscopia, accediéndose a vía biliar a través de la esfinterotomía previa. Inicialmente, no se consigue paso de contraste a colédoco proximal, con posterior relleno del mismo con dificultad, constatando una estenosis de la anastomosis. No se consigue progresar la guía hacia el colédoco proximal. Por ello, se introduce el colangioscopio desechable de un solo operador SpyGlass™, localizando la anastomosis, sin poder definir un claro orificio de paso a este nivel. Se retira un punto de sutura con pinza de biopsia para colangioscopio, y tras retirada de tejido adicional con la pinza, se observan dos orificios, uno de ellos puntiforme sin adecuado ascenso de la guía, progresando por el otro orificio la guía adecuadamente. Se realiza entonces dilatación de la estenosis con balón dilatador de 8mm, no consiguiendo vencer completamente la muesca del balón. Por lo tanto, coloca una prótesis biliar metálica recubierta con flaps de 10x80mm sobre la anastomosis. En los días posteriores, se aprecia una mejoría progresiva del patrón de colestasis.

Este caso pone de manifiesto el reto que puede suponer el manejo endoscópico de las estenosis anastomóticas biliares. En nuestro caso, la estenosis no fue franqueable bajo visión fluoroscópica, consiguiéndose acceso y valoración directa de la misma con colangioscopio. Esto permitió retirar un punto de sutura interpuesto en la anastomosis y material fibroso que contribuía a la misma y, finalmente, acceso a tramos proximales para llevar a cabo tratamiento dilatador de la estenosis.

3. ENFERMEDAD DE CROHN DUODENAL: LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

A.A. Pérez Ibáñez¹, A. Voces Cabaleiro¹, J. Torrente Sánchez¹, R. Díaz Muñoz¹, J. R. Lorente Montoro¹, S. Albert Palomares¹, M. Fquihi¹, A. López Serrano¹, M.L. Pérez Ebri²

1 Aparato digestivo. Hospital Universitario Doctor Peset, 2 Anatomía Patológica. Hospital Universitario Doctor Peset.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) es un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar a diferentes segmentos del tracto digestivo, siendo los más frecuentes, íleon y colon (70%); sin embargo, la afectación gastro-duodenal solo constituye el 0.5-4% de los casos. Presentamos un paciente con afectación duodenal sintomática como debut de EC.

ENDOSCOPIA

Varón de 49 años con infección curada por VHC y espondilitis anquilosante en tratamiento con Etanercept que ingresa por malestar epigástrico, vómitos alimentarios y pérdida de 4 Kg de un mes de evolución. A la exploración, molestias y bazuqueo en epigastrio. En analítica solo destacaba en sangre PCR 58mg/L y Leucocitos 12.700/L. En endoscopia digestiva alta (EDA): múltiples úlceras duodenales de bordes regulares que condicionan estenosis franqueable en tercera porción duodenal (imagen 1 y 2), con estudio histológico inespecífico. En TC se observó estenosis duodenal de origen ulcoide. Se inició corticoterapia (60mg/día) y a la semana, la EDA (imagen 3) objetivó úlceras duodenales en fase de cicatrización con anatomía patológica compatible con EC (distorsión arquitectural, infiltrado inflamatorio parcheado y microabscesos criptales). En la endoscopia digestiva baja (EDB): úlceras en íleon (imagen 4) con inflamación inespecífica.

Ante dichos hallazgos se inició tratamiento: Infliximab que se cambió a Ustekinumab por Neuritis óptica; con mejoría de los síntomas digestivos.



CONCLUSIONES

En pacientes con presencia de úlceras atípicas en el tubo digestivo alto tendremos en cuenta la posibilidad de afectación por EC. Además, será importante descartar la afectación de tramos más distales del tubo digestivo aún en ausencia de síntomas, como en el presente caso.

4. VALOR DE LA ENTEROSCOPIA ESPIRAL MOTORIZADA EN EL DIAGNÓSTICO DE ORIGEN OSCURO, A PROPÓSITO DE UN CASO

F. J. Puchol Rodrigo, L. Compañy Catalá, J. Martínez Sempere, C. Mangas Sanjuán, B. Martínez Moreno, G. López Roldán, F. Ruiz Gómez, O. Belén Galipienso, N. Sala Miquel, L. Bernal Luján, A. Hurtado Soriano, P. López Guillén, J.R. Aparicio Tormo

Hospital General Universitario de Alicante.

Presentamos un caso de un varón de 44 años con hemorragia digestiva de origen oscuro tras diversas pruebas (incluida cápsula endoscópica) al que se solicita una enteroscopia.

Se practica enteroscopia espiral motorizada, alcanzando el ciego, con una distancia aproximada de 385 pliegues (346,5 cm). En íleon preterminal (a 96cm del ciego) se observa un divertículo de gran tamaño que impresiona de divertículo de Meckel. Se realizó tatuaje a ese nivel.

Posteriormente, se avisó a Cirugía General para programar intervención de divertículo de Meckel. Dos semanas después, el paciente fue intervenido por cirugía general exitosamente, consiguiendo interrumpir los sangrados digestivos del paciente.

El divertículo de Meckel fue finalmente visualizado con enteroscopia, tras el fallo diagnóstico de los anteriores métodos. Este caso nos demuestra la utilidad de la enteroscopia para la caracterización de la hemorragia digestiva baja de origen oscuro, que puede ser útil incluso aun en ausencia de hallazgos patológicos en la cápsula endoscópica.

5. EMBOLIZACIÓN DE FÍSTULA ARTERIO-ESOFÁGICA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

L. Bernal Luján, A. Hurtado Soriano, P. López Guillén, N. Sala Miquel, F. Ruiz Gómez, L. Compañy Catalá, J. Martínez Sempere, B. Martínez Moreno, C. Mangas Sanjuán, J.R. Aparicio Tormo

Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

La embolización es un tratamiento mínimamente invasivo que consiste en la interrupción del flujo sanguíneo de un vaso mediante colocación de coils bajo control radiológico. Esta técnica puede emplearse en el ámbito de la gastroenterología con control por ecoendoscopia en hemorragias digestivas refractarias a tratamiento endoscópico convencional.

Se presenta el caso de un varón de 59 años con adenocarcinoma de cardias T3N3M1 portador de prótesis esofágica desde hacía 6 meses y en tratamiento con segunda línea de quimioterapia que ingresa por hematemesis franca.

ENDOSCOPIA

Se realiza gastroscopia evidenciando a nivel de esófago distal sobrecrecimiento tumoral transprotésico, ulceración difusa con sangrado "en sábana" y vaso de gran calibre sin sangrado activo pero como causa

probable del sangrado. Se realiza tratamiento con hemospray.

Posteriormente ante nuevo episodio de hematemesis se realiza ecoendoscopia identificando pequeño vaso arterial en la pared tumoral esofágica de 1 mm de tamaño que se emboliza con un coil. En el borde proximal de la prótesis se observa un pseudoaneurisma de la aorta de 1 cm de diámetro que se emboliza con 4 coils comprobando ausencia de flujo en el mismo.

COMENTARIOS/CONCLUSIONES

La embolización guiada por ecoendoscopia puede ser útil en el tratamiento de algunos casos de hemorragia digestiva en los que se identifica el punto sangrante. Presentamos este caso por lo excepcional del mismo, logrando control inicial del sangrado como terapia puente a otra terapéutica definitiva que finalmente no se realizó porque se decidió manejo paliativo, con nuevo episodio de hematemesis a las 72 horas y éxitus del paciente.

6. OBSTRUCCIÓN ESOFÁGICA COMPLETA TRAS LIGADURA DE VARICES

P. Calero Gozálviz, A. Crespo Catala, C. Amorós García, A. Antoli Miro, P. Jiménez Martínez
Hospital Arnau de Vilanova.

Varón de 77 años con cirrosis hepática por alcohol abstinentes desde 2010, Child A. Sigue programa de ligadura endoscópica desde junio/21 como profilaxis 1ª por varices esofágicas grandes con intolerancia a betabloqueantes y necesidad de anticoagulación crónica por arritmia.

Ingresa de manera programada para nueva sesión de ligadura endoscópica, tras 4 sesiones de ligadura previas sin incidencias. Se aprecia a nivel de tercio medio e inferior esofágicos cicatrices de ligaduras previas y hasta tres cordones varicosos, violáceos y tortuosos que improntan levemente sobre la luz, sin desaparecer por completo con la insuflación, sin estigmas de sangrado. Se coloca una primera banda elástica sin incidencias. Durante la colocación de la segunda, coincidiendo con la aspiración de la mucosa dentro del capuchón, el paciente presenta una arcada liberándose justo a continuación la banda, produciéndose una invaginación de toda la mucosa esofágica distal en el interior de la banda liberada y con ello una estenosis completa de la luz esofágica. Se intenta desinvaginar con balón CRE de hasta 6 mm, romper la banda con pinza de asa caliente, pero todos los intentos son infructuosos. Ante la progresiva isquemia del tejido atrapado y el riesgo de perforación se decide no continuar.

El paciente permanece ingresado 5 días en dieta absoluta con nutrición parenteral. Presenta una evolución favorable con reanudación de la tolerancia progresiva, comprobándose permeabilidad esofágica en tránsito intestinal baritado.

Tras 8 días de la complicación, se realiza gastroscopia donde se observa en tercio inferior esofágico una estenosis con ulceración superficial de la mucosa, que se consigue franquear con un endoscopio pediátrico. Bajo la estenosis se visualiza un cordón varicoso, y otra zona más distal de escara postligadura. El paciente fue dado de alta a domicilio con dieta triturada. De forma ambulatoria se solicitó una nueva gastroscopia ante clínica progresiva de disfagia a sólidos, observándose una estenosis de 4mm de aspecto fibrótico a nivel de la zona teórica de ligadura previa, que se trató exitosamente con balón de dilatación hidrostático.

La afagia post-ligadura de varices es una complicación rara, en los pocos casos descritos en la literatura se documenta una buena evolución con manejo conservador, siendo frecuente la aparición de estenosis esofágica posterior.



PÓSTERES

- Sesión presentación Comunicaciones Póster:

1. POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE GENÉTICO, BASADA EN UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

V. Argumánez Tello, S. García García, I. Terol Cháfer, M. Bustamante, V. Lorenzo-Zuñiga, C. Soutullo, P. López Muñoz, M. García Campos, S. Oltra, V. Pons
Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante.

Es bien conocido que el fenotipo ligado con la PAF tiene relación con la posición que ocupa la mutación germinal dentro del gen APC, en cambio, se desconoce la implicación del tipo de mutación en el fenotipo.

OBJETIVO

Describir las mutaciones responsables de la PAF en nuestra cohorte de pacientes y la proporción de manifestaciones extracolónicas en función del tipo de mutación.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, de pacientes con diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar, con seguimiento en un hospital terciario.

RESULTADOS

De los 46 pacientes incluidos en nuestro estudio, disponemos de análisis genético en 44. Un 52% (24/46) presentan mutaciones frameshift. 11 de los 46 presentan mutaciones nonsense, que acarrear un codón de parada inmediato. Por lo tanto, la mayoría de las mutaciones presentes en nuestros pacientes (82%) tienen como resultado una proteína truncada, mientras 7 de los restantes sufren mutaciones de splicing, produciendo probablemente, proteínas con una longitud casi completa, denominadas hipomórficas.

La poliposis fúndica es la manifestación extracolónica más frecuente (24/46). Es seguida por el ampuloma (15/46 pacientes), encontrando solo 2 casos en pacientes con mutación splicing. Respecto al resto de manifestaciones extracolónicas, todas ellas parecen ser menos frecuentes en pacientes con mutaciones de tipo splicing (Tabla 1).

Desmoides Ampuloma Osteoma Tumor Tiroides DAG/Carcinoma Gástrico Polip. fúndica

Frameshift (n=24) 3 7 0 1 2 15

Nonsense (n=11) 3 5 1 4 1 5

Splicing (n=7) 0 2 0 1 0 4

CONCLUSIONES

El tipo de mutación, y no solo su localización, podría estar implicado directamente en el fenotipo del paciente con PAF.

Un mayor conocimiento del gen APC y de su funcionamiento podría ayudar a definir con mayor precisión el seguimiento clínico.

2. HEMORRAGIA DIGESTIVA GRAVE POR VARICES YEYUNALES: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

V. Argumániz Tello, N. Alonso Lázaro, M. García Campos, A. Del Val Antoñana, S. García García, I. Terol Cháfer, M. Bustamante Balen, V. Lorenzo-Zuñiga García, L. Argüello Viudez, P. López Muñoz, A. Garrido Marín, V. Pons Beltrán, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Las varices ectópicas (VEC) son colaterales portosistémicas que se forman en sitios distintos a la unión gastroesofágica. Menos de un 5% de las hemorragias por varices están causadas por VEC, aunque presentan mayor riesgo de sangrado y una mortalidad que alcanza el 40%. Deben sospecharse en pacientes con sangrado potencial de intestino delgado, y antecedentes de hipertensión portal/hepatopatía, cirugía abdominal, y otros estados protrombóticos.

CASO CLÍNICO Y ENDOSCOPIA

Mujer de 47 años sin antecedentes de interés que ingresa por hemorragia digestiva expresada en forma de melenas con episodio sincopal y anemia de 7,5g/dL. Se realiza gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos relevantes.

Se completa el estudio con una TC abdominopélvica, en la que se objetiva trombosis crónica de la vena mesentérica superior (VMS) y múltiples irregularidades a lo largo de todo el árbol vascular de la arteria mesentérica superior (AMS). Se inicia estudio de trombofilia y se realiza cápsula endoscópica identificando en yeyuno proximal múltiples cordones varicosos de contenido azulado sin estigmas de sangrado. Distalmente se observa un sangrado babeante sin identificar alteraciones circundantes. Se realiza enteroscopia anterógrada por pulsión identificando desde el ángulo de Treitz numerosos conglomerados varicosos de gran tamaño.

Durante la exploración se produce un sangrado en jet que se controla con inyección de 4-5cc de oleato de etanolamina. Tras la escleroterapia la paciente se mantuvo estable clínica y analíticamente sin nuevos episodios de sangrado. Se instaura terapia con carvedilol a dosis de 6,25mg cada 12 horas. Actualmente la paciente está en seguimiento pendiente de estudio etiológico.

CONCLUSIONES

Las varices yeyunales son una entidad rara, de difícil diagnóstico, y de muy difícil tratamiento sin guías establecidas.

El tratamiento óptimo requiere un informe multidisciplinar. La terapia de primera línea es la endoscópica y en caso de fracaso se debe realizar terapia endovascular o cirugía de resección yeyunal.



3. PRÓTESIS ANTERÓGRADA DE COLON POR NEOPLASIA GÁSTRICA INFILTRATIVA

A. Hurtado Soriano, J. Martínez Sempere, F. Ruíz Gómez, P. López Guillén, L. Bernal Luján, N. Sala Miquel, O. Belén Galipienso, L. Guilabert Sanz, F.J. Puchol Rodrigo, E. Álvarez Arroyo, C. Mangas Sanjuán, L. Compañy Catlá, J.R. Aparicio Tormo, R. Jover Martínez
Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

Varón 74 años consulta por disfagia progresiva, pérdida de 8Kg, dolor abdominal y estreñimiento de 2.

Se realiza TC abdomino-pélvico y gastroscopia, diagnosticando un adenocarcinoma infiltrante difuso gástrico. Además, en TC: engrosamiento circunferencial en colon transverso de 6.5cm y aumento de planos grasos contactando con duodeno y cabeza pancreática, con dilatación de ileon y colon de proximalmente. Se realiza colonoscopia: estenosis inflamatoria en CT.

Dos días después, cuadro de oclusión intestinal secundaria a estenosis en CT. Se realiza cirugía urgente, hallando perforación apendicular. Se realiza apendicectomía + ileostomía en cañón de escopeta.

Tras conocer el diagnóstico de Anatomía Patológica de la biopsia de colon (infiltración submucosa adenocarcinoma difuso), se decide colocación de prótesis de colon con carácter paliativo con el objetivo de realizar un cierre de ostomía.

ENDOSCOPIA

Se introduce colonoscopio por orificio de ileostomía y se avanza anterógradamente hasta colon transverso, localizando la estenosis. Mucosa macroscópicamente normal.

Se introduce balón extractor biliar, se hincha el balón y rellena de contraste para estimar la extensión de la estenosis. A continuación, se pasa la guía y se retira el balón extractor. Se introduce la prótesis no recubierta de 25x120mm y por control radiológico se posiciona la estenosis en la región central de la prótesis. Se libera la prótesis sin incidencias.

COMENTARIOS/CONCLUSIONES

Destaca el aprovechamiento de un abordaje diferente al habitual al disponer de un orificio de entrada alternativo, en este caso la ileostomía, ofreciéndonos una menor distancia al objetivo terapéutico y menor riesgo de iatrogenia para el paciente.

4. CAMBIOS HEMODINÁMICOS POST-TIPS

S. González Padilla, P. Lluch García, T. García Ballester, P. Navarro Cortés, C. Suria Bolufer, C. Abril García
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) provoca distribución de volumen de sangre de la circulación esplácnica a sistémica provocando aumento de la precarga y del gasto cardíaco con hiperflujo a cavidades derechas que en algunos pacientes puede desenmascarar una miocardiopatía crónica no diagnosticada previamente o causar hipertensión pulmonar.

OBJETIVOS

Valoración cambios hemodinámicos post- TIPS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 75 años con historia de cirrosis hepática de origen enólico estadio Child-Pugh B-8, diagnosticada en 2021.

Presenta ascitis refractaria a diuréticos y SHR-2 por lo que requirió colocación de TIPS. No episodios previos de PBE ni de HDA. Un episodio previo aislado de encefalopatía hepática. Ecografía post- TIPS describe TIPS permeable y ascitis abundante sin LOEs.

Ingresa por astenia, disnea en reposo, edemas en miembros inferiores y ascitis.

Durante su ingreso, desarrolla edemas con fóvea en MSS grado 3 y crepitantes secos en la auscultación. En la analítica sanguínea presentaba creatinina 2.54 mg/dl, Na 117 mmol/L, K 5.6 mg/dl, bilirrubina total 4.20 mg/dl y plaquetas 106000. Durante la hospitalización se realiza ecografía-doppler abdominal con TIPS permeable sin observar gradiente de velocidades sospechoso de malfunción y un ecocardiograma transtorácico para descartar sobrecarga de cavidades derechas secundaria al TIPS en la que se describe dilatación biauricular, VI normal y FEVI 72 %, insuficiencia tricuspídea ligera con presión sistólica pulmonar estimada (PASP) 38 mmHg.

RESULTADOS

Ante la sospecha de hipertensión pulmonar se realiza cateterismo cardiopulmonar que confirma nuestra sospecha con PAPm > 45mmHg. En esta circunstancia se decide cierre del TIPS sin incidencias.

CONCLUSIÓN

La hipertensión pulmonar post-TIPS se produce por elevación de la presión en la arteria pulmonar (PAPm) sin aumento de resistencias vasculares pulmonares ni presión enclavamiento pulmonar. Es una patología que se contempla en el diagnóstico diferencial de la disnea en el paciente con cirrosis y requiere una adecuada evaluación cardiaca mediante ecocardiograma transtorácico para evaluar PASP y disfunción diastólica entre otras.

5. PANCREATITIS DEL SURCO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE 18 PACIENTES DE UN ÚNICO HOSPITAL

C. Sánchez Cano, E. Uclés Ramada, S. López Jiménez, I. Ortiz Polo, A. del Val Antañana
Sección de Gastroenterología. Servicio de M. Digestiva. Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia.

INTRODUCCION

La pancreatitis del surco (PS) es un subtipo raro de pancreatitis crónica caracterizado por la inflamación del surco pancreático duodenal. No existen guías terapéuticas definidas, en alguna serie se ha comunicado una buena respuesta a tratamiento conservador y, por el contrario, en otras una alta tasa de cirugía.

OBJETIVOS

Realizar un estudio descriptivo de la presentación clínica, curso evolutivo y tratamiento en una cohorte de pacientes con PS de un hospital terciario de referencia.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de PS mediante técnicas de imagen (TC, RM y ecoendoscopia) entre noviembre de 2010 y octubre de 2021. Se registraron variables clínicas, hallazgos radiológicos, terapias aplicadas y sus resultados tanto en el primer ingreso como durante el curso evolutivo.

RESULTADOS

Se identificaron 18 pacientes con PS, la mayoría tipo quístico (n=17) y tan solo un caso tipo sólido, edad media 48,39 años, 94,4% hombres. La etiología más común fue abuso de alcohol asociado a tabaquismo en 17 (89,2%). Tenían criterios de pancreatitis aguda 6 (33,3%) y de pancreatitis crónica 7 (40%). Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal (100%), pérdida de peso (61%), vómitos (55,6%) e ictericia (16,7%). Presentaron estenosis duodenal (33,3%), diabetes mellitus (16,7%) e insuficiencia pancreática exocrina al diagnóstico (elastasa pancreática < 50 μ /g) 3 (18%); y la desarrollaron 3 más de los que precisaron resección pancreática (42,9%). Los hallazgos radiológicos más frecuentes fueron: distrofia quística duodenal (77,8%), engrosamiento de pared duodenal (50%), afilamiento del surco pancreático (33,3%) y masa en el surco (5,6%). Recibieron tratamiento conservador 9 pacientes (50%), endoscópico 3 (18%) y quirúrgico 8, 1 doble derivación (biliar y pancreática) y 7 (38,9%) pancreatoduodenectomía céfalica (DPC). Tras un periodo de seguimiento medio de 57 meses la supervivencia fue del 100%, hubo remisión clínica del dolor y de la pérdida de peso en el 90% de los tratados de forma conservadora y en todos los tratados quirúrgicamente sin diferencias significativas.

CONCLUSIONES

La PS en nuestra serie tuvo un amplio espectro de gravedad. Una alta proporción de pacientes precisaron tratamiento quirúrgico (DPC). Tanto el tratamiento conservador como el quirúrgico resultaron eficaces.

6. UPADACITINIB EN COLITIS ULCEROSA: A RAZÓN DE UN CASO UP A

M. Gil Rodríguez, E. Guillén Botaya, J.M. Huguet Malavés, C. Pérez Rivarés, A. Fernández Soro, I. Pérez Álvarez, J. Gutiérrez Basoa, J. Sempere García-Argüelles, L. Ruiz Sánchez, I. Bort Pérez, A. Monzó Gallego

Consorcio Hospital General de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La Colitis Ulcerosa (CU) es una enfermedad caracterizada por una inflamación continua del colon que requiere terapia de por vida. A pesar de la expansión del arsenal terapéutico para la CU, hasta en un 46% de los casos existe un fracaso primario o secundario, lo que muestra la necesidad de nuevos medicamentos.

Los inhibidores de JAK son un grupo de fármacos que se han mostrado eficaces en distintas enfermedades inmunomediadas, entre ellas la CU. El Upadacitinib es un inhibidor selectivo de JAK1 con un mecanismo de acción rápido y administración oral, aprobado recientemente por la Agencia Europea del Medicamento para su uso en CU.

CASO CLINICO

Varón de 57 años con diagnóstico de proctitis ulcerosa que requirió tratamiento con infliximab en el 2000 y que posteriormente se mantuvo en remisión con azatioprina, mesalazina oral y tópica. Además, asociaba

sacroileitis y espondilitis por las que se inició tratamiento con Adalimumab en el 2017.

En el 2020 requiere ingreso hospitalario por brote moderado-grave refractario a corticoides y a intensificación de adalimumab. Endoscópicamente se aprecia progresión con afectación de todo el colon y actividad severa (MAYO 3). Debido a la ausencia de respuesta clínica y endoscópica se decide cambio de diana terapéutica fracasando todas las líneas (tofacitinib, vedolizumab, aféresis, ustekinumab, golimumab, filgotinib e infliximab) tanto por falta de respuesta como por mala tolerancia.

Ante la negativa del paciente a someterse a colectomía, se le ofrece como última alternativa tratamiento con Upadacitinib. Tras iniciar Upadacitinib a dosis de 45 mg diarios vía oral presenta gran mejoría clínica con 2 deposiciones diarias y ausencia de dolor abdominal. Tras la inducción se reduce a 30mg de mantenimiento persistiendo en remisión clínica 3 meses tras el inicio del tratamiento.

CONCLUSIÓN

El uso del Upadacitinib en pacientes con CU ha mostrado eficacia a nivel clínico, endoscópico e histológico en diferentes ensayos clínicos. En el caso de nuestro paciente incluso ha logrado evitar una colectomía total en una situación de multirrefractariedad al resto de tratamientos disponibles. Dada la afectación de la calidad de vida de los pacientes con CU y la yatrogenia que suponen las intervenciones quirúrgicas, es fundamental la aparición de nuevas moléculas que supongan una alternativa en este tipo de pacientes.

7. COLITIS ISQUÉMICA: LAS SEGUNDAS PARTES NUNCA FUERON BUENAS.

E. Guillén, C. Pérez, A. Fernández, I. Pérez, M. Gil, J. Gutiérrez, M. Beceiro, A.I. Montoya, J. Estellés, J.M. Huguet, J. Sempere

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La amiloidosis intestinal es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico. Tanto sus síntomas como sus hallazgos endoscópicos son poco específicos y pueden simular otras entidades del tubo digestivo más comunes, por lo que sin un antecedente previo de amiloidosis, su diagnóstico es complejo y tardío.

CASO CLÍNICO

Mujer de 64 años que presenta cuadro de varios meses de evolución de dolor abdominal y diarrea. Como antecedentes de interés, destacan varios factores de riesgo cardiovascular y un mieloma quiescente. Se realizan una gastroscopia, que observa una gastroduodenitis erosiva, y una colonoscopia con afectación de colon transverso-descendente, con presencia de úlceras serpinginosas y áreas de mucosa violácea, hallazgos compatibles con colitis isquémica que se confirman posteriormente con el estudio histológico. En los próximos meses la paciente presenta dos nuevos episodios de colitis isquémica que requieren ingreso. Tras el tercer episodio se solicita estudio etiológico con analítica que incluye estudio de trombofilia y autoinmunidad que es negativo, y estudio cardiológico con ecocardiografía, que objetiva una marcada hipertrofia ventricular izquierda global, sugestivo de miocardiopatía infiltrativa de tipo amiloidosis. Dada la sospecha de una amiloidosis sistémica, se revisan las biopsias del tubo digestivo, ampliándose estudio con tinción rojo Congo y observándose en las biopsias gástricas y de colon, abundante material acelular y eosinófilo en la lámina propia y perivascular, que resulta positivo para rojo Congo.



DISCUSIÓN

La amiloidosis primaria afecta hasta en un 70% de los casos al tubo digestivo. Uno de los lugares más frecuentes de depósito de la sustancia amiloide en el tubo digestivo es la pared de los vasos sanguíneos de la submucosa, disminuyendo el calibre de su luz y llevando a la isquemia de la pared intestinal. Tanto la clínica como los hallazgos radiológicos y endoscópicos de la amiloidosis intestinal son inespecíficos, por lo que para su diagnóstico se requiere una alta sospecha clínica y la confirmación histológica. En nuestro caso, fue la recurrencia de los episodios de colitis isquémica, el antecedente de mieloma múltiple y la afectación típica cardíaca lo que hizo sospechar de una amiloidosis intestinal y llevó a la realización de tinción con rojo Congo en las biopsias, que confirmaron el diagnóstico.

8. HEPATITIS AUTOINMUNE (HAI) TRAS VACUNA SARS-CoV-2: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.L. Molina Fernández-Murga, M. Cabacino Ibáñez, R. Dosdá Domingo, L. Gimeno Pitarch, G. Ladrón Villanueva, J.V. Gallego, A. Forés, M. Roldán Lafuente, P. Almela Notari
Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Es conocido que la infección por Sars-Cov-2 desencadena diversas enfermedades autoinmunes. Por ello, desde el inicio de la vacunación global, la preocupación por la posibilidad de autoinmunidad inducida por la vacuna ha ido en aumento. Se desconoce el mecanismo exacto, aunque se ha sugerido que el mimetismo molecular puede ser el responsable, dada la alta afinidad de los anticuerpos anti-proteína spike S1, contra proteínas de tejidos humanos en las vacunas de mRNA.

OBJETIVOS

Describir un caso de hepatitis autoinmune inducido por la vacuna contra el SARS-CoV-2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 29 años que consulta por cuadro de astenia e ictericia mucocutánea de 2 semanas de evolución. Sin antecedentes de interés, a excepción de la administración de la 3ª dosis de vacuna Moderna® 4-5 días, previo al inicio del cuadro clínico. El paciente presenta una exploración física anodina, salvo la ictericia mucocutánea, sin signos de encefalopatía hepática.

En la analítica destaca: GPT 3925 UI/l, GOT 2377 UI/l, GGT 181 UI/l, bilirrubina de 10.40 mg/dl, trombopenia de 35000 y un deterioro de la coagulación con IQ 65%. Se realiza una ecografía sin alteraciones morfológicas, así como una serología de virus hepatotropos urgente resultando negativa. Tras estudio exhaustivo etiológico sin hallazgos, se procede a biopsia hepática.

RESULTADOS

Histológicamente, se describe la presencia de infiltrado linfocitario con múltiples células plasmáticas siendo positivas para CD38, sugiriendo hepatitis autoinmune.

Se inicia prednisona a dosis de 60 mg/día con buena respuesta inicial. Tras un mes de tratamiento en pauta descendente, el paciente presenta empeoramiento de citolisis por lo que se asocia azatioprina.

Actualmente se encuentra asintomático con normalización de función hepática, en tratamiento con prednisona a 20 mg/día y azatioprina 50 mg/día.

CONCLUSIÓN

Como sabemos, la HAI es una enfermedad multifactorial que puede debutar tras desencadenantes ambientales como las infecciones. Se han descrito casos similares desde el inicio de la vacunación, la mayoría con mejoría tras inicio de tratamiento inmunosupresor. Por ello, es importante tener en cuenta el antecedente de la vacunación en el diagnóstico diferencial de las hepatitis agudas sin causa aparente.

- Exposición de Pósteres:

9. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROYECTO RELINK-C SOBRE BÚSQUEDA ACTIVA DE PACIENTES CON HEPATITIS C EN NUESTRO DEPARTAMENTO

R. Díaz Muñoz, A. Voces Cabaleiro, J. R. Lorente Montoro, A. A. Pérez Ibáñez, J. Torrente Sánchez, S. Albert Palomares, M. Fquihi, I. Ferrando, A. Algarra García, J. M. Paredes Arquiola
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha propuesto la erradicación del virus de la hepatitis C (VHC) para 2030. Un gran número de pacientes ya ha sido tratado, sobre todo desde el desarrollo de los antivirales de acción directa (AAD) y la ejecución del Plan Estratégico para el Abordaje de la VHC en 2015. No obstante, desde el Ministerio de Sanidad se recomienda una búsqueda activa de aquellas personas con una prueba diagnóstica de VHC positiva que no se hayan confirmado ni tratado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde el servicio de Microbiología se realizó un registro de pacientes entre 2017 y 2021 según serología y carga viral para VHC. Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética.

OBJETIVOS

Como objetivo principal, se trata de una búsqueda activa en ese período de posibles casos candidatos a recibir tratamiento erradicador con AAD de VHC sin respuesta viral sostenida (RVS) confirmada.

RESULTADOS

Finalmente, se obtuvieron 1220 pacientes para proceder a su revisión: aquellos con serología positiva (anti-VHC) y carga viral detectable (>15), serología positiva sin determinación de carga viral, o bien, carga viral detectable sin determinación de serología.

De ellos, se excluyeron: 952 pacientes habían sido tratados y con RVS confirmada, 138 exitus, 36 por edad avanzada con múltiples comorbilidades asociadas y/o que no deseaban tratamiento con AAD, con una muestra final de 94 pacientes: 77 mujeres, con edad media 51 años (mín 26, máx 86); respecto al servicio donde se diagnosticó: 33 de Medicina Interna/Infecciosas, 27 Digestivo, 17 Atención Primaria, 5 Toco-Ginecología, 1 Hematología, 1 Urgencias, 3 UCA, 1 Reumatología, 4 Riesgos Laborales, 2 de Traumatología.

Esos 94 pacientes están pendientes de ser avisados telefónicamente para participar en el proyecto para confirmar infección activa y, en ese caso, valorar inicio de tratamiento con AAD.



CONCLUSIONES

Se trata de un proyecto novedoso en nuestro departamento con resultados prometedores que permitirá avanzar en la erradicación para VHC. Asimismo, hace falta más medidas para mejorar la adherencia al seguimiento una vez diagnosticados, con vistas a evitar el mayor número de pérdidas de casos durante el proceso de tratamiento y confirmación de RVS.

10. MARCADORES SEROLÓGICOS DINÁMICOS PUEDEN SER LA CLAVE PARA UN SCREENING MAS PRECISO DEL RIESGO DE DESARROLLO DE HEPATOCARCINOMA TRAS EL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCION DIRECTA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C

T. V. Valcheva ¹, M. Durán Terrádez ², J. Palau Beltrán ³

1 Hospital Comarcal de Vinaros, 2 Centro Medico de Alcossebre, 3 Hospital Jaume I.

INTRODUCCIÓN

Según las guías de práctica clínica de la Asociación Europea del Estudio del Hígado, todos los pacientes diagnosticados de VHC deben ser tratados mediante antivirales de acción directa (AAD). Mas del 99% se curan alcanzando la respuesta viral sostenida. Los pacientes con fibrosis avanzada y cirrosis (F3-F4) se mantienen en seguimiento de por vida debido al riesgo de desarrollar hepatocarcinoma (HCC). Refinar la predicción de HCC implicará el desarrollo de modelos de seguimiento personalizados que incluyan biomarcadores serológicos.

OBJETIVOS

El objetivo de este proyecto es identificar los factores de riesgo asociados con la aparición de HCC en pacientes con enfermedad hepática avanzada tratados con AAD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de cohortes históricas (n=355) que incluye pacientes tratados con los nuevos AAD entre 2015 y 2018 con fibrosis basal avanzada o cirrosis (F3-4) en seguimiento cada 6 meses, hasta los 5 años post tratamiento. Se realiza una descripción del perfil demográfico y clínico. Se contrasta la independencia de las variables categóricas mediante el test exacto de Fisher.

RESULTADOS

La albúmina presenta un valor medio de 4.4 g/dL entre los pacientes que no desarrollan HCC y un valor medio de 4.2g/dL entre los pacientes que sí desarrollan HCC. Las plaquetas presentan un valor medio de 167557/mcL en los pacientes que no desarrollan HCC y de 147321/mcL entre los pacientes que sí desarrollan HCC. El valor FIB4 es de 3.8 entre los pacientes que no desarrollan HCC y de 4.6 entre los que sí desarrollan HCC. El valor ALBI presenta una media de -2.76 en el grupo de pacientes que no desarrollan HCC y de -2.46 en el grupo de pacientes que si desarrollan HCC. Tenemos evidencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) que indican que los parámetros de las medias de albúmina, plaquetas, ALBI y FIB4 son estadísticamente diferentes entre los dos grupos, siendo inferiores las medias de albúmina, plaquetas y ALBI en el caso de los pacientes que no desarrollan HCC y más elevada la media de FIB4 en el caso de pacientes que si desarrollan HCC.

CONCLUSIONES

Marcadores dinámicos como la albumina, las plaquetas, FIB4 y ALBI pueden contribuir en la predicción del desarrollo de HCC y pueden ser las herramientas que modifiquen las estrategias de vigilancia actuales calculando el riesgo individual de cada paciente.

11. FÍSTULA ESÓFAGO- BRONQUIAL - ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO ATÍPICO

S. García García, I. Terol Cháfer, V. Argumánez Tello, V. Lorenzo-Zuñiga García, M. Bustamante Balen, V. Pons Beltrán, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La fistula esófago-bronquial adquirida en el adulto es una entidad clínica rara. La causa más frecuente es la tumoral maligna. En cuanto a las benignas, la mayoría son iatrogénicas. Se han descrito también secundarias a tuberculosis, histoplasmosis, mediastinitis, sífilis, VIH y reflujo gastroesofágico.

El estudio con mayor sensibilidad para su diagnóstico es el esofagograma baritado complementado con tomografía computarizada (TC).

OBJETIVO

Presentar un caso clínico de fistula esófago-bronquial secundaria a ingesta de cáusticos con diagnóstico endoscópico.

MATERIAL y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 60 años que, tras ingesta de cáusticos hace más de un año, desarrolla estenosis esofágica. Además de la disfagia, presenta tos de largo tiempo de evolución. Es derivada a nuestro centro para valoración de dilatación endoscópica.

Se realiza en primer lugar, para su caracterización, un esofagograma en el que se observa paso de contraste escaso, filiforme y enlentecido a estómago. La mayor parte del contraste permanece en esófago pre-estenótico.

RESULTADOS

En la gastroscopia, a unos 20cm de arcada dentaria se aprecia una estenosis puntiforme de unos 2mm de diámetro (Imagen1). Bajo control radiológico y con cánula de CPRE se administra a su través contraste, identificándose una fistula esófago-bronquial, sin evidencia de paso a esófago distal (Imagen2). Posteriormente, se realiza una broncoscopia en la que, en el bronquio principal izquierdo, se confirman dos pequeños orificios fistulosos uno de ellos casi alineado con la carina principal (Imagen3).

Finalmente, se ha realizado TC con contraste oral en el que se corrobora dicha fistula, con relleno de contraste oral en bronquios principales y lóbulos pulmonares inferiores (Imágenes4 y 5).

Tras valoración multidisciplinar, la paciente es intervenida quirúrgicamente. Se realiza esofaguectomía - reconstrucción con coloplastia; y broncoplastia con colgajo muscular. Evolución posterior favorable.

CONCLUSIONES

La fistula esófago-bronquial benigna en adultos es una entidad muy poco frecuente, por ello su sospecha clínica y diagnóstico son complejos. Sería aconsejable realizar estudio endoscópico con contraste previo a dilatar una estenosis esofágica cáustica, ya que nos podría ayudar a caracterizar la estenosis y a descartar complicaciones asociadas como en nuestro caso.



12. DIAGNÓSTICO DE LINFOMA NO HODGKIN POR RESECCIÓN DE UN PÓLIPO DIMINUTO EN CIEGO

V. Argumánez Tello, C. Sánchez Montes, A. Mínguez Sabater, M. Bustamante, M. Bauza, S. García García, I. Terol Cháfer, V. Pons
Hospital Universitario y Politécnico de La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El linfoma de Burkitt pertenece a la clase de enfermedades linfoproliferativas no-Hodgkin (LNH). El LNH puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal, con mayor frecuencia de forma secundaria.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico con diagnóstico de linfoma de Burkitt a raíz de una colonoscopia realizada para caracterizar engrosamiento ileal visto en ecografía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 66 años que consultó por náuseas, vómitos, dolor abdominal intermitente, pérdida de peso y sudoración nocturna de varias semanas de evolución. Se inició el estudio con una ecografía abdominal apreciando un engrosamiento circunferencial de 7 cm en íleon terminal.

RESULTADOS

Se realizó una colonoscopia, visualizándose en ciego un pólipo séstil de 3 mm (París Is) (foto 1) que se resecó. El orificio apendicular, válvula ileocecal e íleon terminal tenían un aspecto normal. La histología del pólipo mostró mucosa intestinal conservada, observando a nivel de la submucosa una proliferación de células linfoides atípicas de tamaño grande (foto 2) que se disponían en un patrón difuso (inmunohistoquímica CD20+, CD 10+, BCL 6+ y sobreexpresión de C-MYC) (fotos 3 y 4), todo ello compatible con LNH.

Se completó el estudio con una TC (foto 5) con hallazgo de adenopatías con afectación supra e infradiaphragmáticas, infiltración pleural diafragmática, múltiples masas peritoneales y afectación de intestino delgado y ciego (esta última no visualizada en la endoscopia, salvo la lesión polipoide ya referida).

CONCLUSIONES

Pese a existir afectación secundaria del colon por un LNH los hallazgos endoscópicos pueden ser de normalidad o inespecíficos.

Por lo tanto, en los casos en los que una prueba de imagen sugiera afectación secundaria del tracto digestivo, sugerimos la toma de biopsias aleatorias del tramo supuestamente afecto independientemente de su aspecto normal.

13. CUADRO DE ESTREÑIMIENTO AGUDO PRECIPITADO POR RADICULOPATÍA S2-S4 SECUNDARIA A INFECCIÓN POR HERPES ZÓSTER

A. Crespo Catalá, P. Calero Gozávez, A. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por VZZ ocurren en el 10-20% de la población. Suele afectar a la región toracolumbar, la zona sacra se ve con poca frecuencia afectada. Se han descrito complicaciones gastrointestinales para la afectación por el VZZ.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 76 años que acude a Urgencias por estreñimiento de 12 días de evolución, asociando RAO. En la EF lesiones vesiculosas racemosas en zona glútea derecha, pliegue interglúteo y zona perianal. Neurológicamente hiporreflexia global simétrica y una hipopalestesia sin gradiente en MID (distal a rodilla), sin otros hallazgos relevantes.

RESULTADOS

En analítica inicial destaca mínima leucocitosis y neutrofilia, leve deterioro de la función renal. Resto anodino. Orina normal.

PCR SARS-CoV-2: negativa.

Rx abdomen: sin signos de obstrucción intestinal.

TC abdominopélico: Sin hallazgos significativos intrabdominales. Vasos prominentes y tortuosos en T10-T12, a descartar FAVD.

RM medular y columna: Médula cervicodorsal de tamaño e intensidad normal sin signos de mielopatía ni estenosis de canal. No signos de FAVD. Correcta alineación de somas destacando discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1, ambas con abombamiento discal difuso y cambios Modic tipo II que no condicionan estenosis de canal ni foraminal significativa. No alteraciones morfológicas, de alteración de señal ni de realce anómalo en las raíces lumbosacras.

Serologías: Ac. IgM VHS 1+2: positivo, Ac IgG VZZ: negativo; Ac IgM VZZ: positivo.

Test de Tzanck: se observan células gigantes multinucleadas.

CONCLUSIONES

La infección por el VZZ se presenta en forma de erupción vesicular radicular unilateral dolorosa. Suele afectar a la región toracolumbar, el VZZ sacro se encuentra sólo en el 4 % de los casos. La mayoría de las complicaciones neurológicas son sensoriales (dolor agudo y neuralgia posherpética) y la incidencia de complicaciones motoras se ha estimado en un 5%. La neuropatía motora visceral relacionada con el VZZ se ha descrito para el tracto urinario y gastrointestinal. Esta última en forma de cuadros de estreñimiento, así como casos de pseudoobstrucción colónica o síndrome de Ogilvie. La neuropatía motora visceral causada por el VZZ suele mejorar con la desaparición de la erupción cutánea tras instauración del tratamiento antiviral, como sucedió en el caso presentado.



14. CUADRO DE MENINGOENCEFALITIS POR LISTERIA MONOCYTOGENES PRECIPITADO POR USTEKINUMAB EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

A. Crespo Catalá, P. Calero Gozálviz, A. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, A. Escudero Sanchis, V. García Herreros
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Ustekinumab ha sido aprobado recientemente como terapia de inducción y mantenimiento para pacientes con CU que han fracasado o no toleran inmunomoduladores, corticosteroides o antiTNF. No obstante, debe tenerse en cuenta el riesgo de infecciones oportunistas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 78 años con antecedente de CU izquierda. En tratamiento con mesalazina rectal, Dacortin 30 mg y Ustekinumab. Previamente tratada con Azatioprina, Infliximab, Vedolizumab y Adalimumab. Portadora de VHB. Ingresada hasta el 22/11/21 por brote moderado, durante el cual se inicia Ustekinumab. El 4/12/21 acude por fiebre, dolor abdominal y diarrea de 5-6 deposiciones diarias con sangre. Además, cefalea holocraneal opresiva, que posteriormente asocia inestabilidad del tronco y sensación de mareo.

RESULTADOS

Rx abdomen 4/12/21: aireación intestinal normal

Rx tórax 4/12/21: sin alteraciones relevantes

PCR SARS-CoV-2 4/12/21: negativa

Antígeno Clostridium Difficile en heces 4/12/21: negativo

Hemocultivos 4/12: Listeria monocytogenes

TC craneal 7/12/21: Signos involutivos cortico-subcorticales. Encefalopatía isquémica crónica. No sangrado intra ni extra-axial, ni desplazamiento de línea media

RM cerebral 15/12/21: Meningitis-leptomeningitis con probable afectación de arterias leptomeningeas con lesiones isquémicas asociadas

CONCLUSIONES

Los fármacos biológicos han supuesto un gran impacto en la historia natural de la EI, han demostrado ser eficaces disminuyendo el daño intestinal, la necesidad de cirugía e ingresos hospitalarios. Nuevos fármacos con distintas dianas terapéuticas como el Ustekinumab se han incorporado al arsenal terapéutico en pacientes con EI. Si bien es verdad que este ha demostrado un excelente perfil de tolerancia y seguridad, no debemos olvidar la posibilidad de infecciones oportunistas. Las RAM más frecuentemente descritas han sido infecciones no graves del tracto respiratorio, nasofaringitis, cefalea y artralgias. No obstante, debemos vigilar siempre la aparición de infecciones oportunistas, sobre todo en la combinación con fármacos inmunosupresores. La listeriosis o la tuberculosis son infecciones oportunistas descritas en la literatura, en pacientes con CU, en tratamiento con Ustekinumab. Son necesarios más estudios con mayor número de pacientes y con seguimientos más prolongados para confirmar la seguridad del Ustekinumab.

15. ENFERMEDAD DE CROHN DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR: UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE PERO RELEVANTE

I. Terol Cháfer, N. Alonso Lázaro, M. Iborra Colomino, C. Sánchez, V. Arguménez Tello, S. García García, V. Pons Beltrán, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) puede afectar a cualquier segmento del tracto digestivo, principalmente íleon terminal y colon. Su aparición proximal aislada ocurre en menos de un 5% de los pacientes, con un curso más grave y requerimientos terapéuticos más agresivos.

ENDOSCOPIA

Presentamos el caso de un varón de 23 años con epigastralgia y pérdida de peso de 2 semanas de evolución. Analíticamente, destacaba elevación de reactantes de fase aguda y anemia. Ante la ausencia de mejoría con tratamiento sintomático, se completó estudio con una tomografía computarizada abdominal que mostró un engrosamiento parietal concéntrico de 8-10cm de yeyuno proximal. Se estableció diagnóstico diferencial con neoplasia, EC o infección.

La enteroscopia, mostró úlceras milimétricas en mucosa duodenal (foto 1). A partir de yeyuno proximal, se objetivó una afectación concéntrica de la pared, con mucosa friable y múltiples ulceraciones que, con los pliegues circulares, conferían un aspecto en "collar de perlas" (foto 2).

El estudio anatomopatológico mostró destrucción glandular, fibrosis de la lámina propia e infiltrado PMN, con múltiples microabscesos y úlceras extensas, sugestivo de EC. La colonoscopia fue normal.

CONCLUSIONES

La afectación proximal en la EC aparece en pacientes más jóvenes y cursa con clínica atípica, lo cual puede dificultar y retrasar el diagnóstico. Del mismo modo, se asocia con mayor frecuencia a fracaso terapéutico y cirugía.

Nuestro paciente presentó buena respuesta a IBPs, corticoides e infliximab, objetivándose la curación mucosa e histológica en una enteroscopia realizada a los 4 meses (foto 3), y manteniéndose asintomático hasta la actualidad (18 meses).

16. CIERRE ENDOSCÓPICO DE UNA FÍSTULA ENTÉRICA

I. Terol Cháfer, Vi. Lorenzo-Zúñiga García, P. López Muñoz, V. Arguménez Tello, S. García García, V. Pons Beltrán, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas gastrointestinales suelen ser de origen iatrogénico o por procesos intraabdominales. Clásicamente, por su complejidad y potencial aparición de complicaciones, se han manejado de forma quirúrgica. Sin embargo, existe un interés reciente en el desarrollo de técnicas menos invasivas para su abordaje.



OBJETIVOS

Describir el abordaje endoscópico de fístula entérica a través de un caso clínico de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 58 años en seguimiento por cirrosis de etiología mixta complicada con hepatocarcinoma, el cual se había tratado mediante ablación con microondas dos meses antes del cuadro actual. El paciente ingresa por descompensación hidrópica, siendo el análisis del líquido ascítico compatible con peritonitis bacteriana secundaria. Se decide completar estudio mediante TC abdominal, que muestra contenido aéreo adyacente a la lesión tratada y al bulbo duodenal. En el cultivo de líquido ascítico se aisló *Candida albicans*.

Con la sospecha diagnóstica de fístula entérica, se inicia tratamiento con fluconazol IV y se solicita una gastroscopia. En cara posterior del bulbo duodenal, se visualiza un área de 8mm de bordes sobreelevados, levemente eritematosos, con centro deprimido, que parece corresponder a un orificio fistuloso intraluminal (foto 1). No se identifica salida espontánea de pus ni aire, por lo que se procede a su cierre mediante colocación de cuatro clips hemostáticos, sin complicaciones inmediatas (foto 2).

RESULTADOS

La evolución clínica del paciente es satisfactoria. A los 3 meses se repite la TC, que ya no muestra la fístula descrita ni otras lesiones.

CONCLUSIONES

El abordaje endoscópico de fístulas gastrointestinales ha mostrado resultados satisfactorios en casos seleccionados, siendo un tratamiento prometedor en este campo.

17. OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE PRÓTESIS HOT AXIOS

T. García Ballester, S. González Padilla, P. Poyatos García, J. Sánchez Serrano, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, R. Villagrasa, I. Pascual
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el tratamiento de elección para la colecistitis aguda es la colecistectomía laparoscópica. No obstante, en los pacientes no operables con sepsis incontrolable la alternativa es el drenaje de la vesícula biliar por vía percutánea transparietohepática o guiado por ecoendoscopia. Actualmente el abordaje mínimamente invasivo endoscópico está ganando relevancia. Entre las complicaciones relacionadas con esta técnica se encuentra la migración de la prótesis cuya frecuencia se estima entre el 1% y 6%.

CASO CLÍNICO

Mujer de 97 años con historia de colecistitis aguda y colecistoduodenostomía guiada por ecoendoscopia con implante de stent Hot Axios (10mm x 10 mm) con doble pig tail (7 FR x 4 cm) semanas antes. Acude a urgencias por dolor abdominal difuso, asociado a náuseas y vómitos alimentarios de un día de evolución. Tránsito intestinal conservado y ventoseo mantenido. Sin clínica infecciosa asociada.

A la exploración física está apirética y estable hemodinámicamente. Presenta abdomen doloroso a la palpación en mesogastrio y flanco derecho, sin signos de irritación peritoneal. En el TC abdominal urgente se evidencia obstrucción intestinal secundaria a migración de la prótesis Hot Axios junto a pig-tail a porción distal del yeyuno, adherido a cicatriz de laparotomía previa por adenocarcinoma de colon 30 años atrás. La paciente es intervenida de urgencia mediante laparotomía y extracción de la prótesis biliar con favorable recuperación posterior.

COMENTARIOS Y CONCLUSIÓN

El manejo de los pacientes con colecistitis aguda no candidatos a cirugía ha sufrido cambios en los últimos años. Históricamente, el drenaje externo era el tratamiento alternativo para estos pacientes, sin embargo con el desarrollo de las técnicas endoscópicas cada vez más se opta por un abordaje mínimamente invasivo guiado por ecoendoscopia.

La presencia de un cuadro clínico de suboclusión intestinal aguda en un paciente portador de una prótesis Axios debe plantear la posible migración del mismo. La cirugía abdominal previa puede facilitar la obstrucción intestinal ante una migración de la prótesis Axios. Si la obstrucción es de difícil acceso endoscópico o no se puede llevar a cabo la resolución debe ser quirúrgica.

18. MIGRACIÓN TARDÍA DE PRÓTESIS HOT AXIOS DE GASTROYEYUNOSTOMÍA. COMPLICACIÓN INFRECUENTE

T. García Ballester, S. González Padilla, V. Merino Murgui, C. Abril, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, R. Villagrasa, I. Pascual

Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La gastroyeyunostomía quirúrgica ha sido el tratamiento estándar en la obstrucción del tracto de salida gástrico (GOO). La colocación de prótesis metálicas antroduodenales es una alternativa. Sin embargo, actualmente la gastroyeyunostomía guiada por ecoendoscopia mediante prótesis de aposición luminal (LAMS) emerge como alternativa terapéutica a ambas, con tasa de éxito del 90-95%, tolerancia oral más precoz, menor estancia hospitalaria y menor tasa de complicaciones.

CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años con historia de adenocarcinoma de cabeza de páncreas con infiltración duodenal que ocasiona GOO. Tras colocación de sonda nasoyeyunal se decidió gastroyeyunosotomía endoscópica sin incidencias.

Tras once meses con buena tolerancia oral inicia cuadro de náuseas y vómitos de una semana de evolución. En TC abdomino-pélvico presenta migración de la prótesis Hot Axios a cavidad gástrica.

Mediante gastroscopia se extrae con pinza Raptor la prótesis en fundus. Se localiza el orificio del estoma y se comprueba la permeabilidad al paso de contraste. Posteriormente se coloca bajo control radiológico prótesis Hot Axios de 20mmx10mm a través del estoma sin incidencias, con restauración de la tolerancia oral.



COMENTARIOS Y CONCLUSIÓN

La migración de la prótesis es una complicación tardía infrecuente de la gastroyeyunostomía endoscópica. Aunque infrecuente, ante clínica de GOO en paciente con gastroyeyunostomía endoscópica debemos sospechar migración de la prótesis. Es importante el seguimiento clínico estrecho, ya que la detección precoz evita el cierre del estoma y permite reemplazar la prótesis a través del mismo estoma sin necesidad de crear uno nuevo.

19. ASOCIACIÓN DE VARIOS TIPOS DE DIVERTÍCULOS Y ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA COMO CAUSA DE DISFAGIA: UN HALLAZGO EXCEPCIONAL

T. García Ballester, S. González Padilla, U. Fernández de Lapeña, J.M. Varela, A. Peña Aldea, V. Sanchiz Soler, R. Villagrasa, I. Pascual
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los divertículos esofágicos son raros, siendo el más frecuente el divertículo de Zenker (DZ) (75% de los casos) con una prevalencia 1-2 casos por 100.000 habitantes/año, seguidos de los epifrénicos (20%) y los divertículos medioesofágicos (DM) (10%-17%). Los divertículos intramurales son excepcionales. La esofagitis eosinofílica (EoE) tiene una prevalencia variable de alrededor de 55 casos /100.000 habitantes. El DZ cursa con disfagia orofaríngea, la EoE con disfagia de localización variable y los DM y los intramurales suelen ser asintomáticos.

CASO CLÍNICO

Hombre de 79 años remitido en 2013 por disfagia orofaríngea con TEGD con DZ de 40 mm y DM de 20 mm para miotomía endoscópica del DZ. En la endoscopia se visualiza, además de los divertículos, una mucosa esofágica traquealizada, muy friable, con estenosis que no permite el paso del endoscopio estándar. Es diagnosticado de EoE, tratada con IBP y diverticulopexia del DZ con desaparición de la disfagia. En 2021 comienza con disfagia esofágica baja y episodios de impactación. En la gastroscopia se observa DZ residual de 15 mm de profundidad, DM de 30 mm con erosión longitudinal, esófago traquealizado con múltiples anillos y estenosis y divertículos intramurales. Con intensificación del tratamiento médico y dilataciones con bujías de Savary desaparece la disfagia.

COMENTARIOS Y CONCLUSIÓN

Presentamos un caso excepcional en el que coinciden simultáneamente múltiples divertículos en las tres localizaciones esofágicas junto a esofagitis eosinofílica con estenosis esofágica. No existe en la literatura asociación entre la presencia de estos divertículos y la esofagitis eosinofílica.

20. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA POR VARICES ECTÓPICAS PERIOSTOMALES EN PACIENTE CIRRÓTICO

G. Ladrón Villanueva, M.L. Molina Fernández-Murga, R. Dosdá Domingo, M. Cabacino Ibáñez, L. Gimeno Pitarch, M. Cambralla Martínez, L. Abad Martínez, A. Forés Bosch, A.D. Palau Canós, P. Almela Notari

Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

La incidencia global de varices ectópicas es del 1-3% en pacientes cirróticos, aunque es más elevada en casos de hipertensión portal (HTP) extrahepática.

Aproximadamente el 1,2% de los pacientes con estoma experimentan una hemorragia a partir de los 3 años de la cirugía.

OBJETIVOS

- Describir un caso clínico en el que se diagnostica y trata una forma infrecuente de hemorragia por varices.
- Conocer el tratamiento y evolución de este tipo de hemorragia en la práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 62 años con antecedente de colostomía tras cirugía de neoplasia de colon que ingresa por primera descompensación ascítica y en forma de HDB por varices periostomales en cirrosis no conocida.

Tras anemia y signos de inestabilidad se decide realizar un angioTC sin signos de sangrado activo, en el que se identifica ascitis, hígado cirrótico y vasos venosos mesentéricos adyacentes a la colostomía.

En la posterior gastroscopia y colonoscopia se identifican varices esofágicas pequeñas, sin otras lesiones.

Se lleva a cabo tratamiento con betabloqueantes junto con somatostatina y se valora opción de TIPS, aunque por dificultades logísticas se decide realizar en un primer momento embolización de varices periostomales procedentes de VMI.

Tras recidiva hemorrágica se realiza TIPS sin incidencias y sin nuevo episodio de exteriorización.

RESULTADOS

En el seguimiento clínico se aprecia una mejoría progresiva de la función hepática, con menor necesidad de diuréticos y retirada progresiva de los betabloqueantes. Por lo tanto, el TIPS es una técnica eficaz en este tipo de descompensaciones.

CONCLUSIONES

Como consecuencia de la HTP puede favorecerse la creación de circulación colateral, siendo más común la formación de varices ; esofágicas, aunque también puede ocurrir incremento del plexo hemorroidal y dilatación de venas umbilicales.

En nuestro caso, aunque poco frecuente, ocurre la dilatación de venas procedentes de la VMI y su consiguiente sangrado. La embolización de las varices ectópicas es el 2º peldaño tras el tratamiento con betabloqueantes y nitratos, pero estudios recientes demuestran que de forma aislada el riesgo de recidiva es del 90%, por lo que se recomienda combinar con TIPS.



21. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES Y LA CALPROTECTINA FECAL EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. Torrente Sánchez, A.A. Pérez Ibáñez, P. Latorre Añó, A. Voces Caballero, J.M. Paredes Arquiola, A. López Serrano, J.R. Lorente Montoro, R. Díaz Muñoz, S. Albert Palomares, M. Fquihi
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende un grupo enfermedades crónicas con importante repercusión en el tracto intestinal con períodos de exacerbación y de remisión. Es necesario realizar revisiones periódicas para comprobar el estado de la mucosa del tubo intestinal, ya que el objetivo a perseguir es la curación de la mucosa intestinal, porque se asocia a menor riesgo de recaída, menor riesgo de cirugía, menor dependencia a tratamiento corticoideo y menor hospitalización.

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente estudio es evaluar la utilidad de los niveles en heces de calprotectina (CF) y el test de sangre oculta en heces (TSOH-I) como marcadores de actividad inflamatoria para poder sustituir o complementar las endoscopias de revisión en pacientes con EII.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional de corte transversal que incluyó 84 pacientes con diagnóstico previo o de novo de EII. Se analizaron los resultados de las colonoscopias y el de los biomarcadores fecales (TSOH-I y la CF), recogidos en cualquiera de los tres días previos a la realización de la colonoscopia. Se llevó a cabo un estudio de rendimiento diagnóstico para la detección de actividad endoscópica de cada uno de los marcadores por separado y en conjunto. Posteriormente se realizó el mismo análisis de rendimiento diagnóstico clasificando a los pacientes según el diagnóstico de enfermedad de Crohn (EC) o colitis ulcerosa (CU).

RESULTADOS

La sensibilidad y especificidad del TSOH-I para detectar la presencia o no de actividad endoscópica fue del 50% y 79.5% respectivamente con un ABC de 0.682. La CF alcanzó una sensibilidad de 57.5%, una especificidad de 88.6% y un ABC de 0.780. Al combinar ambos test se obtiene una sensibilidad de 67.5% y una especificidad de 72.7%. Por otro lado, en el grupo de pacientes con CU, la sensibilidad y especificidad de cada prueba fueron: 52.8% y 87% (TSOH-I), 56.5% y 95.7% (CF) y 65.2% y 87.0% (combinando ambas pruebas).

CONCLUSIONES

En este estudio el rendimiento diagnóstico de ambas pruebas ha sido modesto, si bien es cierto que las pruebas muestran mejor al analizar exclusivamente a los pacientes con CU. Son necesarios más estudios en este grupo de pacientes para determinar si la medida en heces de calprotectina y de hemoglobina son adecuadas para sustituir en determinados casos a la revisión endoscópica.

22. TRATAMIENTO DE ASCITIS PANCREÁTICA MEDIANTE CPRE

P. Poyatos García, T. García Ballester, S. González Padilla, J. Sánchez Serrano, C. Gómez Medina, P. Navarro Cortés, A. Peña Aldea, V. Sanchiz Soler
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La ascitis de origen pancreático se produce en el contexto de pancreatitis aguda o crónica, tras la rotura de un pseudoquistes o por disrupción del conducto de Wirsung.

El análisis del líquido ascítico permite diferenciarla de la ascitis secundaria a hipertensión portal, de especial interés dada la asociación entre la pancreatitis alcohólica y la cirrosis hepática enólica.

La localización de la fuga pancreática causante de la ascitis resulta difícil en muchas ocasiones a pesar de la realización de una colangiografía magnética con secretina (RMs) o una CPRE.

Cuando se objetiva una disrupción del Wirsung suele precisarse tratamiento endoscópico o quirúrgico, además del tratamiento para su resolución definitiva.

CASO CLÍNICO

Hombre de 46 años, ingresa con diagnóstico de pancreatitis aguda alcohólica y ascitis de novo.

Se realiza TAC abdomino-pélvico: cambios por hepatopatía crónica. Abundante líquido libre intraperitoneal sin signos de complicación ni organización. Leves cambios atróficos pancreáticos con imágenes de aspecto quístico en cabeza y cuerpo pancreático (15 y 20 mm respectivamente). No esplenomegalia.

El estudio del líquido ascítico confirma el origen pancreático de la ascitis. Gradiente de albúmina: 0.9. Citología negativa.

La RMs muestra: conducto pancreático principal sin signos ductales de proceso inflamatorio crónico ni imágenes de disrupción.

En la CPRE pancreática se evidencia conducto de Wirsung ligeramente tortuoso y aumentado de tamaño, de 3 mm a nivel de cuerpo, con fuga de contraste a nivel de cuerpo distal. Se realiza dilatación a nivel de papila y estenosis del conducto principal con balón Hurricane de 4 mmx4cm y se coloca prótesis pancreática de 5 Fr x 12 cm multiperforada sobrepasando la zona de disrupción. Se añade tratamiento con Octeótride.

La ascitis pancreática se resuelve sin recidiva posterior.

DISCUSIÓN

La confirmación de la etiología pancreática de la ascitis requiere la búsqueda de fugas o disrupción del conducto pancreático. La CPRE es un procedimiento de gran utilidad para el diagnóstico incluso en casos con RMs negativa o no concluyente. Permite la dilatación de posibles estenosis y el cierre de las fugas pancreáticas mediante la implantación de prótesis.



23. FACTORES QUE CONDICIONAN LA EFICIENCIA DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

A. Hurtado Soriano, L. Bernal Luján, M. Bozhychko, J. Martínez Sempere, P. López Guillén, O. Belén Galipienso, N. Sala Miquel, F.J. Puchol Rodrigo, L. Guilabert Sanz, E. Álvarez Arroyo, L. Compañy Catalá, C. Mangas Sanjuán, A.T. Aparicio Tormo
Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

La colocación de PEG es un procedimiento invasivo que permite nutrir a pacientes con disfagia motivada por distintas causas, que pueden ser o no reversibles. Sin embargo, existen factores que condicionan la utilidad de la PEG y pueden determinar si esta está adecuadamente indicada.

OBJETIVO

Describir qué factores influyen en el correcto recambio/retirada de PEG mediante el seguimiento de las PEG colocadas en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes en los que se colocó una PEG entre 2014 y 2022, la enfermedad de base que indicaba su colocación y la evolución de los pacientes teniendo en cuenta si se realizaba recambio o retirada de la sonda y, si ello no se producía, el motivo de ello.

RESULTADOS

252 pacientes, edad media 66,4 (\pm 17,4) años; 137 (54,4%) varones. La sonda se retiró/recambió en 151 (59,9%): 103 (40,9%) recambio, 49 (19,4%) retirada.

En 101 (40,1%) pacientes no se recambió/retiró: 90 (35,7%) éxitus, de los cuales un 57,3% (51 pacientes) fallecieron durante los tres primeros meses tras la colocación de la PEG. El 53,6% (135) de las indicaciones de PEG eran reversibles/potencialmente reversibles. Las principales indicaciones fueron accidente cerebrovascular (ACV) (34,1%), demencias (22,6%) y enfermedad neurológica degenerativa (13,5%).

De los pacientes con demencia, en 27(47,4%) no se recambió/retiró la PEG por éxitus, (66,7% durante los 3 primeros meses). De los pacientes con ACV el 34,9% no se recambian o retiran porque fallecen –de estos, el 46,7% fallecen en los primeros tres meses. De los pacientes con enfermedad neurológica degenerativa un 67,6% (23) se recambian.

CONCLUSIONES

En nuestro centro un 20% de los pacientes en los que se coloca una PEG fallecen en los tres primeros meses. Ello es especialmente frecuente en demencias. Se debería individualizar la colocación de PEG teniendo en cuenta las indicaciones y esperanza de vida.

24. METÁSTASIS PANCREÁTICAS POR CARCINOMA MICROCÍTICO DE PULMÓN: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

J. Sánchez Serrano, T. García Ballester, P. Poyatos García, S. González Padilla, R. Villagrasa, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis pancreáticas representan del 3 al 17% de los tumores pancreáticos. Aquellas por carcinoma microcítico de pulmón son extremadamente raras y han sido descritas en casos aislados. El examen anatomopatológico resulta fundamental ya que las técnicas radiológicas son incapaces de distinguirlas de un tumor primario.

CASO CLÍNICO

CASO 1. Mujer, 72 años, carcinoma microcítico de pulmón. Tratamiento con quimio-radioterapia con respuesta parcial. TC al año: masa en cabeza pancreática de 23mm. La ecoendoscopia muestra en cabeza de páncreas lesión hipocogénica, heterogénea y bien definida de 27x25mm con dilatación de Wirsung. Se realiza PAAF. Citología: metástasis por carcinoma microcítico.

CASO 2. Mujer, 61 años, epigastralgia. TC: lesiones en lóbulo superior izquierdo (anatomía patológica: carcinoma microcítico de pulmón) y en cabeza pancreática. La ecoendoscopia muestra en cabeza de páncreas lesión hipocogénica bien definida de 16x18mm con dilatación de Wirsung y conductos secundarios en cuerpo y cola. Se realiza PAAF. Citología: infiltración por carcinoma microcítico.

CASO 3. Mujer, 58 años, carcinoma microcítico de pulmón. Tratamiento con quimio-radioterapia con respuesta parcial. TC a los 7 meses: masa en cuerpo pancreático. La ecoendoscopia muestra en cuerpo distal-cola, lesión mal definida, espiculada, hipocogénica y heterogénea con halo hiperecogénico de 23x 25mm. Se realiza PAAF. Citología: infiltración por carcinoma microcítico.

CONCLUSIÓN

El examen anatomopatológico de la PAAF guiada por ecoendoscopia resulta un método útil para el diagnóstico diferencial en pacientes oncológicos con lesiones sólidas pancreáticas.

25. PAPEL DE LA ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) EN EL INSULINOMA PANCREÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. González Padilla, R. Villagrasa Manzano, V. Sanchiz Soler, T. García Ballester, P. Poyatos García, C. Abril García, V. Merino Murgui, C. Gálvez Castillo, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno
Hospital Clínico Universitario Valencia.

INTRODUCCIÓN

El insulinoma es la neoplasia pancreática neuroendocrina funcionante más frecuente (60 %), generalmente únicos, de pequeño tamaño (< 2 cm) y con comportamiento benigno.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica junto a alteraciones en parámetros bioquímicos o biológicos y la



identificación morfológica de la lesión. La ecografía abdominal, TC y RM tienen una sensibilidad entre el 40-70% siendo más baja en lesiones de pequeño tamaño. La ecografía endoscópica (USE) ha demostrado mayor sensibilidad entre 80-90%, especialmente en lesiones de pequeño tamaño (incluso < 2-3 mm).

ENDOSCOPIA

Mujer de 61 años no diabética, en estudio por hipoglucemias sintomáticas con realización de prueba de ayuno patológica que confirmó hiperinsulinismo endógeno. TC y RM abdominal: lesión focal mal delimitada en cola de páncreas con discreta dilatación del conducto pancreático asociando múltiples lesiones focales con realce periférico en el hígado en probable relación con lesiones metastásicas.

Ecoendoscopia: en cola de páncreas, lesión sólida hipocogénica y heterogénea de 17 mm x 22 mm bien diferenciada con dilatación retrógrada de Wirsung. Múltiples lesiones en LHI redondeadas hipocogénicas de entre 8-14 mm con halo periférico. PAAF de ambas lesiones: TNEP bien diferenciado G2 y metástasis hepáticas secundarias al mismo.

COMENTARIOS

La ultrasonografía endoscópica (USE) ha demostrado ser la técnica más precisa para el diagnóstico y localización de los insulinomas con una sensibilidad y especificidad cercanas al 95% superiores a las pruebas de imagen convencionales permitiendo realizar mediante la obtención de muestras, el diagnóstico diferencial con el resto de las lesiones sólidas pancreáticas decisiva en el manejo terapéutico.

26. SARCOIDOSIS HEPÁTICA COMO CAUSA INFRECUENTE DE COLESTASIS CRÓNICA

I. Castelló Miralles, A. Fernández-Soro, J. Gutiérrez Basoa, C. Alventosa Mateu, M. Latorre Sánchez, J.J. Urquijo Ponce, M. Diago Madrid

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria granulomatosa multisistémica de etiología desconocida. El hallazgo típico son los granulomas no necrotizantes pulmonares y en nódulos linfáticos en el 90% de los casos pudiendo existir afectación extrapulmonar en el 50% de los pacientes. La afectación hepática suele ser leve aunque se ha descrito la progresión a cirrosis e hipertensión portal en algún caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 69 años sin antecedentes de interés, hábitos tóxicos ni fármacos remitida por colestasis crónica asintomática desde Oftalmología donde estaba siendo estudiada por epiescleritis de repetición. Analíticamente destacaba una elevación de GGT 334 U/L y FA 460 U/L desde 2010 con cifras normales de GOT, GPT y Bilirrubina. Se descartó la presencia de hepatitis víricas, sífilis y el estudio de autoinmunidad fue negativo así como el metabolismo férrico, con ceruloplasmina y alfa1 antitripsina dentro de la normalidad. Únicamente destacaba hiper-gammaglobulinemia con IGG 2121 mg/gl, IGA 1016 mg/dl e IGM 64 mg/dl. La ecografía abdominal no mostró alteración hepática ni dilatación de vía biliar decidiéndose biopsia hepática.

RESULTADOS

Se obtuvieron 18 espacios porta con arquitectura lobulillar conservada y expansión fibrosa de algunos espacios porta con infiltrado inflamatorio con linfocitos, células plasmáticas y algún eosinófilo alrededor de ductos

biliares observándose granulomas epitelioides no necrotizantes periportales con dilatación sinusoidal. Ante la sospecha de sarcoidosis hepática se solicitó TC torácico con afectación ganglionar mediastínica sin afectación pulmonar. La determinación de enzima convertora de angiotensina fue de 56 U/L y el estudio de función renal y calcemia se encontraba dentro de la normalidad.

CONCLUSIONES

La afectación hepática se da en un 50% de casos de sarcoidosis sistémica. Analíticamente suele predominar la elevación de enzimas de colestasis 3-5 > LSN e hipergammaglobulinemia, no existiendo hallazgos radiológicos típicos siendo la presencia de granulomas no necrotizantes en la biopsia fundamental para establecer el diagnóstico. Debemos realizar diagnóstico diferencial con otras enfermedades granulomatosas como Colangitis Esclerosante Primaria, Colangitis biliar Primaria o tuberculosis. Se debe iniciar tratamiento en pacientes sintomáticos, con colestasis significativa o fibrosis avanzada.

27. MALARIA TRANSMITIDA DEL DONANTE: UNA CAUSA POCO COMÚN DE FIEBRE TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

C. Soutullo Castiñeiras, V. Argümeñez Tello, S. García García, M. Gimeno Torres, J. Bordetas Iliarte, A. Martínez Cerezuela, A. Rubín Suárez
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El paludismo o malaria es una enfermedad infecciosa potencialmente letal y que cursa habitualmente como un cuadro febril. Esta infección se transmite habitualmente por la picadura del mosquito Anopheles aunque de manera menos frecuente también se ha descrito la transmisión a través de transfusiones sanguíneas, transmisión vertical materno-filial o tras un trasplante de órgano sólido.

OBJETIVOS

Comunicar un caso clínico de interés en la práctica clínica de nuestra especialidad.

MATERIAL Y METODOS

Paciente varón de 51 años portador de trasplante hepático desde hace 3 meses por hepatocarcinoma sobre hígado no cirrótico que consulta por cuadro de picos febriles intermitentes sin foco aparente.

RESULTADOS

Analíticamente destaca únicamente la elevación de reactantes de fase aguda con PCR 29 mg/L y procalcitonina 1,4 nm/mL acompañada leucopenia y plaquetopenia. Dada la situación de inmunosupresión (toma de tacrolimus y micofenolato) se decide ingreso para vigilancia clínica y antibioterapia empírica. Se realiza despistaje de infecciones habituales incluyendo CMV, resultando todo negativo. Durante el ingreso se realiza frotis de sangre periférica donde se visualizan formas intra y extracelulares de Plasmodium.

Ante dicho hallazgo se reinterroga al paciente, que niega viajes a zonas endémicas de malaria, se realiza PCR que confirma diagnóstico de infección por *P. malariae* y se instaura tratamiento con Piperquina/Arteminol. Ante dicho diagnóstico se confirma que el donante era originario de un área endémica de malaria y se solicita PCR en la biopsia hepática del donante para confirmar el origen de la transmisión.



CONCLUSIONES

La transmisión de malaria a través del trasplante hepático es un evento poco frecuente y con escasos casos descritos en la literatura. Sin embargo, esta transmisión es posible incluso en áreas no endémicas dada la progresiva globalización y por tanto debe de tenerse en cuenta en los programas de trasplante, tanto a la hora de realizar cribado en los donantes como a la hora del seguimiento de los pacientes trasplantados.

28. CARACTERIZACIÓN DE LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA TRAS EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

O. Belén Galipienso ¹, J. Cameo ¹, P. Bernabeu ¹, C. Mira ¹, M.M. García ², C. Pomares ³, D. Muñoz ⁴, N. Canales ¹, A. Gutiérrez ¹, L. Madero ¹, L. Bernal ¹, P. Zapater ¹, C. Van-der Hofstadt ¹, R. Jover ¹, M.T. Ruiz ⁵, L. Sempere ¹

1 Hospital General Universitario Dr. Balmis, 2 Hospital Universitario de San Juan de Alicante, 3 Hospital General Universitario de Elche, 4 Hospital Universitario y Politécnico La Fe, 5 Universidad de Alicante.

INTRODUCCIÓN

Algunos factores relacionados con el estilo de vida parecen modificar la evolución y los resultados clínicos de los pacientes con EI. En la práctica clínica, observamos cambios en el estilo de vida de los pacientes con EI sin saber exactamente su incidencia. El objetivo del estudio es evaluar los cambios en el estilo de vida tras el diagnóstico de la EI.

MÉTODO

Estudio observacional prospectivo y multicéntrico en pacientes con nuevo diagnóstico de EI. Se realizaron entrevistas semiestructuradas evaluando los cambios en el estilo de vida (tabaco, alcohol, dieta, actividad física, descanso, técnicas de relajación y

actividades de ocio) en los primeros 6 meses tras el diagnóstico de EI.

RESULTADOS

Se incluyeron 154 pacientes, 79(51,3%) enfermedad de Crohn (EC), 75(48,7%) colitis ulcerosa (CU). 68(44,2%) mujeres, 86(55,8%) hombres. Edad media 42,5 años($\pm 16,1$). IMC 24,9 ± 5 . Nunca fumadores 67(43,5%), fumadores 26(16,9%), 61(39,6%) exfumadores. Se observó abandono del tabaco en 6(23%) de los fumadores, disminución consumo de alcohol 8(5,2%), modificaciones de la dieta en 94(61%), aumento de la actividad física en 43 (27,9%), aumento del tiempo de descanso en 32(20,8%), uso de técnicas de relajación en 11(7,1%) y aumento de las actividades de ocio en 27(17,5%). Entre las modificaciones de la dieta destacan: incremento de alimentos saludables 53(34,4%), disminución lácteos 23(14,9%), disminución de grasas 21(13,6%), disminución de productos carbonatados 17(11%), disminución de picantes 14 (9,1%), disminución de café 9(5,8%), disminución de azúcares 8(5,2%) y eliminación de alimentos según síntomas 21(13,6%). No hubo diferencias en los cambios de estilo de vida entre los dos tipos de EI, excepto en la dieta, que fue modificada con más frecuencia por los pacientes con EC [58(73,4%) vs 36(48%) $p=0,001$]. En cuanto a las diferencias por sexos, los hombres aumentaron el ejercicio con mayor frecuencia ($p=0,03$). No hubo diferencias en cuanto al descanso, la relajación, las actividades de ocio y los cambios en la dieta entre hombres y mujeres. La edad no se asoció con los cambios en el estilo de vida, excepto en el caso de las actividades de ocio, que aumentaron con más frecuencia en los pacientes menores de 40 años.

CONCLUSIÓN

Los cambios en el estilo de vida de los pacientes con EII aparecen pronto, y la dieta es el hábito más frecuentemente modificado.

29. TRATAMIENTO DEL VHD EN PACIENTES CON CIRROSIS COMPENSADA

C.M. Murcia Moreno, C. Vinaixa Aunés, M. García Eliz, E. Coello Córdoba, M. Pena López, M. Berenguer Haym, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politecnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El VHD es un virus ARN defectivo que necesita al VHB para su replicación y transmisión. La coinfección con VHD confiere mayor gravedad al VHB y durante años el único tratamiento aprobado para la misma era el interferón. Sin embargo, recientemente fue aprobada la bulevértida (BLV), que actúa inhibiendo la entrada de VHB y VHD en los hepatocitos mediante la unión al receptor NTCP. Está indicada en pacientes con enfermedad hepática por VHB/VHD compensada.

OBJETIVOS

Describir dos casos con hepatopatía crónica compensada por VHB/VHD que inician tratamiento con BLV 2 mg/día vía subcutánea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1. Mujer de 56 años con cirrosis compensada por VHB + VHD con hipertensión portal (HTP) en forma de varices esofágicas pequeñas. Desde el inicio de tenofovir (TFV) en 2012 mantiene CV VHB < 20 UI/mL. Durante la evolución, el VHD ha presentado fluctuaciones de CV VHD, con elevación ocasional de transaminasas. En marzo 2022 presenta un brote de hepatitis aguda (GOT 595/GPT 809, GGT 224/FA 153 y BT 1,29), con CV VHD 51300000 copias/mL, CV VHB 28 UI/mL, sin coagulopatía ni descompensación clínica. En mayo 2022 inicia BLV.

Caso 2. Hombre de 56 años con cirrosis compensada por VHB + VHD con hepatitis autoinmune (HAI) asociada, sin signos de HTP. Presenta serología VHC positiva con carga viral indetectable. Está en tratamiento con azatioprina 100 mg/24h y prednisona 10 mg/24h para HAI desde 2016 y TFV desde 2015 para VHB. En agosto 2022 se detecta CV VHD 475000 copias/mL, CV VHB < 20 UI/mL y discreto deterioro del perfil hepático basal (GOT 192/GPT 191, GGT 207/FA 167, BT 0,59). Se inicia BLV.

RESULTADOS

Caso 1. A los cuatro meses del inicio de BLV, presenta normalización de las enzimas hepáticas (GOT 32/GPT 33, GGT 31/FA 94 y BT 0,8) y descenso de la CV VHD, con 2020000 copias/mL a los dos meses del inicio del tratamiento y VHB menor de 20 UI/mL.

Caso 2. Al mes del inicio del tratamiento presenta mejoría del perfil hepático, con GOT 77/GPT 67, GGT 172/FA 189 y BT 0,50, sin objetivarse complicaciones a otros niveles y con buena tolerancia al fármaco.



CONCLUSIONES

El tratamiento con BLV parece ser efectivo y seguro al inicio en los pacientes con replicación de VHD activa y alteración del perfil hepático, aunque dado el relativo bajo número de pacientes que han recibido este fármaco es necesaria mayor evidencia para mostrar su efectividad y seguridad a corto y largo plazo.

30. HEPATITIS AGUDA GRAVE POR INANICIÓN EN PACIENTE CON ANOREXIA NERVIOSA

E. Coello Córdoba, I. Conde Amiel, M.V. Aguilera Sancho-Tello, S. Romero Moreno, C.M. Murcia Moreno, M. Pena López, M. Berenguer Haym, P. Nos Mateu
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El estado catabólico asociado a la anorexia nerviosa produce lesión hepatocitaria, siendo frecuente objetivar hipertransaminasemia leve-moderada en estos pacientes. La presentación como hepatitis aguda grave (HAG) por inanición es infrecuente, habiéndose postulado como factor etiopatogénico la hipoperfusión, e incluso se han descrito casos de insuficiencia hepática aguda grave.

OBJETIVOS

Describir un caso de HAG por inanición en paciente con anorexia nerviosa grave y caquexia extrema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 39 años diagnosticada en 1999 de anorexia nerviosa purgativa grave y refractaria (IMC 10,7 kg/m²) con múltiples ingresos de larga duración, sin antecedentes de hepatopatía previa conocida ni consumo de tóxicos.

La paciente ingresó el 29/07/2022 por un cuadro grave de debilidad que impedía la bipedestación, tras una semana de restricción de la ingesta (<200 kcal), y deterioro de pruebas de función hepática: bilirrubina total 5,8 mg/dL (indirecta 5,22 mg/dL), GOT 1676 U/L, GPT 746 U/L, Índice de Quick 33%, INR 2,31, plaquetas 131.000/ μ L. Además, presentaba: glucemia 57 mg/dL, alteraciones hidroelectrolíticas (Ca²⁺ 8,3 mEq/L, Pi 2,0 mEq/L, Cl⁻ 91 mEq/L, Na⁺ 134 mEq/L, K⁺ 3,1 mEq/L) y CK 2.694 U/L, con función renal normal.

RESULTADOS

Se descartaron otras posibles etiologías: serología, autoinmunidad, metabolismo de cobre y hierro, ecografía, tóxicos y fármacos, todas ellas negativas.

Se inició fluidoterapia con suplementación de electrolitos, con posterior introducción de nutrición enteral. No se administró nutrición parenteral para evitar síndrome de realimentación. La paciente presentó progresiva mejoría clínica y analítica, con corrección de la coagulopatía a los 4 días del ingreso y normalización de transaminasas a los 21 días. Durante el ingreso no hubo episodios de encefalopatía ni otras complicaciones relevantes. Actualmente la paciente permanece ingresada en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

CONCLUSIONES

La HAG por inanición es un cuadro infrecuente en los pacientes con anorexia nerviosa, cuyo diagnóstico debe ser de exclusión. Aunque su etiopatogenia posiblemente sea multifactorial, la hipoperfusión parece jugar un papel clave. El inicio precoz de fluidoterapia con monitorización electrolítica y la introducción progresiva de nutrición es esencial en el manejo, con buen pronóstico en la mayoría de los casos.

31. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE COLITIS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN

M. Pena López, C.M. Murcia Moreno, E. Coello Córdoba, M.I. Iborra Colomino, P. Nos Mateu
Hospital Universitari i Politecníc La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por la alternancia de episodios de brote y periodos de remisión; no obstante, las características clínicas como el sangrado abdominal, rectal o la diarrea, así como endoscópicas, úlceras en colon, no son patognomónicas. El diagnóstico diferencial incluye un amplio espectro de enfermedades inflamatorias e infecciosas que simulan a la EC, así como otras que pueden complicar la propia enfermedad.

OBJETIVO

Describir un caso de colitis por citomegalovirus (CMV) en una paciente trasplantada renal con EC en tratamiento con tacrólimus, azatioprina e infliximab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 48 años con antecedente de EC y trasplantada renal por insuficiencia renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis bilateral. Consulta por dolor abdominal, diarrea y proctalgia. Se objetivó un aumento de los reactantes de fase aguda (PCR de 21,9mg/L) y una úlcera en ciego, 3 úlceras superficiales en recto, y 2 orificios fistulosos internos; por lo que se inició tratamiento empírico con ciprofloxacino y metronidazol.

RESULTADOS

En las biopsias endoscópicas se observó afectación citopática citomegálica. Por ello, se inició tratamiento con ganciclovir intravenoso y al alta valganciclovir oral y se mantuvo el tratamiento biológico con infliximab.

CONCLUSIONES

La infección cólica por CMV es una patología infrecuente que, no obstante, debemos considerar en el diagnóstico diferencial de pacientes con patología inflamatoria, sobre todo en contexto de tratamiento inmunosupresor.

Existe controversia respecto al mantenimiento del tratamiento con anti-TNF en caso de sobreinfección por CMV. En nuestro caso, dado que la paciente se encontraba asintomática, con colonoscopias previas sin actividad y tratamiento con este biológico desde 2015, decidimos mantenerlo con la administración conjunta del tratamiento antiviral, obteniendo buena respuesta clínica.

32. FÍSTULA AORTOENTÉRICA: UNA CAUSA GRAVE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

S. López Jiménez, P. López Muñoz, M.I. Iborra Colomino, E. Uclés Ramada, C. Sánchez Cano, I. Terol Chafer, M. García Campos, V. Pons Beltrán
Hospital Universitari i Politècníc la Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La fístula aortoentérica (FAE) es una comunicación entre la aorta y el tracto digestivo, siendo una causa poco frecuente de hemorragia digestiva alta (HDA) con alta mortalidad. Se produce con mayor frecuencia en la tercera o cuarta porción duodenal. La infección protésica es uno de los factores de riesgo más importantes para la formación de FAE secundarias y la manifestación clínica más frecuente es el sangrado digestivo. La



endoscopia digestiva y la tomografía axial computarizada con contraste son pruebas clave para el diagnóstico. El tratamiento, en pacientes con alta sospecha, consiste en la reparación quirúrgica, ya que la mortalidad está próxima al 100%.

CASO CLÍNICO

Paciente de 78 años, portador de prótesis aórtica por aneurisma de aorta abdominal, que ingresa en contexto de candidemia e infección de saco aneurismático. En la tomografía computarizada (TC) al ingreso, se describe un saco aneurismático con aire en su interior (sugestivo de inflamación/infección).

Al tercer día de ingreso, inicia cuadro de HDA con hematemesis e inestabilidad hemodinámica, con anemia de 8,1 hasta 5,7 g/dL de hemoglobina.

La gastroscopia urgente no identifica lesiones susceptibles de sangrado, y se detecta un resto hemático fresco en 2ª porción duodenal. Dado el contexto clínico, se introduce colonoscopio pediátrico para descartar lesiones en tercera y cuarta porción duodenal. A este nivel se identifica un área de solución de continuidad de la pared duodenal de unos 8-10 mm, sobre la que se expone una lesión de aspecto vascular, pulsátil con el latido cardíaco, que rezuma sangrado de bajo débito. Se decide marcaje de la pared duodenal contralateral con clip hemostático para su localización radiológica.

Se realiza nuevo TC que identifica crecimiento del saco aneurismático respecto a la exploración previa, en amplio contacto con el duodeno y sospecha de comunicación (fístula aortoentérica).

Se interviene quirúrgicamente en 24 horas con resección de 3ª-4ª porción duodenal y realización de anastomosis duodenoyeyunal. Pese a buena evolución postquirúrgica, a las 6 semanas presenta absceso junto al saco aneurismático, que se complica con hemorragia y éxitus.

CONCLUSIÓN

La FAE tiene baja incidencia como causa de HDA, pero debemos sospecharla ante factores de riesgo para un diagnóstico precoz endoscópico y así reducir su elevada mortalidad.

33. SUBFERTILIDAD EN PACIENTES JÓVENES CON ENFERMEDAD DE CROHN: ESTUDIO DE CASOS-CONTROLES

L. Bernal Luján ¹, P. Zapater ¹, B. Herreros ¹, A.F. Rodríguez ¹, R. Muñoz ¹, L. Madero ¹, B. Orts ², O. Belén ¹, L. Sempere ¹, P. Sirena ¹, M.E. Torregrosa ¹, O. Moreno-Pérez ¹, A. Gutiérrez ¹

Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) afecta a pacientes jóvenes. Su preocupación por el efecto de la enfermedad y los tratamientos en la fertilidad es frecuente. Las últimas guías ECCO establecen que la actividad de la EII se asocia a una disminución de la fertilidad, pero los estudios al respecto son antiguos y de baja calidad.

OBJETIVOS

Investigar la potencial fertilidad en la enfermedad de Crohn (EC) mediante estudio de hormona antimülleriana (AMH) en mujeres e inhibina B (IB) en hombres.

Comparar resultados de pacientes con EC con una población control.

Estudiar factores relacionados con la subfertilidad en pacientes con EC.

MÉTODOS

Estudio transversal, prospectivo casos-controles, incluyendo pacientes con EC de 18-40 años y controles sanos (CS) pareados por sexo y edad (2:1EC/CS). Se determinó IB por EIA y AMH por ECLIA. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas. Se definió subfertilidad=IB<89 pg/mL y AMH<1.66 ug/L en 0-24 años, <1.18 en 25-29, <0.67 en 30-34, <0.77 en 35-39 y <0.01 en 40-44. AMH <2 ug/L en <40 años se consideró baja.

RESULTADOS

Se incluyeron 163 sujetos: 83 hombres (58 EC, mediana 28 años; 25 CS, mediana 31 años) y 80 mujeres (50 EC mediana 26 años; 30 CS, mediana 28 años). El estilo de vida sedentario fue más común en mujeres con EC vs CS (46% vs 3.3%, $p<0.001$). Un 24% de mujeres con EC y 8% de hombres con EC tenían actividad (IHB >4). La AMH baja (<2) en >30 años fue más frecuente en EC que CS (95% vs 44%, $p=0.001$), con OR 3.28 (IC 95%, 1.6-6.4) para mujeres con EC. La concentración media de AMH fue similar entre mujeres con EC y CS (1.83 (1.04-3.34) vs 2.74 (1.05-4.12)g/L, $p=0.4$). La tasa de AMH anormal por rango de edad no fue distinta entre grupos en la población global (22% EC vs 23% CS, $p=0.9$). Los niveles de IB fueron significativamente inferiores en hombres con EC vs CS (169 (140-217) vs 232ug/L (178-274) $p=0.001$). No se detectó IB<89 pg/mL en ningún control vs 6% en pacientes con EC.

CONCLUSIONES

Las mujeres con EC>30 años tienen riesgo elevado de presentar AMH baja (<2 ug/L) superior a la población general.

Estos datos pueden ser de ayuda en el consejo a las mujeres con EC que deseen tener descendencia.

La concentración de IB es inferior en los hombres con EC respecto a CS, lo que puede traducir peor funcionamiento de las células de Sertoli, independientemente de la edad de los pacientes.

34. QUISTE PERICÁRDICO, UNA ENTIDAD POCO COMÚN COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

E. Guillén Botaya, R. Pastor Mateu, C. Pérez Rivarés, I. Pérez Álvarez, A. Fernández Soro, M. Gil Rodríguez, J. Gutiérrez Basoa, J.M. Huguet Malavés, J. Sempere García-Argüelles
Servicio de Patología Digestiva. Hospital General Universitario de Valencia.

El dolor abdominal constituye uno de los principales motivos de consulta en las urgencias hospitalarias. Aunque su principal origen se debe a trastornos gastrointestinales, debemos de integrar en el diagnóstico diferencial el origen extradiagnóstico.

Varón de 63 años con episodio de pancreatitis aguda moderadamente grave secundaria a hipertrigliceridemia hace 4 meses. El paciente acude por epigastralgia de meses de evolución irradiada a hipocondrio izquierdo, intensa, no relacionada con la ingesta y resistente a analgésicos habituales. No se objetivaron alteraciones analíticas, siendo los reactantes de fase aguda y las enzimas pancreáticas normales.

Se realizó gastroscopia sin hallazgos patológicos y TC que informó de una lesión quística de paredes finas en mediastino posterior de 83 x 84 mm en contacto con el esófago y una formación hipodensa en cuerpo pancreático heterogénea, compatible con necrosis encapsulada.



La RMN pancreática con secretina mostró el sistema ductal íntegro y la ecoendoscopia (USE) confirmó en mediastino una colección líquida, de paredes bien definidas. Se realizó punción obteniendo líquido de aspecto seroso. El estudio microbiológico y bioquímico fue normal y el histológico informó de infiltrado inflamatorio linfocítico sin atipias.

Tras la USE se produjo colapso de la colección, encontrándose asintomático al alta. A las 6 semanas el paciente reingresó por recidiva clínica y radiológica. Tras valorar el caso conjuntamente con cirugía torácica se decidió exéresis de la lesión. El estudio histológico mostró un quiste benigno con revestimiento de células mesoteliales compatible con quiste pericárdico. En el seguimiento ambulatorio 8 meses después continúa asintomático.

Los quistes pericárdicos son poco comunes, con una incidencia de 1 por 100.000 casos. Aunque en la mayoría de casos se producen por una alteración en la embriogénesis también pueden ser adquiridos.

Suelen ser un hallazgo casual, aunque pueden producir síntomas como disnea, dolor torácico o tos. El dolor abdominal es una forma de presentación muy inusual, existiendo muy pocos casos publicados en la literatura. El origen sería secundario a la irritación frénica del diafragma.

Los pacientes asintomáticos se pueden controlar mediante técnicas de imagen, precisando intervencionismo en aquellos con síntomas o elevado riesgo de complicaciones.

35. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL CAMBIO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A INFLIXIMAB SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN REMISIÓN CLÍNICA

C. Pérez ¹, E. Guillén ¹, A. Fernández ¹, I. Pérez ¹, J. Gutiérrez ¹, M. Gil ¹, M. Iborra ², A. Garrido ², P. Nos ², M.M. Boscá-Watts ³, L. Martí ⁴, J.J. Ramírez ⁵, J.M. Paredes ⁶, L. Ruiz ¹, Ana Monzó ¹, Inmaculada Bort ¹, José María Huguet ¹

1 Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, 2 Hospital Universitari i Politècnic la Fe de Valencia, 3 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 4 Hospital Francesc Borja de Gandía, Valencia, 5 Hospital Lluís Alcanyis de Xativa, Valencia, 6 Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia.

INTRODUCCIÓN

Desde marzo 2021 disponemos de infliximab biosimilar (CT-P13) en formulación subcutánea (IFX SC) que ha demostrado su equivalencia frente a su administración intravenosa cada 8 semanas (IFX IV).

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo del cambio a IFX SC en pacientes en remisión clínica y en tratamiento de mantenimiento con IFX IV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, multicéntrico y de recogida de datos prospectiva de pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa a los que se les decidió modificar el tratamiento de IFX IV a IFX SC. Todos los pacientes estaban en remisión clínica y biológica al menos en los últimos 6 meses. Se evaluaron datos de actividad clínica (índice de Harvey-Bradshaw para Crohn e índice de mayo parcial para colitis), datos analíticos (proteína C reactiva y calprotectina fecal) y determinación de niveles plasmáticos valle del fármaco. Se compararon los resultados basales, correspondientes a CT-P13 IV; con los resultados obtenidos en la semana 54 tras el inicio de CT-P13 SC.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes. La mitad en dosificación intensificada y la otra mitad en dosificación estándar (5 mg/kg cada 8 semanas). El 57 % eran mujeres, la media de edad fue de 40,8 años. El 63,3 % (n = 19) de los pacientes estaban afectados por una EC. No se observaron diferencias respecto al biomarcadores séricos (PCR) entre las determinaciones medias basales (IFX IV) [mediana 0,1 mg/dL] y la semana 54 [mediana 0,1 mg/dL]. El valor de calprotectina fecal mediana se mantuvo <200 ug/mg entre las determinaciones basal y a los 12 meses. No hubo cambios en los índices clínicos. Se objetivó un incremento marcado de los niveles de fármaco tras el cambio a la formulación SC a las 54 semanas (4,2 vs 13,47; p < 0,001) en pacientes no intensificados; y también en los intensificados (7,1 vs 11,73; p < 0,005). Solamente una paciente abandonó el tratamiento tras el diagnóstico de papiloma cervical y otra paciente por negativa a continuar con el tratamiento (ambas seguían en remisión clínica).

CONCLUSIONES

El switch de IFX IV a IFX SC mantiene la remisión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a los 12 meses de seguimiento. La formulación subcutánea alcanza niveles de fármaco superiores al fármaco intravenoso. Realizar el switch de IFX IV a IFX SC es seguro en la EII.

36. DERRAME PLEURAL SECUNDARIO A FÍSTULA PLEUROPANCREÁTICA

I. Pérez Álvarez, E. Guillén Botaya, R. Pastor Mateu, A. Fernández Soro, C. Pérez Rivarés, J. Gutiérrez Basoa, M. Gil Rodríguez, J.M. Huguet Malaves, J. Sempere García-Argüelles
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La fístula pleuropancreática (FPP) es una complicación poco frecuente en el curso de la pancreatitis. Se asocia generalmente con pancreatitis crónicas relacionadas con el alcohol y su forma más frecuente de presentación es la disnea. A este respecto, presentamos el caso de un paciente con reagudización de pancreatitis crónica con derrame pleural bilateral de predominio derecho.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 54 años con antecedente de pancreatitis crónica de origen enólico e hipertrigliceridemia grave, con múltiples ingresos por reagudización. Ingresó en marzo de 2022 por un nuevo episodio de pancreatitis crónica reagudizada junto con disnea de mínimos esfuerzos. Al ingreso se realiza TAC abdominal en el que se aprecia pseudoquistes en cola de páncreas de 3x2cm. Además, se realiza radiografía de tórax que detecta derrame pleural bilateral que ocupa un tercio de ambos hemitórax.

Dada la cuantía del derrame se decide realizar ecocardiograma, que descarta origen cardíaco del mismo, y se realiza toracocentesis con extracción de 2 litros de líquido serohemático. El análisis revela un líquido con niveles elevados de amilasa, compatible con origen pancreático. Se solicita RMN pancreática en la que se observa disrupción del conducto pancreático con comunicación entre el pseudoquiste y la pleura, confirmando la presencia de una fístula pleuropancreática.

Ante los hallazgos compatibles con FPP, el aumento de tamaño de las colecciones peripancreáticas y el aumento del derrame pleural tras la toracocentesis, se decide realizar ecoendoscopia y drenaje del pseudoquiste y CPRE con esfinterotomía pancreática y colocación de prótesis plástica pancreática, conllevando esto a la resolución clínica y radiológica del cuadro.



CONCLUSIÓN

La FPP es una complicación que requiere un elevado nivel de sospecha para su diagnóstico, que debemos considerar ante un derrame pleural persistente y sintomático en el curso de una pancreatitis. La confirmación se obtiene mediante el análisis del líquido pleural, que muestra un contenido alto en amilasa. En los últimos años, el tratamiento ha ido evolucionando desde la terapia médica o quirúrgica a la endoscópica, como en nuestro caso, por su alta tasa de éxito y menor carácter invasivo.

37. ACALASIA PARANEoplÁSICA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA PULMONAR

A.M. Antolí Miró, P. Calero Gozálviz, A. Crespo Catalá, P. Jiménez Martínez, A. Escudero Sanchís
Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

INTRODUCCION

La acalasia ha sido considerada como un trastorno poco frecuente con una incidencia anual de aproximadamente 1,6 casos por 100.000 personas y una prevalencia de 10 casos por 100.000 personas.

Se desconoce la etiología de la acalasia primaria o idiopática. La acalasia secundaria se debe a enfermedades que provocan anomalías motoras esofágicas similares o idénticas a las de la acalasia primaria.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de acalasia paraneoplásica en paciente con adenocarcinoma pulmonar.

MATERIAL Y METODOS

Mujer de 42 años fumadora activa sin antecedentes médicos de interés que consulta por disfagia tanto para líquidos como para sólidos de un mes de evolución. Además asocia regurgitaciones frecuentes, pérdida ponderal marcada y sensación de stop a nivel de esófago distal con dolor intenso.

RESULTADOS

La exploración física y la analítica solicitadas fueron normales.

Al ser la clínica compatible con acalasia se realizó analítica con serología Trypanosoma cruzi que fue negativa y se solicitó gastroscopia. Se objetivó una mucosa esofágica de características normales, apreciando hipertonia del EEI. Se tomaron biopsias de esófago distal que no mostraron malignidad. La manometría mostró resultados compatibles con acalasia esofágica tipo II. Se completó estudio con TC y PET TC. Se evidenció una probable neoplasia primaria en L1D, T4 N3 M1c y se realizó fibrobroncoscopia que confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar pobremente diferenciado.

Se llevó a cabo inyección con toxina botulínica. Sin embargo, la paciente no mejora clínicamente, persistiendo disfagia tanto a líquidos como a sólidos por lo que finalmente se decide colocación de PEG y es dada de alta.

CONCLUSIONES

La neoplasia maligna puede causar pseudoacalasia ya sea al invadir directamente los plexos neurales esofágicos (p. ej., adenocarcinoma de la unión esofagogástrica) o mediante la liberación de factores humorales no caracterizados que alteran la función esofágica como parte de un síndrome paraneoplásico. Además del carcinoma gástrico, otros tumores que pueden producir el síndrome son el cáncer de esófago, el carcinoma de pulmón, el linfoma y el carcinoma de páncreas.

38. DEBUT ASCÍTICO DE UN LEIOMIOSARCOMA DE VENA CAVA INFERIOR

P. Jiménez Martínez, A.M. Antolí Miró, A. Crespo Catalá, P. Calero Gozávez, A. Escudero Sanchís
Hospital Arnau de Vilanova de Valencia.

INTRODUCCIÓN

El leiomioma es un tumor agresivo de células de músculo liso. La mayoría se encuentran en retroperitoneo y suelen ser asintomáticos, y cuando presentan síntomas, están avanzados y con muy mal pronóstico. El leiomioma de vena cava inferior es muy poco común, en los últimos años hay descritos poco más de 300 casos, la mayoría mujeres de entre 50 y 60 años. Es importante conocer el leiomioma de vena cava inferior como causa de hipertensión portal, e individualizar cada caso para optar por la mejor opción terapéutica.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de ascitis por hipertensión portal secundaria a un leiomioma de vena cava inferior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Exponemos el caso de una mujer de 42 años alérgica a betalactámicos, sin hábitos tóxicos, obesa intervenida de un bypass gástrico, hipotiroidea y esquizofrénica controlada. Consulta por incremento del perímetro abdominal y sensación disnea frente al esfuerzo y al decúbito de un mes de evolución.

RESULTADOS

A la exploración, abdomen globuloso con signo de oleada positivo, sin signos compatibles con insuficiencia cardíaca ni estigmas de hepatopatía.

Análíticamente destaca un INR de 1'40, siendo las enzimas hepáticas, bilirrubina y proBNP normales. En ecografía se visualiza ascitis a tensión y una lesión focal de 5cm adyacente a vena cava intrahepática.

Se realiza paracentesis diagnóstico-terapéutica en la que se objetiva un gradiente sero-ascítico de albúmina $> 1'1$ sugestivo de ascitis secundaria a hipertensión portal. Se solicita Tomografía Computarizada (TC) donde se identifica una tumoración en vena cava inferior compatible con un leiomioma, y un trombo inferior a la masa. En comité de tumores se decide finalmente la resección quirúrgica. Tras la intervención, presenta un shock vasopléjico refractario con fallo orgánico que lleva finalmente al éxito de la paciente.

CONCLUSIONES

El leiomioma de vena cava inferior suele ser silente. Cuando da clínica, los síntomas más frecuentes son ascitis, disnea y edemas en miembros inferiores, debidos a hipertensión portal secundaria a compresión de la vena cava inferior. La TC con contraste es la mejor prueba de imagen para diagnosticarlo, y la exéresis quirúrgica en bloque el único tratamiento potencialmente curativo, siendo el papel de la radioterapia y la quimioterapia todavía desconocido.



39. COLANGITIS BILIAR PRIMARIA – BÚSQUEDA DIRIGIDA DE CASOS PERDIDOS

S. García García, A. Bono Garrigues, V. Aguilera Sancho-Tello, C. Vinaixa Aunés, I. Conde Amiel, M. Berenguer Haym, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad rara de evolución progresiva y silente. Existe información limitada sobre su epidemiología en España pero se estima que se trata de una entidad probablemente infradiagnosticada. Su tratamiento modifica la evolución, por lo que la detección y tratamiento precoces son esenciales para optimizar el pronóstico del mayor número posible de pacientes.

OBJETIVO

Realizar una búsqueda activa de casos perdidos de CBP en nuestra área sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo realizado a partir de la base de datos del laboratorio central en la que se recopila todos los pacientes a los que se les ha realizado estudio serológico de anticuerpos antimitocondriales (AMA) entre los años 2011 y 2020 en nuestra área sanitaria.

RESULTADOS

Se solicitó el estudio de AMA a un total de 11.087 pacientes. De estos 462 tuvieron resultado positivo; y de ellos 204 pertenecían a nuestra área sanitaria.

De estos 204 analizados, 30 (14%) habían fallecido y 1 (0.5%) era menor de edad. Del resto, 117 (57%) ya estaban en seguimiento en la Unidad de Hepatología y 56 (27%) no habían sido estudiados nunca en Hepatología.

La gran mayoría de los 117 seguidos en Hepatología eran pacientes con CBP (n=97).

En cuanto a los no seguidos en Hepatología, hemos contactado con 35 pacientes, de los cuales 7 ya han sido estudiados y 28 pendientes de cita. El resto se han descartado por: 3 CBP en seguimiento en otra área, 1 edad (98 años), 2 ilocalizables, 14 no CBP, 1 otro diagnóstico.

De los 7 AMA-positivo estudiados en Hepatología por primera vez, sólo 1 de ellos es diagnosticado de CBP. El resto tiene fosfatasa alcalina persistentemente normales, sin poder descartar que se trate de individuos que en un futuro presenten deterioro analítico. Se realizará seguimiento prospectivo de estos casos por parte del MAP y/o Hepatología.

CONCLUSIONES

La mayoría de pacientes con anticuerpos AMA positivo está diagnosticada de CBP con seguimiento adecuado en Unidades de Hepatología.

En los pacientes con estudio inmunológico positivo que no han recibido seguimiento por especialista, la bioquímica de colestasis, en concreto fosfatasa alcalina, es rigurosa y persistentemente normal en prácticamente todos los casos.

40. CISTOADENOMA MUCINOSO DE ORIGEN BILIAR. DIAGNÓSTICO INCIDENTAL

M. Cabacino Ibáñez, M.L. Molina Fernández-Murga, R. Dosdá Domingo, G. Ladrón Villanueva, L. Giménez Pitarch, M. Roldán La Fuente, A. David Palau Canos, P. Almela Notari

Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Los cistoadenomas biliares constituyen una variedad poco común de las neoplasias de la vía biliar. Dentro de estos distinguimos dos subtipos: serosos y mucinosos (CBM). Debido a que se trata de una patología premaligna deben ser evaluados para tratamiento quirúrgico.

El tratamiento del CBM puede ir desde la simple aspiración del quiste hasta el trasplante hepático. Sin embargo dada la alta tasa de recurrencias mediante tratamiento conservador (resección parcial o aspiración) el tratamiento quirúrgico con resección amplia de los márgenes es considerado el tratamiento de elección. Incluso pese a resección exitosa la tasa de recurrencia sigue siendo considerable (5-20%).

OBJETIVOS

Descripción de un caso de Cistoadenoma Biliar.

Conocer manejo de dicha patología en práctica clínica habitual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una mujer de 76 años sin antecedentes de interés que es remitida a la consulta de digestivo por hallazgo de lesión quística en ecografía abdominal de forma incidental. En dicha exploración se visualiza una lesión a nivel de hilio hepático que plantea diagnóstico diferencial entre lesión extrahepática versus quiste hepático.

Se realiza resonancia magnética en la que se objetiva una lesión quística en el hilio hepático de 6,3 x 5,4 cm de contenido mucinoso, que plantea como primera opción un cistoadenoma mucinoso de origen biliar. Con dicha sospecha diagnóstica la paciente se comenta en comité multidisciplinar diciendose tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS

Tras valoración de la paciente se decide realizar hepatectomía laparoscópica que transcurrió sin incidencias (pendiente anatomía patológica).

CONCLUSIÓN

La incidencia de los cistoadenomas biliares suponen menos del 5% de todas las neoplasias quísticas hepáticas. Aunque en la mayoría de casos suelen diagnosticarse de forma asintomática, en ocasiones puede manifestarse en forma de masa palpable o dolor abdominal. A nivel de laboratorio no existen marcadores específicos por lo que el peso diagnóstico recae sobre las técnicas de imagen. Se recomienda tanto TC como RMN para su estudio, pero la RMN permite una mejor diferenciación de lesiones de la vía biliar. El diagnóstico diferencial debe plantearse con otros quistes hepáticos. El tratamiento es eminentemente quirúrgico, siendo de elección la resección para evitar la recidiva a largo plazo.



41. CARCINOMA EPIDERMOIDE AMPULAR. NEOPLASIA INFRECIENTE DE LA AMPOLLA DE VATER

C. Sánchez Cano, A. del Val Antoñana, E. Uclés Ramada, S. López Jiménez.

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide (CE) es una condición rara, dado que la mayoría de los tumores malignos de la ampolla de Vater son adenocarcinomas. Se han descrito tan solo algunos casos aislados.

OBJETIVOS

Describir el caso de un paciente con CE ampular en estadio avanzado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hombre de 42 años sin antecedentes relevantes remitido a Urgencias por ictericia indolora. En la analítica sanguínea, hiperbilirrubinemia a expensas de directa, hipertransaminasemia y colestasis. Se realiza una ecografía abdominal con hallazgo de dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, por lo que se decide ingreso en Gastroenterología para completar estudio.

RESUMEN

Se realiza una tomografía computerizada (TC) abdomino-pélvica en la que se identifica dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, dilatación del conducto pancreático principal, una lesión pseudonodular de 22x15 mm en la zona periampular paraduodenal asociada a ganglios loco-regionales y una adenopatía de 15 mm en mediastino superior izquierdo. Se solicita una endoscopia digestiva alta (EDA) con hallazgo de tumoración de aspecto infiltrativo mayor de 3 cm de diámetro en el área de la papila que se biopsia. Debido a la presencia de prurito y rápido incremento de la bilirrubina, se realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y se coloca una prótesis biliar plástica, consiguiendo mejoría clínico-analítica. El informe anatomopatológico es de CE infiltrante de tipo queratinizante de la zona ampular. Se inicia quimioterapia (QT) debido a la diseminación loco-regional y a distancia del tumor. En el PET-TC post-QT se informa de disminución de la actividad tumoral. A los 7 meses del diagnóstico el paciente presenta melenas e inestabilidad hemodinámica, por lo que se realiza EDA urgente donde se objetiva hemorragia digestiva (HD) por úlcera duodenal maligna, no subsidiaria de tratamiento endoscópico. Se contacta con Radioterapia para tratamiento hemostático, pero a pesar de ello persiste el sangrado y, en situación de shock refractario a fluidoterapia intensiva, fallece a las 48 horas.

CONCLUSIONES

El CE ampular tiene un comportamiento agresivo y es de mal pronóstico. De hecho, se ha comunicado una supervivencia corta incluso en los resecables. Una de sus complicaciones es la HD.

42. ESOFAGITIS INDUCIDA POR MEDICAMENTOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Sánchez Cano, P. López Muñoz, V. Lorenzo-Zúñiga, E. Uclés Ramada, S. López Jiménez,

A. del Val Antoñana, M. García Campos, V. Pons Beltrán

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La esofagitis medicamentosa (EM) consiste en la lesión de la mucosa esofágica por contacto directo de fármacos, generalmente en esófago medio. Es más habitual en trastornos de la motilidad y alteraciones anatómicas. Se asocia con mayor frecuencia con antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, bifosfonatos y fármacos hiperosmolares, como el cloruro potásico. El dolor retroesternal y la odinofagia son los síntomas de presentación más comunes.

CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años pluripatológica, con obesidad mórbida, linfedema crónico con úlceras vasculares en miembros inferiores (MMII) e intervenida de cirugía torácica por tumor en mediastino posterior. Ingresa por empeoramiento del linfedema asociado a herida inciso-contusa en MMII, deterioro renal y alteraciones hidroelectrolíticas. Durante la hospitalización, en inmovilización total por impotencia funcional, presenta un episodio de hematoquecia abundante, realizándose colonoscopia sin hallazgos. Se realiza gastroscopia, en la que se identifica un conglomerado de restos sólidos blanquecinos en esófago medio, que podrían corresponder con comprimidos. Tras limpieza esofágica se identifican en tercio medio 2 úlceras de unos 5 cm de longitud, enfrentadas entre sí (morfología “en beso”), compatibles con EM. No presentan sangrado activo ni signos de perforación, pero existe exposición de la capa muscular, por lo que no se toman biopsias para evitar iatrogenia. Se decide cambio de la medicación a vía intravenosa, tratamiento con sucralfato oral e inhibidores de la bomba de protones (IBP). Se atribuyen las lesiones a daño directo por comprimidos de cloruro potásico oral (9 comprimidos diarios). Portadora de sonda vesical, 3 días después de la gastroscopia desarrolla un shock séptico urinario con fallo multiorgánico que precisa altas dosis de drogas vasoactivas y fallece a las 48 horas.

CONCLUSIONES

La EM es una entidad que debe sospecharse en casos de dolor retroesternal y disfagia. Se resuelve habitualmente con IBP y al suspender la medicación causal. Hasta en un 43% de los casos, los hallazgos endoscópicos consisten en úlceras “en beso” con mucosa circundante normal. En nuestro caso existían factores de riesgo: inmovilización prolongada en decúbito, cirugía torácica previa y posible trastorno de motilidad (consumo de mórficos).

43. TRASPLANTE HEPÁTICO EN METABOLOPATÍAS CON AFECCION HEPÁTICA Y/O EXTRAHEPÁTICA

E. Uclés Ramada, S. López Jiménez, C. Sánchez Cano, E. Coello Córdoba, C.M. Murcia Moreno, M. Pena López, V. Aguilera Sancho-Tello, I. Conde Amiel, C. Vinaixa Aunés, M. Berenguer Haym, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

El hígado es un órgano vital con una función predominantemente metabólica. El elevado número de vías metabólicas que existe en los hepatocitos explica que algunas metabopatías sean una causa importante, pero de difícil diagnóstico de fallo hepático fulminante (FHF).



OBJETIVOS

Describir el caso de 4 pacientes a los que se le realizó trasplante hepático (TH) por complicaciones hepáticas y extrahepáticas de enfermedades metabólicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 25 años con Enfermedad de Wilson (EW) desde el año, con mala adherencia a tratamiento. Previo al TH se evidencia hepatopatía crónica. El paciente ingresa por ACLF, anemia Coombs negativo y FRA. Se indica TH urgente a los 4 días de ingreso.

Mujer de 22 años con EW desde los 13 años con mala adherencia a tratamiento. 1 año antes del TH se apreciaban signos de fibrosis e HTP. La paciente presenta clínica neurológica rápidamente progresiva e incapacitante por lo que se indica el TH.

Varón de 20 años, de origen sirio sin antecedentes que ingresa por FHF en UCI por lo que se activa código 0. Se objetiva hiperamonemia y se estudian metabolopatías. El estudio genético confirma déficit de ornitincarbamiltransferasa (DOCT).

Varón de 48 años con Hiperoxaluria Primaria desde los 28 años que desarrolla cuadro de vasculitis sistémica con afectación renal. Se indica trasplante hepatorenal (THR) como tratamiento curativo. Requiere varias sesiones peritrasplante de hemodiálisis para depleción del oxalato.

RESULTADOS

En la EW, el TH está indicado en el FHF y en la hepatopatía avanzada. Tras el TH el metabolismo del cobre se normaliza. La clínica neurológica puede no resolverse tras el TH por lo que la indicación debe individualizarse.

Los trastornos del ciclo de la urea se caracterizan por la presencia de hiperamonemia. En la mayoría de estos trastornos el TH es curativo, sin embargo, la clínica neurológica establecida es irreversible.

El hígado es el único órgano capaz de metabolizar el oxalato, por lo que el TH es la única terapia curativa. En pacientes con fallo renal avanzado se realiza THR.

CONCLUSIONES

El TH puede ser la terapia definitiva en muchas metabolopatías por afectación hepática y/o extrahepática.

Es recomendable realizar el TH en situación de estabilidad metabólica y ausencia de clínica neurológica, sin embargo, la ausencia de diagnóstico previo y el desarrollo de FHF no siempre lo permite.

44. ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS EN INJERTO PANCREÁTICO DEL DONANTE EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRASPLANTE RENO-PANCREÁTICO

M.L. Molina Fernández-Murga, M. Cabacino Ibáñez, R. Dosdá Domingo, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, A. Forés Bosch, M. Roldán Lafuente, P. Almela Notari
Hospital General de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes sometidos a trasplante renal y pancreático (TRP) simultáneo, requieren un tratamiento inmunosupresor crónico que los hace más susceptibles al desarrollo de tumores malignos, tanto originados en el receptor como derivados del donante. Éstos últimos, presentes en menos de un 0.05% de los casos,

suponen un reto terapéutico, ya que no existen recomendaciones respecto a su prevención, diagnóstico y tratamiento.

OBJETIVOS

Describir un caso clínico de un paciente con un tumor sólido en el injerto pancreático.

Aprender sobre la prevención, seguimiento y opciones terapéuticas en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 59 años con diabetes tipo I intervenido en 1999 de TRP, en tratamiento inmunosupresor.

Consulta por dolor abdominal, estreñimiento y pérdida de peso. En la ecografía se describe un engrosamiento en sigma y discreta cantidad de líquido libre en pelvis y fosa iliaca derecha. Se realiza un TAC visualizándose el engrosamiento parietal en sigma y una masa de 4.6x4 cm en el páncreas trasplantado, así como múltiples lesiones sugestivas de carcinomatosis.

Ante el dudoso origen primario se realiza colonoscopia y biopsia percutánea de la lesión pancreática. En el estudio endoscópico no se objetivan lesiones, y tras la biopsia, se confirma histológicamente un adenocarcinoma pancreático.

RESULTADOS

Tras la estadificación (estadio IV), se inicia quimioterapia con Gemcitabina-Abraxane, requiriendo de colocación de endoprótesis por cuadro suboclusivo secundario a compresión por carcinomatosis. Tras administrar 2º ciclo, presenta cuadro de encefalitis y nuevo episodio de suboclusión intestinal. Ante escasa mejoría neurológica, anorexia y deterioro general, se suspende quimioterapia y se decide tratamiento sintomático.

CONCLUSION

La literatura respecto al manejo de las neoplasias derivadas del donante es escasa, sobre todo en pacientes sometidos a TRP. Una opción es el manejo convencional de las neoplasias. Sin embargo, en función de las características, se puede plantear la retirada del injerto y el cese de la inmunosupresión, asociando o no tratamiento oncológico, con buenos resultados en algunos casos descritos.

Todo ello, es importante ante el aumento en la realización de TRP, lo que supone un control y seguimiento individualizado de estos pacientes con el objetivo de un diagnóstico precoz de los tumores.

45. CARCINOMA MEDULAR DE COLON: UN RETO DIAGNÓSTICO EN ASCENSO

M.L. Molina Fernández-Murga, M. Cabacino Ibáñez, R. Dosdá Domingo, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, M. Roldán Lafuente, A. Forés Bosch, P. Almela Notari
Hospital General de Castellón.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma medular (CM) de colon es un subtipo histológico poco frecuente que supone un 0.03% de los tumores colónicos. Está caracterizado por un patrón predominantemente sólido pobremente diferenciado con infiltración intratumoral linfocitaria, asociado frecuentemente a inestabilidad de microsátélites (hasta un 90% de los casos). Actualmente su incidencia se encuentra en aumento, sobre todo gracias a la mejora en las técnicas diagnósticas.



OBJETIVO

Describir un caso clínico de una paciente con un carcinoma medular de colon.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 75 años, anticoagulada, que acude a Urgencias por hematoquecia y clínica anémica asociada. En analítica se objetiva hemoglobina de 4.8 g/dl, realizándose gastroscopia urgente sin hallazgos de hemorragia digestiva alta. Durante ingreso, se realiza colonoscopia describiéndose una lesión mamelonada, irregular y ulcerada ocupando > 50% de la circunferencia en ángulo hepático. Además, se extirpan 6 pólipos sésiles de 1 – 1.5 cm, siendo todos ellos adenomas tubulares con displasia de bajo grado. Se realiza TC para estudio de extensión, sin hallazgos de enfermedad diseminada. Ante paciente con neoplasia de colon sangrante, se decide cirugía programada.

RESULTADOS

Se procede a hemicolectomía derecha sin complicaciones postoperatorias. Tras realizar estudio histológico, se confirma carcinoma medular con infiltración de grasa pericólica sin afectación de bordes quirúrgicos (T3N0 (0/22) M1) y sin invasión perineural o linfovascular. En el estudio genético se observa pérdida de expresión de MLH1 y PMS2 y positividad para el gen BRAF, siendo sugestivo de caso esporádico por lo que no se remite a consejo genético. Al presentar criterios de bajo riesgo no se administra tratamiento adyuvante, decidiéndose controles posteriores en consultas.

CONCLUSIONES

El CM es más frecuente en mujeres de edad avanzada y se suele localizar en el colon derecho, siendo menos agresivos que los de colon izquierdo. Su histología se asemeja al adenocarcinoma pobremente diferenciado por la falta de estructura glandular dificultando su diagnóstico. Se caracteriza por su agresividad a nivel local, pero con menor presencia de metástasis.

Por todo ello, es importante continuar mejorando las técnicas moleculares para determinar el impacto de las mutaciones (BRAF) así como nuevas medidas terapéuticas, como la inmunoterapia.

46. ASOCIACIÓN ENTRE ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y NIVELES DE VEDOLIZUMAB Y USTEKINUMAB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

A. Algarra García, M. Capilla Lozano, C. Gómez Medina, I. Iranzo González-Cruz, S. Martínez Delgado, A.M. Girona Sanz, L. Álvarez Arroyo, P. García García
Hospital Universitario de La Plana.

INTRODUCCIÓN

La monitorización de los niveles de fármacos biológicos está adquiriendo gran relevancia en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal, permitiendo individualizar la terapia biológica. La utilidad de los niveles de los anti-TNF ha sido ampliamente demostrada, evidenciando una clara asociación entre concentraciones superiores de estos fármacos y la remisión de la actividad inflamatoria. Sin embargo, la evidencia sobre el beneficio de la monitorización de niveles de fármacos no anti-TNF, como Vedolizumab y Ustekinumab, es todavía escasa.

OBJETIVO

Nuestro objetivo es evaluar la correlación entre los niveles de Vedolizumab y Ustekinumab en mantenimiento con la actividad clínica y biológica en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todos los pacientes con Enfermedad de Crohn (EC) y Colitis Ulcerosa (CU) en tratamiento con Vedolizumab o Ustekinumab con una determinación de niveles del fármaco y de calprotectina fecal (CF) en un periodo <4 semanas.

Se consideró que presentaban actividad clínico-biológica los pacientes con: Índice de Harvey >4 en EC, Mayo Score Clínico >2 en CU o CF >250 mcg/gr.

RESULTADOS

Se incluyeron 22 pacientes (Vedolizumab n=12, Ustekinumab n=10).

En el grupo de pacientes con Vedolizumab, 10 presentaban CU y 2 EC. Aunque ningún paciente presentó actividad clínica, el 25% de los pacientes presentó actividad biológica, con elevación de CF >250 mcg/gr. El nivel medio de Vedolizumab en pacientes con actividad fue inferior al de los pacientes en remisión ($13,8 \pm 15,1$ frente al $18,6 \pm 9$ mcg/ml, p 0,527).

En el grupo de Ustekinumab todos presentaban EC. El 80% presentó actividad biológica y el 20% actividad clínica. El nivel medio de Ustekinumab en pacientes con y sin actividad clínica/biológica fue similar en ambos grupos ($2,5 \pm 2,2$ mcg/ml en pacientes con actividad y $2,1 \pm 1,2$ mcg/ml sin actividad, p 0.601).

CONCLUSIÓN

En el estudio no se evidencian diferencias significativas en la concentración de fármaco entre pacientes con y sin actividad inflamatoria. No obstante, en el grupo de vedolizumab se observa una tendencia a niveles superiores en los pacientes en remisión, aun sin alcanzar la significación estadística.

47. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COMPLICACIONES TRAS EL TRATAMIENTO LOCORREGIONAL DEL HEPATOCARCINOMA

N. García Gimeno ¹, M. Lozano Correcher ², J.M. Santiago Sánchez ¹, A. Marco Marqués ¹

¹ Hospital de Manises, ² Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos locorregionales [terapias ablativas, quimioembolización (TACE) y radioembolización] son una opción de tratamiento eficaz en los pacientes con hepatocarcinoma (HCC) en estadio precoz e intermedio. No obstante, una de las limitaciones es la posible aparición de complicaciones, con una tasa 0,5 -10 % en función de la técnica empleada.

OBJETIVOS

Describir las características demográficas y clínicas, el tipo de tratamiento locorregional empleado, la tasa de complicaciones y los factores de riesgo asociados a su aparición en una cohorte de pacientes con HCC.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico y retrospectivo que incluyó a pacientes diagnosticados de HCC que recibieron tratamiento locorregional entre junio de 2009 y septiembre de 2022. Se definió como complicación mayor aquel evento que produjo morbilidad significativa (ingreso de hospitalario o prolongación de la estancia hospitalaria o realización de procedimientos invasivos, entre otros) o mortalidad, el resto se consideran menores. Se diferenció entre complicaciones inmediatas (6-24 horas tras el procedimiento), periprocedimiento (primeros 30 días) y tardías (> 30 días tras el procedimiento).

RESULTADOS

Se incluyeron 60 pacientes, de ellos 57 tenían cirrosis (47 Child A y 17 Child B, 72% y 28%). Un 3,3% de los pacientes presentaban BCLC 0, un 45% BCLC A, un 45% BCLC B y un 6,7% BCLC C. Se diagnosticaron un total de 126 nódulos. Se realizaron 131 procedimientos percutáneos (49 sesiones de ablación por radiofrecuencia y 82 TACE). Se produjeron 8 complicaciones relacionadas con el tratamiento, todas tras la TACE. El 10% fueron mayores (sepsis, pancreatitis grave con fallo multiorgánico, abscesificación de las lesiones, colecistitis y reingresos por fiebre) y 3,3% menores (síndrome post-TACE). De ellas, 1 fue inmediata y 7 periprocedimiento. En el análisis bivariante, la comorbilidad cardiovascular se asoció a mayor riesgo de complicaciones (OR 5.9, IC95% 1.22 - 28,7; $p = 0.030$). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas con el resto de variables analizadas.

CONCLUSIONES

Los tratamientos locorregionales son una opción segura y eficaz en el manejo del HCC, aunque pueden asociarse a complicaciones graves hasta en 10% de los casos. La presencia de comorbilidad cardiovascular puede incrementar este riesgo, por lo que debe hacerse una selección rigurosa en estos casos.

48. REPORTE DE UN CASO DE HEPATITIS AGUDA POR COINFECCION DE VHA Y VHE

M. Cabacino Ibáñez, M.L. Molina Fernández-Murga, R. Dosdá Domingo, G. Ladrón Villanueva, L. Giménez Pitarch, M. Roldán La Fuente, A. David Palau Canos, P. Almela Notari
Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Tanto el virus de la hepatitis A (VHA) como la hepatitis E (VHE) son virus ARN que comparten mecanismo de transmisión a través de vía feco-oral (genotipo 1 y 2 de VHE). Ambos virus han presentado un aumento de prevalencia en países desarrollados, con un curso clínico que puede oscilar desde un curso leve de forma oligosintomática, hasta dar lugar a un fallo hepático agudo, constituyendo un importante problema de salud pública.

OBJETIVOS

Descripción de un caso de hepatitis aguda por coinfección de VHE y VHA

Revisión de bibliografía al respecto y posibles actuaciones a nivel epidemiológico

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso de una paciente de 58 años que acude a urgencias por cuadro de astenia, cefaleas y

vómitos de 24h de evolución. Se realiza anamnesis descartando factores de riesgo para distintas etiologías de hepatitis. En la analítica se objetiva elevación del patrón citolítico con GPT/GOT: 5015/3061 y Bilirrubina: 3,73, INR: 1,01. Clínicamente sin alteraciones neurológicas. Se realiza ecografía sin hallazgos patológicos y se decide ingreso para vigilancia evolutiva y completar estudio etiológico. Durante el ingreso se descarta etiología autoinmune, tóxica y metabólica, y tras realizar serología se objetiva positividad para IgM de VHE y VHA. La paciente evoluciona favorablemente con tratamiento conservador y finalmente es dada de alta.

RESULTADOS

Dado que ambos virus comparten mecanismo de transmisión no parece sorprendente que exista coinfección por ambos virus (hasta un 11.5%). Por ello se recomienda cribado del VHE en los casos de hepatitis aguda por VHA, especialmente en poblaciones susceptibles (pacientes inmunodeprimidos, embarazo...). Además al tratarse de dos virus hepatotrofos se ha sugerido un efecto sinérgico entre ambos virus que potencian la respuesta inflamatoria de ambos patógenos a nivel hepático, asociado a un aumento del riesgo de complicaciones extrahepáticas (derrame pleural..).

CONCLUSIÓN

Como conclusión destacar la importancia de una adecuada anamnesis y estudios serológicos en pacientes que ingresan con cuadros compatibles con hepatitis agudas, así como la posibilidad establecer un adecuado programa de vacunación de VHA en poblaciones susceptibles debido a la alta tasa de coinfección y las potenciales complicaciones derivadas el efecto inflamatorio sinérgico entre ambos patógenos.

49. GASTRITIS NEUTROFÍLICA AGUDA INDUCIDA POR NIVOLUMAB COMO TRATAMIENTO DE MELANOMA MALIGNO

A. Ojeda Gómez, A. García Soria, J. Saez Futer, A. Gurbillón, M.F. García Sepulcre
Hospital General Universitario de Elche.

INTRODUCCIÓN

La inmunoterapia se asocia con eventos adversos relacionados con el sistema inmunitario y la toxicidad a nivel gastrointestinal parece ser más frecuente para anti-CTLA-4 que para anti-PD1 o anti-PD-L1, el objetivo de Nivolumab. Aunque los irAE, incluyendo el tracto gastrointestinal inferior, son bien conocidos la gastritis o la esofagitis siguen siendo efectos esporádicos

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo. Revisamos la historia de aquellos pacientes que habían recibido Nivolumab para cualquier indicación desde 2017 hasta 2021 en nuestro centro. Se seleccionaron aquellos con síntomas gastrointestinales superiores y para quienes se había alcanzado un diagnóstico mediante gastroscopia.

RESULTADOS

Del total de 100 pacientes tratados con Nivolumab durante este periodo, se detectaron dos casos de gastritis, lo que supone una tasa de incidencia del 2%. Sus características basales se resumen en la tabla 1. Para los dos casos se realizaron gastroscopias, mostrando una mucosa gástrica eritematosa, edematosa, con friabilidad y ulceraciones extensas cubiertas de fibrina. Las biopsias tomadas revelaron infiltración neutrofílica

inflamatoria en el epitelio, así como apoptosis celular y microabscesos criptico. No se identificó *Helicobacter Pylori*. Se inició doble dosis de IBP y se suspendió definitivamente Nivolumab. El primer paciente rápidamente reporto estar asintomático mientras que la segunda no mostró ninguna mejoría después de varias semanas y requirió corticosteroides intravenosos, observando remisión completa de sus síntomas.

DISCUSIÓN

Nivolumab es un inhibidor de PD-L1 utilizado en enfermedades malignas metastásicas, localmente avanzadas o recurrentes. Conduce a la activación de la respuesta inmune citotóxica de los LT-CD8 contra células malignas. La gastritis inmunomediada es un evento adverso raro, que puede aparecer meses después del inicio del tratamiento, pero también después de su interrupción. El diagnóstico diferencial debe excluir gastritis infecciosa, vasculitis, Crohn o Behçet. El papel de *Helicobacter Pylori* es importante ya que puede simular o empeorar la gastritis inmunomediada. El tratamiento se basa en el cese de la inmunoterapia, la supresión del ácido gástrico y altas dosis de corticoides en los casos más graves. Se ha demostrado el beneficio de infliximab en casos refractarios.

50. ICTERICIA OBSTRUCTIVA: NO TODO ES LO QUE PARECE

A. Fernández Soro, J. Gutiérrez Basoa, C. Alventosa Mateu, E. Guillén Botaya, C. Pérez Rivarés, I. Pérez Álvarez, M Gil Rodríguez, M. Beceiro Castillo, A.I. Montoya Filardi, M. Diago Madrid
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La ictericia obstructiva consiste en un aumento de bilirrubina directa y enzimas de colestasis. Entre las causas más frecuentes encontramos la coledocolitiasis y las neoplasias de vía biliar. Su diagnóstico suele ser radiológico, pero en ocasiones puede ser difícil de distinguir de otras patologías.

CASO CLÍNICO

Varón de 62 años con antecedente de síndrome mielodisplásico (SMD) desde hace 2 años que ingresa por ictericia obstructiva (bilirrubina 5.19 mg/dL, colestasis, dolor abdominal y vía biliar intrahepática dilatada en ecografía). El estudio con colangioRM y TAC TAP muestra una estenosis concéntrica en la confluencia entre colédoco y hepático común con dilatación preestenótica. Por imposibilidad de drenaje endoscópico, se realiza drenaje transparietohepático. Simultáneamente, presenta alteración del hemograma consistente en anemia, plaquetopenia y leucocitosis de hasta $149,1 \cdot 10^9$. Se decide realizar un PET-TAC que describe múltiples adenopatías de aspecto metastásico. Se biopsian con resultado de sarcoma mielóide, que corresponde a infiltración ganglionar de leucemia mielóide aguda (LMA). Dado que esta entidad puede producir tumores sólidos, se realiza biopsia de la tumoración biliar mediante spy-glass a través del acceso del drenaje biliar externo objetivando en colédoco proximal una disminución del calibre de la luz con engrosamiento de la pared. La histología es compatible con sarcoma mielóide, que indicarían una progresión del SMD a LMA con afectación sólida en vía biliar. Tras resolver la ictericia, se retiró el drenaje y se inició tratamiento quimioterápico con intención curativa.

CONCLUSIÓN

El sarcoma mielóide es una entidad rara que consiste en una tumoración de precursores de células mieloides inmaduras. La afectación de la vía biliar es una forma atípica, siendo más frecuentes otras afectaciones como

en hueso y ganglios linfáticos. Puede aparecer tanto en relación con una leucemia mieloide aguda (menos del 1% de los casos) como en relación a otros procesos hematológicos, o incluso sin una afectación hematológica previa. En nuestro caso el cuadro inicial era muy sugestivo de colangiocarcinoma; sin embargo, la progresión a LMA nos hizo replantear el diagnóstico. Por tanto, observamos que el diagnóstico diferencial de los tumores de vía biliar en ocasiones puede ser muy complejo.

51. REGISTRO DE POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR – ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE AFECTACIÓN EXTRACÓLICA

S. García García, V. Argumánnez Tello, I. Terol Cháfer, M. Bustamante Balen, V. Lorenzo-Zúñiga García, V. Pons Beltrán, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria caracterizada por la presencia de múltiples pólipos, más de 100 en la forma clásica, localizados en colon y recto. Existen variedad de afectaciones de tracto digestivo superior y extradigestivas que conllevan un riesgo incrementado de otros cánceres.

OBJETIVO

Describir las características y afectación extracólica de los pacientes con PAF en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional descriptivo de los pacientes con PAF controlados en la consulta de alto riesgo de CCR de un hospital de tercer nivel.

RESULTADOS

Están en seguimiento 46 pacientes [52.2% mujeres; edad media (rango) 46 años (19-77)], pertenecientes a 22 familias. Disponemos de estudio genético en 44, con resultado positivo en 43 (97.8%), siendo todas las mutaciones sobre el gen APC.

Se ha realizado un análisis descriptivo de la frecuencia y proporción de manifestaciones extracólicas:

Se ha observado afectación del tracto digestivo superior en 36 pacientes (78,3%).

El hallazgo gastroduodenal más frecuente son los adenomas duodenales (67,2%). Según la clasificación de Spigelman, en nuestra serie encontramos: estadio I. 11 (33%), estadio II. 14 (42%), estadio III. 8 (25%) y ningún paciente ha presentado estadio IV.

En 16 pacientes (34.8%) se han detectado ampulomas, identificando entre ellos 1 adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado (DAG) y 1 adenocarcinoma infiltrante.

En estómago la manifestación más frecuente es la poliposis fúndica, en nuestra serie hemos identificado 25 pacientes (54.3%). Otras lesiones gástricas registradas han sido 1 adenoma con DAG y 1 adenocarcinoma infiltrante.

La manifestación extradigestiva más frecuente es el tumor desmoide, en 7 de 46 pacientes (15.4%). Además, se han identificado 6 (13%) carcinomas papilar de tiroides y 3 (6.5%) osteomas.



CONCLUSIONES

La afectación gastroduodenal tiene una alta incidencia en los pacientes con PAF. Las lesiones gástricas, en concreto adenomas avanzados y adenocarcinomas, son lesiones potencialmente letales y relativamente frecuentes (4.3%) por lo que su cribado y seguimiento exhaustivo podría disminuir la morbi-mortalidad en la PAF.

52. HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA (HAA). ¿HA CAMBIADO EL PERFIL DE PACIENTES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

S. García García, I. Terol Cháfer, V. Argumánz Tello, M. García Eliz, I. Conde Amiel, C. Vinaixa Aunes, S. Romero Moreno, A. Rubín Suárez, J. del Hoyo Francisco, M. Berenguer Haym, V. Aguilera Sancho-Tello

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La HAA es junto con el carcinoma hepatocelular la forma más grave de presentación dentro del espectro de la Enfermedad Hepática Alcohólica. Se ha descrito un aumento de esta entidad en pacientes más jóvenes y mujeres en EEUU y Canadá en los últimos años.

OBJETIVOS

Describir las características clínico-demográficas de los pacientes ingresados por HAA en nuestro medio desde 2015 hasta 2022. Valorar la evolución a lo largo de los años desde el punto de vista de las características demográficas en tres cohortes temporales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo basado en una serie de 61 pacientes con HAA que han requerido ingreso hospitalario en nuestro medio entre 2015-2022. Se estratificaron los pacientes en 3 cohortes (1=2015-2017, 2=2018-2019, 3=2020-2022).

RESULTADOS

61 pacientes ingresaron por HAA en el periodo de estudio [20 (33%) entre 2015-2017, 11 (18%) entre 2018-2019, 30 (49%) entre 2020-2022] con un total de 112 ingresos. 40 (65%) cumplían criterios de NIAA probable o definitivo. La edad media fue de 52 años, 74% hombres, 16 (28%) eran extranjeros. En 50 (82%) era el primer episodio de HAA. En 36 (61%) había cirrosis subyacente. 46 (76%) asociaban tabaquismo y 13 (24%) otras drogas. El 70% fueron considerados de riesgo social medio o alto. Entre las co-morbilidades, 6 (10%) tenían obesidad y 16 (27%) tenían patología psiquiátrica. El Maddrey medio al ingreso fue de 45 y el MELD de 22. 31 (52%) llevaron corticoides. Tras el cálculo de Lille, 26 fueron no respondedores a corticoides. El 30% reingresaron a 3 meses y el 44% al año (15% por nuevos episodios de HAA y 20% por descompensación hepática). El 18% se mantenían abstinentes al final del seguimiento. Al estratificar por sexo y edad según cohortes: el porcentaje de mujeres fue de 20%, 40% y 25% y la edad de 51, 50, 52 años en cohorte 1, 2 y 3 respectivamente. La mediana de reingresos fue de 1.6 (0-6) al final del seguimiento. 28 pacientes fallecen en el seguimiento. En 3 (5%) pacientes se ha realizado un trasplante hepático 6 meses tras el episodio de HAA.

CONCLUSIONES

La HAA es una entidad clínica con gran impacto asistencial y gran mortalidad. La pandemia COVID ha aumentado el número de ingresos por HAA. Los resultados americanos que describen cambios demográficos en la HAA en los últimos años, no se confirman en nuestra área.

53. TUMORES NEUROENDOCRINOS CON AFECTACIÓN METASTÁSICA A DISTANCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Poyatos García, R. Villagrasa Manzano, M. Ponce Romero, V. Sanchiz Soler, J. Sánchez Serrano, V. Merino Murgui, S. González Padilla, T. García Ballester, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno
Hospital Clínico Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNE-GEP) son neoplasias de baja incidencia, aunque en aumento debido al avance de las técnicas diagnósticas. Se clasifican en funcionantes y no funcionantes. El pronóstico se correlaciona con el grado de diferenciación histológica e índice proliferativo, distinguiéndose 4 grupos de agresividad creciente: TNE-GEP grado 1, 2 y 3 bien diferenciados, y los carcinomas neuroendocrinos (pobremente diferenciados, Ki67 >20%). Aunque la mayoría presentan buen pronóstico, el 30-70% son metastásicos al diagnóstico, siendo el hígado la localización más frecuente de afectación metastásica.

ENDOSCOPIA

Hombre, 71 años, ingresa por síndrome constitucional y dolor abdominal de 4 meses de evolución. En gastroscopia se observa lesión de 10mm en cara anterior con distorsión del patrón vellositario superficial. En TAC se objetivan metástasis cerebelosa, pulmonares, hepáticas y suprarrenal izquierda, implantes peritoneales y adenopatías múltiples. La ecoendoscopia muestra: en cuerpo pancreático, lesión hipocogénica y heterogénea, bien diferenciada, de 27x20mm que condiciona mínima ectasia del Wirsung distal con infiltración de arteria y vena esplénica y múltiples metástasis hepáticas en lóbulo hepático izquierdo.

Se realiza PAAF lesión pancreática y hepática, compatibles con tumor neuroendocrino bien diferenciado (grado 3) en muestra pancreática y metástasis hepáticas por tumor neuroendocrino.

CONCLUSIONES

La mayoría de TNE-GEP tiene un curso indolente, no siendo habitual la presentación con múltiples metástasis a distancia, como en este caso, en el que la ecoendoscopia cobra gran relevancia para el diagnóstico, tanto en la valoración local del tumor primario como a distancia, así como la toma de biopsias.

54. HEMANGIOMA, COMO CAUSA INFRECUENTE DE TUMORACION ESOFÁGICA

E. Guillén Botaya, P. Suárez Callol, C. Pérez Rivarés, I. Pérez Álvarez, A. Fernández Soro, M. Gil Rodríguez, J. Gutiérrez Basoa, A. Durá Ayet, J. Sempere García-Argüelles
Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

Los tumores esofágicos benignos son raros, con una prevalencia inferior al 0,5%, y suelen ser hallazgos casuales en pruebas de imagen. El tumor subepitelial más frecuente es el leiomioma, por el contrario, el



hemangioma supone una entidad rara con una prevalencia de 0,04%. Suele ser un hallazgo incidental, aunque puede causar síntomas que van desde disfagia hasta un sangrado gastrointestinal.

CASO CLÍNICO

Varón de 56 años sin antecedentes de interés, con hallazgo incidental en tomografía computarizada de lesión polipoidea intraluminal en esófago torácico, que mide 16 x 21 x 26 mm. Se realiza estudio dirigido sobre la lesión, objetivándose en la gastroscopia desde esfínter esofágico superior hasta 23 cm de arcada dentaria, gran tumoración varicosa de unos 25 mm con puntos rojos que ocupa el 50% de la circunferencia.

Ante la sospecha de variz esofágica, se realiza angio-TAC que descartó trombo intraluminal en vena cava inferior y otras causas de varices secundarias. Se completó estudio con la realización de una ecoendoscopia, que desvela lesión submucosa nodular de aspecto pseudotumoral azulada (aspecto varicoso) que ocupa el 50% de la circunferencia, hipoeoica con tractos fibrosos en su interior sin captación doppler. La lesión descrita mide 36 x 18 mm e impresiona de tumoración de estirpe vascular, compatible con hemangioma.

Dado que el paciente, se encontraba asintomático, se decide actitud conservadora.

CONCLUSIÓN

El hemangioma de esófago es un tumor submucoso benigno raro, de alta vascularización. Es importante realizar un correcto diagnóstico diferencial con las varices esofágicas, ya que la actitud terapéutica difiere. La ecoendoscopia ha comenzado a desempeñar un papel cada vez más importante, ya que nos permite caracterizar la lesión y descartar la ausencia de continuidad con los vasos sanguíneos principales. En pacientes sintomáticos, se ha realizado una resección quirúrgica, pero también se ha logrado una resección endoscópica de forma segura.

55. HEMORRAGIA DIGESTIVA DE INTESTINO DELGADO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

C. Sánchez Cano, I. Ortiz Polo, S. López Jiménez, E. Uclés Ramada
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva de probable origen en intestino delgado (HDID) es aquella en la que tras realizar una gastroscopia y una ileocolonoscopia no se encuentra el origen del sangrado.

OBJETIVOS

Describir el caso de una paciente con HDID severa, las complicaciones derivadas y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y diabetes mellitus tipo 2 que ingresa por astenia y, en la analítica sanguínea, se objetiva hemoglobina (Hb) de 5,3 g/dl. En Urgencias se transfunden 2 concentrados de hematíes (CH) y tras la transfusión del primer CH la paciente desarrolla edema agudo de pulmón. En la analítica de control destaca Troponina T 523,50 pg/ml y pro-BNP 2181 pg/ml y, en el electrocardiograma, se objetiva descenso del segmento ST en cara anterior, junto con depresión moderada-severa de la función sistólica del ventrículo izquierdo y aquinesia de la cara inferior en la ecocardiografía.

Ante estos hallazgos se realiza un cateterismo cardíaco que manifiesta oclusión de la arteria coronaria derecha en el segmento medio y se implantan dos stents no farmacológicos. Se instaure doble antiagregación con ácido acetilsalicílico y clopidogrel.

RESULTADOS

En los días siguientes presentó melenas e inestabilidad hemodinámica. Se realizó gastroscopia e ileocolonoscopia sin evidenciarse lesiones. La TC abdomino-pélvica no detectó lesiones en intestino delgado. En la cápsula endoscópica se identificaron angiodisplasias (AD) de 3-4 mm en yeyuno proximal y en íleon proximal, por lo que se realizó una enteroscopia anterógrada para tratar con sonda bipolar las lesiones. Tras el tratamiento endoscópico la hemorragia digestiva cesó, pero la paciente siguió anemizándose, obligando a administrar 2 g de hierro carboximaltosa y a transfundir un total de 9 CH. Ante la persistencia de la anemia, necesidad de antiagregación a largo plazo y fracaso del tratamiento endoscópico, se inició tratamiento con Octeotride de acción prolongada (LAR) con dosis de 10 mg cada 28 días. Tras esta terapia se mantuvo estable, sin evidenciarse recidiva del sangrado ni de la anemia.

CONCLUSIONES

El Octeotride LAR es un tratamiento farmacológico eficaz para la hemorragia digestiva secundaria a AD, especialmente en pacientes con sangrado recurrente y lesiones de difícil abordaje endoscópico.