

LIBRO DE COMUNICACIONES

36

CONGRESO DE LA

SVPD

VALENCIA

23/24

NOVIEMBRE 2023



SVPD

Sociedad Valenciana
de Patología Digestiva



DEPARTAMENT DE SALUT VALÈNCIA
ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA





COMUNICACIONES ORALES Pág. 4

VIDEOFORUM/ENDOSCOPIAS Pág. 25

PÓSTERES Pág. 31

JUEVES 17:00-18:00

23 NOVIEMBRE | Sesión de Comunicaciones Orales. EII y cáncer colorrectal

1. APRENDIZAJE DE LOS PRIMEROS 13 PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MUY REFRACTARIA TRATADOS CON UPADACITINIB, EL PRIMER JAK APROBADO PARA ESTOS PACIENTES

P. Ripoll, M. Iborra, A. Mínguez, A. Garrido, M. Aguas, G. Bastida, E. Cerrillo, P. Nos
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCION

Upadacitinib (UPA) es el primer inhibidor de JAK aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) activa moderada-grave que no responde a corticoides, inmunosupresores y/o antiTNF. Actualmente, los datos de eficacia y seguridad disponibles de su uso proceden de ensayos clínicos pivotaes (U-EXCEED y U-EXCEL).

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad en práctica clínica de UPA a corto plazo (12 semanas) en pacientes con EC.

METODOLOGÍA

Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo en pacientes con EC que recibieron tratamiento con UPA de forma consecutiva desde su aprobación en abril de 2023. Se recogieron las variables epidemiológicas, clínicas y de enfermedad, los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) (sobrepeso, DM, HTA, DL, fumador, enfermedad sistémica), y tratamientos previos. Se evaluó la mejoría clínica y biológica (PCR y calprotectina fecal (CF), los eventos adversos (EA) y hospitalizaciones.

RESULTADOS

Se analizaron 13 pacientes (10 mujeres). Según la clasificación de Montreal la localización fue L1: 6, L2: 2, L3: 5 y L4: 3, 6 con perianal; el comportamiento fue B1:7; B2: 5; B3: 1. La media de edad fue de 40, 8 años (DE 17), con 2 pacientes ≥ 65 años. Cinco pacientes no tenían FRCV, 2 tenían 1 y 6 ≥ 2 FRCV. Nueve habían recibido al menos 3 biológicos previos y 2 pacientes tofacitinib. La indicación fue: 9 por enfermedad luminal, 3 por manifestaciones extraintestinales y 1 como profilaxis de recurrencia. Cinco pacientes asociaban un biológico al inicio de UPA (2 antiTNF, 2 vedolizumab y 1 ustekinumab) y 2 asociaban corticoides. Las dosis de inducción fueron: 45 mg en 10 pacientes, 30 mg en 2 y 15 mg en uno. Presentaron EA 8 pacientes: 6 leves (acné (2), dislipemia, bronquitis, cefalea, hipopotasemia) y 2 graves con retirada (angioedema e infección por E. Coli productora de toxina Shiga requiriendo hospitalización (mujer 18 años sin FRCV). De los 11 pacientes que completaron las 12 semanas, 1 (8%) no tuvo respuesta y retiró, 6 (46%) presentaron respuesta y 4 (31%) remisión clínica con normalización o descenso de CF y PCR.

CONCLUSIONES

UPA parece un efectivo y seguro en pacientes con EC muy refractarios, incluso a otro antiJAK, con FRCV y combinado con un biológico.

2. EXPERIENCIA A UN AÑO DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD EN VIDA REAL DEL CAMBIO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL INACTIVA

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. Ripoll Abadía ¹, P. Nos Mateu ¹

1 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, 2 Hospital General Universitario de Valencia, 3 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 4 Hospital General Universitario Dr. Balmis, 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).

OBJETIVO

Evaluar la eficacia, seguridad y farmacocinética del cambio de IFX IV a SC en pacientes con EII en remisión clínica.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico observacional descriptivo en pacientes con EII en tratamiento estable con IFX IV a los que se realizó un switch a la vía SC. Se recogieron los valores del índice de Harvey-Bradshaw o Mayo parcial para enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) 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, 24 y 52 semanas.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 220 pacientes, el 66% presentaba EC (146 pacientes) y el 34% CU (74). La edad media fue de 45 años. El 44% eran mujeres. La indicación del IFX-IV fue principalmente por enfermedad activa (72%) y enfermedad perianal (EPA) (7%). Antes del switch, el 47% de los pacientes recibía IFX IV cada 8 semanas y un 53% lo hacía de forma intensificada. Un 45% llevaba pautado tratamiento inmunosupresor concomitante antes del cambio. El paso de IV a SC se llevó a cabo fundamentalmente por mejorar la adherencia durante la pandemia de COVID-19 (70%).

Durante el seguimiento, 195 pacientes permanecieron con dosis estándar de IFX SC (89%), 17 precisaron intensificación (8%) y en 8 se optimizó la administración a cada 3 o 4 semanas (3%).

Los índices clínicos, niveles de PCR y CF se mantuvieron sin cambios. Los niveles de IFX SC aumentaron significativamente de 5,25 µg/dl [2,7-8,4] a 15 [10-20], 14,1 [10,8-20,8] y 15,4 µg/dl [10,9, 19,9] a las 12, 24 y 52 semanas, sin diferencias entre EC y CU. Un menor índice de masa corporal se asoció con un aumento de niveles valle. Se registraron 19 acontecimientos adversos, 5 hospitalizaciones y 7 cirugías (3 por EPA). 14 pacientes tuvieron que suspender el fármaco (5,8%). La tasa de persistencia de IFX SC a los 6 y 12 meses fue del 0,96 y 0,92 respectivamente.

CONCLUSIÓN

El cambio de IFX IV a IFX SC mantiene la remisión clínica de forma segura en la EII, ofrece mayores niveles de fármaco y una buena aceptación por parte de los pacientes.

3. RESULTADOS DE LA CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN A LARGO PLAZO

A.A. Pérez Ibáñez, J. Torrente Sánchez, R. Díaz Muñoz, H. Tomás Ivorra, A. Voces Cabaleiro, J.R. Lorente Montoro, M. Fquihi Chetouane, S. Albert Palomares, E. Peiró García, A. Rabadán Mata, J.M. Paredes Arquiola

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

Las consultas de alta resolución (CAR) se establecieron para aumentar el uso eficiente del hospital, intentando diagnosticar y tratar al paciente de forma ambulatoria y precoz; siendo especialmente útiles para atender consultas de alto riesgo oncológico (CRO).

OBJETIVOS

Valorar los resultados de práctica clínica de la CAR de nuestro hospital tras 26 meses desde su implantación. Valor predictivo de los síntomas empleados en el circuito CRO, neoplasias detectadas e intención del tratamiento de estas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional, de práctica clínica, en una cohorte de pacientes de nuestro hospital. Se han incluido todos los pacientes valorados en la consulta CAR entre octubre 2020 y diciembre 2022, recogiendo los síntomas que han motivado la derivación a la CAR, el tiempo de espera hasta la realización de las endoscopias, y en el caso de las neoplasias, la presencia de metástasis al diagnóstico y la intención del tratamiento. Se ha calculado la incidencia de neoplasias y la utilidad de los síntomas de alarma para predecir su diagnóstico, empleando el programa SPSS 22.0.

RESULTADOS

De los 532 pacientes valorados en la CAR, 469 han completado el estudio; 47.1% hombres; con una mediana de 70 años (RIQ 58-79). Los pacientes fueron remitidos desde: Atención primaria (55%), Urgencias Hospitalarias (28%) y otros servicios del centro (17%). La mediana de tiempo

para atender a los pacientes fue de 15 días (RIQ 12-20) para la consulta y de 36 días (RIQ 22-59) para la realización de endoscopias. El principal síntoma para remitir a la CAR fue rectorragia (31%), seguido de anemia ferropénica (30%). Se diagnosticaron 78 neoplasias gastrointestinales (17%), y 52 eran cáncer colorrectal (CCR). Para el diagnóstico de neoplasia gastrointestinal, la rectorragia tenía una sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo y negativo de 22%, 67%, 12% y 81%, respectivamente; y la anemia ferropénica de 57%, 75%, 31% y 90%, respectivamente. Para el CCR, la anemia ferropénica presentaba la mayor área bajo la curva (0.718), con S 69% y E 75%.

CONCLUSIONES

Nuestra CAR atiende un número importante de pacientes remitidos para CRO y un porcentaje considerable presentan neoplasias gastrointestinales, destacando el CCR. Por lo que fomentar este tipo de consultas y analizar sus resultados es de gran importancia en la práctica clínica.

4. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL NO DIAGNOSTICADA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS: ESTUDIO EISER

A. Gutiérrez Casbas¹, V. Moreno Torres¹, I. Rodríguez Lago², I. Marín Jiménez³, Z. Plaza Almuedo⁴, J. Gratacós⁵, E. Trujillo Martín⁶, E. Pérez Pampin⁷, M. Barreiro de Acosta⁷, A. Aznar Esquivel⁶, M. Carrillo Palau⁸, M.L. García Vivar⁹, M.C. Muñoz¹⁰, L. Ladehesa¹¹, E. Iglesias Flores¹⁰, C. Merino Argumánez¹², Y. González Lama¹³, M. Arévalo Salaet⁵, X. Calvet Calvo¹⁴, A. Brandy García¹⁵, M. Izquierdo Romero¹⁶, S. Manrique¹⁷, R. Olmedo Martín¹⁸, J.F. García Llorente¹⁹, J. Zugaza², I. Ros Vilamajo²⁰, N. Rull Murillo²¹, J.A. Pinto Tasende²², P. Ucha Abal²³, C. González²⁴, F.J. Rodríguez Martín²⁵, S. Serrano Ladrón de Guevara²⁶, M. Domínguez Álvaro⁴, F.J. Prado Galbarro²⁷, J. Sanz Sanz¹²

1 Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante, Gastroenterología, ISABIAL, Ciberehd, 2 Hospital Universitario de Galdakao, Gastroenterología, 3 Hospital Gregorio Marañón, Gastroenterología, 4 Unidad Investigación Sociedad Española Reumatología, 5 Hospital Universitari Parc Taulí Sabadell, Reumatología, 6 Hospital Universitario Canarias, Reumatología, 7 Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, 8 Hospital Universitario Basurto, Gastroenterología, 9 Hospital Universitario Basurto, Reumatología, 10 Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Gastroenterología, 11 Hospital Reina Sofía de Córdoba, Reumatología, 12 Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Reumatología, 13 Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Gastroenterología, 14 Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Tauli, UAB, Unitat de Malalties Digestives, 15 Hospital Cabueñes, Reumatología, 16 Hospital Cabueñes, Gastroenterología, 17 Hospital Regional Málaga, Reumatología, 18 Hospital Regional Málaga, Gastroenterología, 19 Hospital Galdakao, Reumatología, 20 Hospital Universitario Son Llàtzer, Reumatología, 21 Hospital Universitario Son Llàtzer, Gastroenterología, 22 Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Reumatología, 23 Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Gastroenterología, 24 Hospital Gregorio Marañón, Reumatología, 25 Hospital Universitario General Santa Lucía, Reumatología, 26 Hospital Universitario General Santa Lucía, Gastroenterología, 27 Hospital Infantil de México, Bioestadística, México

INTRODUCCIÓN

Es frecuente que los pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) y artritis psoriásica (APs) manifiesten síntomas gastrointestinales, algunos de ellos relacionados con EII. Sin embargo, la prevalencia exacta de EII en éstos es controvertida y se desconoce el enfoque óptimo para su diagnóstico.

OBJETIVOS

Objetivo principal: determinar la prevalencia de EII no diagnosticada en pacientes con EspAax y APs. Objetivos secundarios: descripción de características de EII no diagnosticada asociada a EspA y evaluación de niveles de calprotectina fecal (CF) en pacientes con EspA para diagnosticar EII.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, observacional, multicéntrico, nacional. Participación de 13 hospitales españoles. Inclusión: pacientes ≥ 18 años diagnosticados de APs o EspAax según los criterios CASPAR o ASAS. Exclusión: pacientes en tratamiento con fármacos biológicos o corticoides sistémicos al inicio del estudio o en el mes previo; diagnóstico previo de EII. En pacientes > 50 años, se incluyó aquellos sin colonoscopia válida en los 3 años previos. Se realizó visita por Reumatología al paciente en la que se determinó niveles de CF. Tras ello, se derivó al paciente a Digestivo. Pacientes con $CF \geq 80 \mu\text{g/g}$ sin toma de AINEs o $CF \geq 160 \mu\text{g/g}$ con toma de AINEs se indicó colonoscopia. Pacientes con $CF 80-160 \mu\text{g/g}$ con toma de AINEs, se retiraron AINEs. Tras ello, nueva medida de CF y si $\geq 80 \mu\text{g/g}$ se indicó colonoscopia. Aquellos con $CF \leq 80 \mu\text{g/g}$ no se les realizó colonoscopia. En aquellos con colonoscopia negativa se indicó enteroscopia con cápsula. Si contraindicación para cápsula, se realizó enteroRMN. En aquellos con colonoscopia, enteroscopia o enteroRMN positiva, se realizó diagnóstico de EII.

RESULTADOS

Total de 559 pacientes. Entre los 494 evaluables, 246 eran APs y 248 EspAax. De entre los 540 con muestra de heces, 40% tuvo niveles de $CF \geq 80 \mu\text{g/g}$. En total, se diagnosticó a 28 pacientes de EII (prevalencia 5,7%); 24 tuvieron diagnóstico de EC, 3 EII inclasificable y 1 CU. La curva ROC para CF y diagnóstico de EII mostró un AUC del 87%. La mayor S y E correspondió a nivel de $CF > 147 \mu\text{g/g}$ y mostró una S de 85,7%, una E de 75,5%, un VPP de 17,4% y un VPN de 98,9%.

CONCLUSIONES

El 5,7% de los pacientes con EspA tienen EII no diagnosticada. La EC es el tipo más frecuente. La CF tiene alto VPN para descartar EII en pacientes con EspAax.

5. FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER COLORRECTAL O LESIONES AVANZADAS TRAS LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE PÓLIPOS SERRADOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

S. Baile Maxía, C. Mangas Sanjuán, L. Medina Prado, N. Sala Miquel, P. Zapater Hernández, R. Jover Martínez

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN

Los pólipos serrados (PS) son precursores del 30% de cánceres colorrectales (CCR). Sin embargo, existen discrepancias sobre qué PS requieren vigilancia y en qué intervalos, con recomendaciones adaptadas de las aplicadas a los adenomas a falta de una evidencia sólida al respecto.

OBJETIVOS

Revisión sistemática y metaanálisis para determinar qué características de riesgo de los PS se relacionan con el desarrollo de CCR o lesiones avanzadas metacrónicas totales (LAMT).

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda en Pubmed, EMBASE y Cochrane de estudios de cohortes, casos y controles y ensayos clínicos que detallaran la incidencia de CRC o LAMT en la vigilancia estratificada según tamaño, displasia y localización de los PS basales. Se consideró PS de alto riesgo (PSAR) aquel >10mm o con displasia. Se calcularon los riesgos relativos (RR) agrupados usando un modelo de efectos aleatorios.

RESULTADOS

2547 artículos fueron revisados y 15 incluidos, con 494,721 pacientes (edad media 59.3 años, 56% hombres) y seguimiento medio de 4.8 años. La incidencia de CCR metacrónico fue superior para PSAR respecto a PS de bajo riesgo (RR 1.84, IC 95% 1.11-3.04) y respecto a colonoscopia normal (CN) (RR 2.92, IC 95% 2.26-3.77); para PS>10mm respecto <10mm (RR 2.61, IC 95% 1.43-4.77) y CN (RR 3.52, IC 95% 2.17-5.69); y para PS con displasia respecto CN (RR 2.71, IC 95% 2.00-3.67). El riesgo de LAMT fue superior para PS proximales respecto a CN (RR 2.02, IC 95% 1.45-2.81). No se objetivó un riesgo superior para LAMT al comparar PS con displasia respecto a sin displasia (RR 0.84, IC 95% 0.31-2.25) ni PS proximales respecto a distales (RR 1.24, IC 95% 0.71-2.17).

CONCLUSIONES

El riesgo de CCR metacrónico es significativamente mayor en pacientes con PSAR en la colonoscopia basal, con magnitudes de riesgo similares a las descritas para adenomas avanzados, lo que apoya la recomendación actual de vigilancia a 3 años en pacientes con PSAR.

6. SOBRETAMIENTO EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL. COMPARACIÓN ENTRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y ENDOSCÓPICO DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS BENIGNOS

N. Sala Miquel, L. Medina Prado, C. Mangas Sanjuán, S. Baile Maxía, E. Álvarez, F.A. Ruiz Gómez, E. Serrano, E. Santana, P. Zapater, J. Martínez Sempere, O. Belén Galipienso, F. Puchol Rodrigo, A. Hurtado Soriano, L. Bernal Luján, P. López Guillén, R. Jover

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN

La mayoría de lesiones premalignas detectadas en la colonoscopia se tratan endoscópicamente, pero un número creciente clasificadas como complejas se someten a tratamiento quirúrgico, conduciendo a un sobretamiento.

OBJETIVOS

Describir las características de las lesiones complejas benignas tratadas por vía endoscópica y quirúrgica, y comparar las tasas de complicaciones graves y estancia hospitalaria en ambos grupos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico de casos y controles. Se incluyeron lesiones colónicas benignas tratadas quirúrgicamente entre 2004-2021 y se compararon con una cohorte control de lesiones complejas (SMSA \geq 3) tratadas endoscópicamente entre 2018-2021. Se incluyó un caso por cada control apareado por nivel SMSA y tamaño. Se definieron las complicaciones graves quirúrgicas: dehiscencia de sutura, infecciones o íleo paralítico; y endoscópicas: hemorragia con ingreso o perforación.

RESULTADOS

Se incluyeron 196 paciente con lesiones benignas, 98 en cada uno de los grupos, siendo la mayoría adenomas (88.8%). En el grupo endoscópico, con una edad media de 67.5 años(\pm 9.7), el 53.1% de las lesiones eran planas (0-IIa), con un tamaño medio de 40(\pm 17.3) mm. En el grupo quirúrgico, la edad media fue 66.8 años(\pm 11.4), el 41.8% eran sésiles (0-Is), con un tamaño medio de 41(\pm 17.0) mm. No existían diferencias entre grupos en el nivel de dificultad estimado según el sistema "SMSA". En el grupo quirúrgico 53(54.0%) pacientes presentaron complicaciones, precisando reintervención quirúrgica en 34 de los pacientes(34.7%), mientras que en el grupo endoscópico se registraron 17 eventos adversos(17.3%) y solo 1 de ellos (1.0%) necesitó cirugía ($p<0,001$). Tres(3.1%) pacientes del grupo quirúrgico y uno (2.0%) del grupo endoscópico fallecieron ($p=0.19$) por complicaciones del procedimiento. La mediana de estancia hospitalaria en el grupo quirúrgico fue superior (10 frente a 0 días)($p<0,001$).

CONCLUSIONES

El tratamiento endoscópico de las lesiones colónicas benignas complejas (SMSA \geq 3) se asocia a menor número complicaciones, necesidad de reintervención quirúrgica y menor estancia hospitalaria en comparación con la cirugía.

VIERNES 09:00-10:00
24 NOVIEMBRE

II Sesión de Comunicaciones Orales. Páncreas, vía biliar y miscelánea

7. HISTORIA NATURAL TRAS UN PRIMER EPISODIO DE PANCREATITIS AGUDA

J.M. Varela, T. García, C. Suria, P. Navarro, J. Tosca, A. Sanahuja, M.M. Boscá-Watts, I. Pascual
Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

Tras un primer episodio de pancreatitis aguda (PA), un porcentaje variable de pacientes puede desarrollar pancreatitis aguda recurrente (PAR) o pancreatitis crónica (PC). Los estudios tienen tiempos de seguimiento cortos y análisis sesgado de los factores de riesgo.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia de PAR y PC tras un primer episodio de PA analizando qué factores se asocian a su desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional longitudinal retrospectivo de una cohorte de pacientes ingresados por un primer episodio de PA entre los años 2012 y 2013. Las variables del primer episodio se recogieron de manera prospectiva y las del seguimiento basándose en la historia clínica electrónica. En el primer episodio se recogieron las características basales de los pacientes (edad, sexo, comorbilidades), el consumo de alcohol (> 20 g/día), el consumo de tabaco, la etiología de la PA, la gravedad y la presencia o no de necrosis pancreática. Durante el seguimiento se recogieron los ingresos por PAR, el desarrollo de PC, la persistencia o no del consumo de tabaco y alcohol, el tiempo hasta colecistectomía y el tiempo hasta el desarrollo de PAR y PC.

RESULTADOS

De 225 pacientes con PA, 19 fueron pérdidas de seguimiento, incluyéndose un total de 206 pacientes (mediana de seguimiento de 113 meses (RIQ 80-120)). Se detectó una incidencia de PAR del 27.7% (mediana de primera recurrencia de 4 meses), siendo la etiología más frecuente la biliar (77.2%); y una incidencia de PC del 3,4% (mediana de diagnóstico de 83 meses), siendo etiología más frecuente la etílica (85,7%). La mediana de tiempo desde la PA biliar hasta la colecistectomía fue de 7 meses. Se encontró asociación entre PA necrotizante y PAR (OR 3,3 [IC 95% 1.14-9.61]), no siendo significativa la relación con edad avanzada, sexo, etiología, gravedad de la PA, tabaquismo o etilismo ≥ 20 g/d. La PAR, PA etiología etílica, etilismo ≥ 20 g/d y tabaquismo se asociaron significativamente al desarrollo de PC ($p < 0.05$), no encontrándose asociación con edad avanzada, sexo, gravedad de la PA y PA necrotizante.

CONCLUSIONES

En nuestra cohorte la incidencia y asociación con factores de riesgo de PAR está condicionada por una mayor proporción de PA biliar con demora en el tiempo hasta la colecistectomía.

El desarrollo de PC desde una primera PA se asocia al consumo de alcohol y tabaco, etiología etílica y PAR.

8. PANCREATITIS AGUDA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA PANCRÉATICA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO RETROPECTIVO

C. Murcia Moreno, E. Coello Córdoba, C. Sánchez Cano, E. Uclés Ramada, I. Ortiz Polo, A. del Val Antoñana

Hospital Universitari i Politècnic la Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA), como primera manifestación clínica de un tumor pancreático (TP) es una entidad clínica rara y poco conocida. Diversos estudios retrospectivos han sugerido que estos TP podrían tener un estadio más precoz y una mayor resecabilidad.

OBJETIVO

Descripción de una serie de casos de PA cuya etología fue un TP.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de nuestro registro de pacientes hospitalizados por PA, entre julio de 2014 y julio de 2023. Se identificaron 14 pacientes que presentaron uno o varios episodios de PA cuya etología fue una neoplasia del área periampular. Se revisaron características demográficas, técnica diagnóstica, tiempo hasta el diagnóstico de TP y estadio tumoral.

RESULTADOS

La etología tumoral supuso el 1,55 % de todas las PA registradas en el período, la edad media fue 64,8 años (46-82), 11 de ellos hombres (76%). El número medio de PA fue de 1,71 (1-5). El tiempo medio entre la primera PA y el diagnóstico de TP fue 6,5 meses (0-29). En 7 la etiología fue TP en la primera PA y en los 7 restantes: idiopática (n=3), biliar (n=2), alcohólica (n=1) y liraglutida (n=1). La gravedad, según la clasificación de Atlanta 2012, fue leve en todos los casos. El diagnóstico de TP se realizó por TC (n=9), RM (n=1) y ecoendoscopia (n=4).

Los tumores responsables fueron: adenocarcinoma de páncreas exocrino (n=10), ampuloma (n=2) y tumor neuroendocrino (n=2). Se observó obstrucción del conducto pancreático principal (n=7) y el CA 19.9 estaba elevado (n=11). Se diagnosticaron en estadio I (n=3), estadio II (n=1), estadio III (n= 6) y estadio IV (n=4). El tratamiento fue resección + QT (n=3), QT (n=7) y tratamiento sintomático paliativo (n=4).

CONCLUSIONES

El TP fue una causa rara de PA. En la mitad de los casos la PA fue erróneamente atribuida a otras causas lo que podría haber retrasado el diagnóstico de TP. En esta serie no hubo una mayor tasa de resecabilidad ni una tendencia a un estadio más precoz como ha sido descrito previamente.

9. GN vs OAF EN PACIENTES EN RIESGO DE HIPOXEMIA BAJO SEDACIÓN CONTROLADA POR ENDOSCOPISTAS (estudio ENDOAF)

A. Hurtado Soriano, F.J. Puchol Rodrigo, M.A. Amorós Galbis, J. Martínez Sempere, N. Sala Miquel, P. López Guillén, L. Bernal Luján, O. Belén Galipienso, C. Mangas Sanjuán, L. Compañy, F. Ruíz, B. Martínez Moreno, J.R. Aparicio

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN

Las endoscopias gastrointestinales se realizan, habitualmente, con sedación profunda (propofol) controlada por endoscopistas. A pesar del amplio perfil de seguridad y del uso de gafas nasales (GN), la complicación más frecuente es la hipoxemia. La oxigenoterapia con alto flujo (OAF) podría ser una alternativa.

OBJETIVOS

Valorar si la OAF reduce el riesgo de hipoxemia leve (SpO₂ 85-90%). Investigar otras complicaciones derivadas de la sedación, el procedimiento y la oxigenoterapia.

MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado, abierto. Seleccionamos pacientes adultos con gastroscopia +/- colonoscopia o ecoendoscopia programada bajo sedación por endoscopistas y alguna de las siguientes: IMC 30; SAHS; sospecha SAHS (stop-Bang 3); cardiopatía o neumopatía crónica estable 6 meses. Recibieron preoxigenación con GN y se aleatorizaron a recibir GN (2-6L/min) u OAF (FIO₂ 70%, flujo 30L/min).

RESULTADOS

De 161 pacientes, 154 fueron incluidos. Media edad 66,3 (11,3) años; 68,8% varones. 54,6% obesidad. 35,7% diagnosticados de SAHS y 32,46% stop-Bang 3. 22,1% y 18,8% presentaban cardiopatía y neumopatía crónicas estables. 19,5% fumadores y 16,9% usaban BZD. 65 pacientes recibieron GN y 89 OAF. Los dos grupos eran homogéneos. No se detectaron diferencias en el riesgo de complicaciones totales (24,6% GN vs. 19,1% OAF). No hubo diferencias en el riesgo de desaturación leve: 16,9% GN vs. 14,6% OAF con RR 0,93 (IC 95% 0,62-1,38); desaturación grave (SpO₂ <85%): 7,7% GN vs. 5,6% OAF; rescate de vía aérea: 9,2% GN vs. 7,9% OAF. Un paciente del grupo OAF presentó una complicación grave desarrollando coma hipercápnico que precisó VMNI. No hubo necesidad de vasopresores, RCP ni éxitus.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio la OAF en pacientes con riesgo de hipoxemia no ha demostrado ser superior a la utilización de GN para evitar la desaturación en pacientes sedados profundamente con propofol, por lo que no se recomienda su utilización de forma estándar en este grupo de pacientes.

10. EL DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA COMO FACTOR PREDICTOR DEL PATRÓN FIBROESTENOSANTE

A. Crespo Catalá, P. Calero Gozávez, A.M. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, C. García Ródenas, L. Navarro López, C. Pons Giner, C. Albert Antequera

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad inflamatoria crónica del esófago que se caracteriza por síntomas de disfunción esofágica e histológicamente por >15 eosinófilos por campo de gran aumento. En ausencia de tratamiento se produce una progresión hacia un fenotipo fibroestenósante.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue analizar si el retraso en el diagnóstico y por tanto en el inicio del tratamiento, supone un cambio hacia un fenotipo fibroestenótico. También se evaluó si existen diferencias en el fenotipo según el perfil atópico y el sexo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio analítico, observacional y retrospectivo de pacientes con EEO diagnosticados en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia entre 2015-2022. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, analíticas y endoscópicas

RESULTADOS

Se incluyeron 71 pacientes con EEO (77,5% hombres vs 22,5% mujeres). La mediana de edad al diagnóstico fue de 37 años (RIQ 27-45). La mayoría de pacientes presentó un perfil atópico (59,2%) y en un 19,7% constaba eosinofilia. La clínica de debut fue de disfagia (73,2%), impactación esofágica (21,1%), pirosis (2,8%) y otros síntomas (2,8%). Un 77,5% presentó un fenotipo fibroestenótico frente a un 22,5% inflamatorio. Un 7,04% debutó con una gastroscopia normal.

Estos enfermos tardan una media de 38,86 meses en diagnosticarse (RIQ 6-60). Analizamos si este retraso en el diagnóstico tiene una repercusión en el fenotipo de estos pacientes, encontrando una significación estadística (p-valor 0,021) que permite asociar el patrón fibroestenósante con una mayor demora en el diagnóstico de estos paciente (ExpB 1,049; IC 1,007-1,092).

No se encontraron diferencias en el fenotipo según el perfil de atopia ni el sexo.

CONCLUSIONES

- Demográficamente, nuestra cohorte se asemeja a las descritas en la literatura.
- El tiempo medio en diagnosticar fue de 38,86 meses. Es necesario hacer una búsqueda exhaustiva de los síntomas de estos enfermos ya que muchas veces ellos mismos tienden a

normalizar y minimizar estos síntomas. Un retraso en el diagnóstico supone una remodelación del esófago hacia un fenotipo fibroestenotante.

- No encontramos diferencias en el fenotipo según el perfil de atopia y el sexo. Sería interesante realizar estudios de mayor tamaño para encontrar significación estadística.

11. MANEJO DEL SIBO CON ANTIBIÓTICOS ASOCIADOS A HERBÁCEOS Y PRE/PROBIÓTICOS. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO POR CENTROS

X. Cortés ¹, L. Belloch ², V. Martín-Carbonell ², I. Alexandra ³, L. Sanchis ³, A. Nicolás ², M. Ynfante ², J.R. Molés ³, M. Jaén ³, M. Colmenares ², M. Mora ⁴, N. Moreno ⁵, A.R. Liebana ², H. Tomás ⁵, J. Gonzalvo ³, E. Sánchez ¹, A. Garayoa ³, S. Díaz ², A. Gallén ², R. Cuesta ³, F. Grau ⁶, B. Antequera ², N. Sancho ², L. Redondo ²

1 Instituto Valenciano Digestivo. Hospital de Sagunto, Valencia, 2 Instituto Valenciano Digestivo, Valencia, 3 Hospital de Sagunto, Valencia, 4 Instituto Valenciano Digestivo. Hospital de Manises, Valencia, 5 Instituto Valenciano Digestivo. Hospital Dr. Peset, Valencia, 6 Instituto Valenciano Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

La llegada de formas sencillas de diagnóstico de SIBO ha supuesto un crecimiento exponencial de su incidencia a nivel mundial. La utilización de antibióticos herbáceos y probióticos se han relacionado con el manejo del SIBO.

OBJETIVO

Determinar si la utilización de tratamientos herbáceos y probióticos podrían suponer un complemento positivo al tratamiento estándar con antibióticos en el SIBO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inclusión entre Noviembre 2021 y Marzo 2023 de pacientes diagnosticados de SIBO en Hospital de Sagunto como grupo control (GC) e IVADI (Instituto Valenciano Digestivo) grupo intervención (GI). Tras diagnóstico, todos recibieron Rifaximina 1200 mg/d/10 días (junto con neomicina 1 g/d, si SIBO metano) además de dieta FODMAP guiada por nutricionista. El GI (IVADI) se añadió herbáceos tras antibióticos: Oleocaps de Pranarom (aceite de menta piperita, orégano,...) y Berberina de Nutilab, cada 8h, durante 20 días y en 3ª etapa, un mes de Proinflam (Soria Natural) probiótico con *L. rhamnosus* CBI, *B. bifidum* BB47 y *B. longum* ES1®, además de L-glutamina (VByotis) a 5g/2 veces al día. Repetición de curva SIBO con lactulosa a los 2,5 meses del inicio y medición de variables clínicas y analíticas.

RESULTADOS

Se incluyeron 179 pacientes, el 83% mujeres, con edad media de 46 años. Índice de masa corporal medio de 24kg/m², el 22% presentan patologías crónicas no digestivas y sólo el 12% eran fumadores activos.

La normalización de la curva de gases se ha dado en un 33.9% en H2-SIBO y 44.7% en CH4-SIBO, sin diferencias significativas entre GC y GI. El 71.4% de H2-SIBO y un 73.2% para CH4-SIBO tuvieron mejoría clínica significativa, con mayor porcentaje de remisión de síntomas en el GI respecto al GC, en el grupo CH4-SIBO ($p=0.038$). No hubieron diferencias significativas de efectos adversos entre grupos.

CONCLUSIONES

Añadir herbáceos y probióticos al tratamiento estándar del SIBO no parece mejorar los resultados de la curva de gases espirados, aunque podría conllevar una mejoría clínica significativa a medio plazo, principalmente en el grupo SIBO metano.

12. DIEZ AÑOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE HELICOBACTER PYLORI (Hp-EuReg). RESULTADOS EN LA COMUNITAT VALENCIANA

A. Fernández ¹, I. Pérez ¹, J.M. Huguet ¹, I. Ortiz-Polo ², G. Ladrón ³, L. Gimeno ³, A.B. Pozo ⁴, R. Antón ⁵, P. Suárez ¹, L. Ferrer-Barceló ¹, C. Torres ¹, L. González ¹, L. Ruiz ¹, A. Monzó ¹, I. Bort ¹, J. Sempere ¹, S. Benlloch ⁴, P. Almela ³, I. Pascual ⁵, P. Nos ², A. Cano-Català ⁶, P. Parra ⁷, L. Moreira ⁸, O. P. Nyssen ⁷, L. Hernández ⁹, J. P. Gisbert ⁷

1 Hospital General Universitario de Valencia, 2 Hospital Universitari i Politècnic la Fe, Valencia, 3 Hospital General Universitario de Castellón, 4 Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, 5 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 6 Gastrointestinal Oncology, Endoscopy and Surgery (GOES) research group, Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa. Institut de Recerca i Innovació en Ciències de la Vida i de la Salut de la Catalunya Central (IRIS-CC), Barcelona, 7 Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid, 8 Hospital Clínic de Barcelona, Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), IDIBAPS (Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer), University of Barcelona, Barcelona., 9 Gastroenterology Unit, Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero.

INTRODUCCIÓN

El European Registry on Helicobacter pylori management (Hp-EuReg) es un registro prospectivo internacional no intervencionista multicéntrico, que tiene como objetivo evaluar la práctica clínica en el manejo de la infección por Helicobacter pylori (Hp) por los gastroenterólogos europeos.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos erradicadores de Hp en primera línea, desde el inicio del registro.

MÉTODOS

Pacientes de la Comunitat Valenciana incluidos en el registro Hp-EuReg desde 2013 hasta 2023. Se registraron las variables en AEG-REDCap, incluyendo datos demográficos, diagnóstico,

intentos previos de erradicación, tratamiento actual, cumplimiento, tolerancia y eficacia del mismo. Se analizó la efectividad de la primera línea por intención de tratar modificada. Los datos se sometieron a revisión de calidad.

RESULTADOS

Se registraron 1.326 tratamientos. Edad media 52 años (DE 17). Mujeres 62%

La pauta concomitante sin bismuto de IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol (OCAM) fue la más utilizada (784 pacientes – 59%), tasa de erradicación del 87,1%. Pylera® se utilizó en 433 pacientes (32,7%), tasa de erradicación del 93,1%

La triple con IBP, amoxicilina y claritromicina se utilizó en 71 pacientes (5,4%), tasa de erradicación del 74,3%

Progresiva disminución en la prescripción de la pauta triple y un aumento del empleo de Pylera®. La tasa global de cumplimentación fue del 97,3%. Se comunicó al menos un efecto adverso en el 30% de los casos, la mayoría de ellos de intensidad leve; 27 pacientes (2%) retiraron el tratamiento por intolerancia al mismo.

En el análisis multivariante, tanto el buen cumplimiento como el uso de dosis altas de IBP se asociaron significativamente a un mayor éxito erradicador. Además, Pylera® se asoció significativamente a una mayor efectividad al compararlo frente al tratamiento cuádruple concomitante. Con OCAM, el buen cumplimiento fue el único factor que se asoció significativamente con un mayor éxito erradicador.

CONCLUSIONES

1. Solamente Pylera® alcanza tasas de erradicación por encima del umbral deseable (90%).
2. El perfil de seguridad de los tratamientos fue aceptable.
3. Una adecuada cumplimentación y las dosis altas de IBP se asociaron a un mayor éxito erradicador en todos los tratamientos.
4. Durante los últimos 10 años ha habido una tendencia al abandono de las terapias triples en 1ª línea.

VIERNES 15:30-16:30

24 NOVIEMBRE III Sesión de Comunicaciones Orales. Hepatología

13. RESULTADOS DE LA PIOGLITAZONA A DOSIS BAJAS EN EL MANEJO DE PACIENTES DIABÉTICOS O PRE DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD METABÓLICA HEPÁTICA GRASA. ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL

A. Tirado Escuder, A. Hurtado Soriano, B. Martínez López, I. Herraiz Romero, S. Pascual, M. Rodríguez, C. Miralles, I. Herrera, P. Bellot

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN

La pioglitazona es uno de los pocos tratamientos en los que se ha demostrado un beneficio en el manejo de pacientes con enfermedad hepática metabólica grasa (EHMG). Sin embargo su uso en vida real es muy limitado dado sus efectos adversos (osteoporosis, edema, aumento de peso).

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia y seguridad de la pioglitazona a dosis bajas (15 mg) en el manejo de la EHMG en pacientes diabéticos (DM) o con intolerancia oral a la glucosa.

MATERIALES Y METODOS

Se incluyeron en el estudio 42 pacientes (20 pacientes tratados con pioglitazona 15 mg y 22 pacientes con su tratamiento estándar de la DM (grupo control). A todos los pacientes se realizó una analítica completa, una elastografía hepática (KPa) por ecografía según la técnica ARFI y una cuantificación de la esteatosis por ecografía de manera basal y a los 6-12 meses (post).

RESULTADOS

En el grupo de la pioglitazona hubo un mayor número de mujeres (60% vs 27%), mayor prevalencia de cardiopatía (20% vs 0%), una mayor proporción de DM (80% vs 45%), una mayor grado de rigidez hepática (10.7 ± 6.6 KPa vs 7.1 ± 2.9 KPa), insulino-resistencia (HOMA: 10.9 ± 4 vs 6 ± 0.7) y elevación de las transaminasas (ALT: 59 ± 31 UI/L vs 33 ± 22 UI/L). En el grupo de la pioglitazona se objetivó una reducción significativa de la esteatosis ($37 \pm 21\%$ vs $17 \pm 12\%$), de la fibrosis estimada por elastografía ($-3 \pm 23\%$ vs $65 \pm 137\%$) y de las transaminasas (Delta ALT: $36 \pm 28\%$ vs $11 \pm 26\%$) frente al grupo control. Estos cambios ocurrieron de manera independiente a la pérdida de peso ($-2 \pm 7\%$ vs $1 \pm 7\%$). No se objetivaron efectos adversos relevantes durante el periodo de seguimiento.

CONCLUSIONES

La pioglitazona a dosis bajas es un fármaco seguro a corto plazo y se asocia con una reducción de la esteatosis, de la fibrosis y de las transaminasas en pacientes diabéticos o pre-diabéticos.

14. ENFERMEDAD HEPÁTICA ASOCIADA A CIRUGÍA DE FONTAN: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES HEPÁTICAS

E. Uclés Ramada, C. Sánchez Cano, J. Soriano Rueda, F. Buendía Fuentes, M. Berenguer Haym, I. Conde Amiel, V. Aguilera Sancho-Tello

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La cirugía de Fontan (CF) es un procedimiento paliativo realizado en cardiopatías congénitas.

La enfermedad hepática asociada a CF (EHCF) aparece en contexto de alteraciones hemodinámicas en pacientes con cirugía de >10 años. Se caracteriza por la aparición de alteraciones morfológicas, lesiones hepáticas y desarrollo de hipertensión portal. En su historia natural se diferencian 3 estadios funcionales. El tiempo desde la CF es uno de los factores más determinantes de la EHCF y se ha considerado un factor independiente de peor pronóstico.

OBJETIVOS

Describir las características de pacientes en seguimiento por EHCF desde el punto de vista clínico, analítico, de imagen y elastográfico. Correlacionar la variable temporal de tiempo desde la CF con los eventos clínicos de la EHCF.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional unicéntrico de pacientes en seguimiento por EHCF entre 2020-2023. Se han analizado variables clínicas, analíticas, pruebas de imagen, elastografía y endoscopia.

RESULTADOS

55 pacientes incluidos, con una edad media de $27,75 \pm 8,5$ años. El 51 % fueron hombres. La mediana de tiempo desde la cirugía fue de 19 años. El 69,4% de los pacientes presentaron EHCF grado 2-3. La mediana de la elastografía fue de 18,3 kPa. El 54,5% de los pacientes presentaron signos de cirrosis en las pruebas de imagen. El 46,3% de los pacientes presentaron lesiones en la RM hepática, (en el 37% de pacientes, hiperplasias nodulares focales). Un 14,5% de los pacientes presentó varices esofágicas. La única forma de descompensación hepática observada fue la ascitis (7,3% de los pacientes). Los pacientes con CF >10 años tuvieron más datos de cirrosis por imagen, de HTP y mayor porcentaje de trombopenia así como de aparición de insuficiencia cardíaca y fracaso de la CF ($p < 0.05$). Se comparó el tiempo de evolución de la CF con la presencia de EHCF grado 2-3 y la aparición de descompensación, sin observar diferencias significativas.

CONCLUSIONES

La EHCF incluye un conjunto de alteraciones hepáticas que precisan seguimiento en función del estadio. En la literatura se describe que el tiempo de duración de la CF es el principal predictor para el desarrollo de formas más graves, sin embargo, en nuestros pacientes observamos una baja tasa de desarrollo de complicaciones derivadas de la hepatopatía, incluso en pacientes con >10 años de evolución de la CF.

15. LA RECOMPENSACIÓN TRAS LA COLOCACIÓN DE UN TIPS REDUCE EL RIESGO DE HEPATOCARCINOMA Y MUERTE EN PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA

J. Sánchez Serrano ¹, M.P. Ballester Ferré ¹, S. González Padilla ¹, P. Poyatos García ¹, M.D. Escudero García ¹, C. Montón Rodríguez ¹, J. Ballester Fallos ¹, J.A. Carbonell ², P. Lluch García ¹, I. Pascual Moreno ¹

1 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 2 INCLIVA

INTRODUCCIÓN

Recientemente se ha observado que algunos pacientes con cirrosis hepática (CH) descompensada se recompensan, con una mejoría en su pronóstico. Sin embargo, la recompensación tras la colocación de un TIPS, así como su impacto en el desarrollo de hepatocarcinoma (CHC) y en la supervivencia, no han sido estudiadas.

OBJETIVOS

El objetivo del estudio fue establecer el impacto de la recompensación a los 6 meses y 1 año de la colocación de un TIPS en el pronóstico de pacientes con CH, tanto en el desarrollo de CHC como en la supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes consecutivos con CH descompensada a los que se puso un TIPS en un hospital terciario entre 2005-2022. Se evaluó la recompensación y su repercusión a largo plazo. Se definió recompensación como tratamiento y control de la etiología de la CH, y ausencia ascitis, encefalopatía hepática (EH) (con o sin diuréticos/profilaxis EH) y sangrado varicoso.

RESULTADOS

Se incluyeron 116 pacientes con CH descompensada, de los cuales 28 (24%) se recompensaron a los 6 meses y al año del TIPS.

El grado de función hepática en el momento de la colocación del TIPS fue el único factor asociado a la recompensación al año, con una menor puntuación MELD (12 ± 5 vs 15 ± 6 ; p valor=0,049) y Child-Pugh (8; RIQ 7-9 vs 9; RIQ 8-10, p valor=0.078).

La mediana de seguimiento tras la colocación del TIPS fue de 13 meses (RIQ 3-50). La incidencia acumulada de CHC al año, 3 y 5 años fue del 4%, 9% y 14% en recompensados y del 19%, 32% y 38% en no recompensados (log-rank p valor=0,037; HR 0,25 IC95% 0,1-0,9). La supervivencia fue del 100% al año, 88% al tercer año y 74% al quinto año de seguimiento en recompensados, mientras que en no recompensados fue del 86%, 62% y 27% (log-rank p valor=0,001, HR 0,24 IC95% 0,1-0,5).

De manera similar, la recompensación a los 6 meses se relacionó con una menor incidencia de CHC (log-rank p valor=0.004) y una mayor supervivencia (log-rank p valor<0.001).

CONCLUSIÓN

La recompensación a los 6 meses y 1 año de un TIPS tiene impacto evidente en el pronóstico de pacientes con CH descompensada, con una menor incidencia de CHC y un aumento de la supervivencia. Además una mejor función hepática se asocia a mayor recompensación al año, lo que sugiere la importancia de considerar la colocación temprana del TIPS en pacientes con indicación.

16. IMPORTANCIA DE LA RECANALIZACIÓN EN EL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN PORTAL EN PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA PORTAL AGUDA

T. García Ballester, M.P. Ballester Ferré, S. González Padilla, J.M. Varela, U. Fernández de Lapeña Echevarria, I. Lorca, D. Martí Aguado, J. Tosca Cuquerella, P. Lluch García, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTR ODUCCIÓN

La Trombosis Venosa Portal aguda (TVPA) sin cirrosis hepática es rara. El tratamiento se basa en la anticoagulación, sus objetivos son evitar la isquemia intestinal y prevenir la evolución a TVP crónica con desarrollo de hipertensión portal (HTP).

No hay estudios a largo plazo que evalúen la prevalencia y los factores predictores de desarrollar HTP y sus complicaciones tras diagnosticar la TVPA.

OBJETIVO

El objetivo fue evaluar la prevalencia y factores de riesgo de desarrollo de HTP, sus complicaciones e impacto en la supervivencia en pacientes con TVPA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de pacientes consecutivos con TVPA sin enfermedad hepática del 2000 al 2020 en un hospital terciario. Se definió la presencia de HTP según criterios radiológicos y endoscópicos. Se evaluaron factores relacionados con su desarrollo mediante Regresión de Cox.

RESULTADOS

Se incluyeron 30 pacientes con TVPA, con edad media de 59 años y 53% hombres. La causa más frecuente fue factor local (73%), seguido de trombofilia (17%). El 13% presentó trombosis extensa. El 90% recibió anticoagulación y el 87% alcanzó la recanalización.

Durante una mediana de seguimiento de 65 meses (RIQ 15-226) un 37% desarrollaron HTP, 23% alguna de sus complicaciones (1 hemorragia varicosa; 4 ascitis; 1 encefalopatía hepática y 1 colangiopatía) y 13% fallecieron.

En el análisis multivariante la trombosis extensa aumentó el riesgo de desarrollo de HTP (HR 5.01; IC95% 1.24-20.15; p valor 0.023) y la recanalización lo disminuyó (HR 0.10; IC95% 0.02-

0.44; p-valor 0.002). La recanalización se logró en el 96% de los anticoagulados vs 50% en los no anticoagulados (OR 25; IC95% 1.52-410.87; p-valor 0.004). La incidencia de HTP al año fue del 8% en los que recanalizaron vs 75% en los que no (p-valor<0.001). Las complicaciones de la HTP se relacionaron con una mayor mortalidad (HR 12.49; IC95% 1.29-121.27; p-valor 0.029).

CONCLUSIONES

El 37% de pacientes con TVPA desarrollaron HTP, siendo la extensión de la trombosis y la ausencia de recanalización sus factores determinantes. La presencia de complicaciones de la HTP supuso un impacto negativo en el pronóstico.

Es relevante alcanzar la recanalización precoz en pacientes con TVPA fundamentalmente extensa, valorando otras opciones terapéuticas si no responden a anticoagulación (TIPS, trombectomía, trombolisis).

17. INCIDENCIA DE TUMORES DE NOVO TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) EN PACIENTES VIH VERSUS NO-VIH: UN ESTUDIO COMPARATIVO UNICÉNTRICO

I. Terol Cháfer, S. García García, C. Vinaixa Aunes, V. Aguilera Sancho-Tello, V. Arguménez Tello, M. García Eliz, M. Berenguer Haym

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La aparición de tumores de novo es una de las principales causas de muerte tras el TH, junto con las enfermedades cardiovasculares. Además, la infección por VIH se asocia con un mayor riesgo, siendo la segunda causa de muerte en pacientes que viven con VIH. Nuestro objetivo es describir la incidencia de tumores de novo en pacientes TH infectados por VIH en comparación a pacientes TH no infectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron pacientes trasplantados entre junio de 2004 y diciembre de 2020 en nuestro centro. Cada paciente VIH fue apareado con dos controles por edad, sexo, causa de hepatopatía y fecha de trasplante. Se recogieron características basales pre-trasplante, etiología de la hepatopatía, variables relacionadas con el VIH, y tumores de novo post-TH.

RESULTADOS

- Muestra

Se incluyeron 156 pacientes TH. La media de seguimiento fue de 7,5 años en el grupo VIH y 8,2 años en el no-VIH.

- Características pre-TH

Las únicas variables con diferencias significativas fueron la media de edad y el IMC, ambas

inferiores en el grupo de pacientes VIH. La media de linfocitos CD4+ en pacientes VIH fue de 394 células/mm³ (63 - 1114).

- Resultados post-TH

Un total de 22 tumores de novo fueron diagnosticados, 9 de ellos en pacientes VIH (17%) y 13 en no-VIH (12%), pNS. La incidencia de tumores de novo en pacientes VIH y no-VIH a los 5 y 10 años fue de un 7% vs 4,6% y 16% vs 12,8%, respectivamente, pNS (log-rank 0,35).

El tiempo medio de diagnóstico desde el TH fue similar (6,25 años en el grupo VIH frente 6,18, pNS). Todos fueron tumores sólidos, salvo dos neoplasias hematológicas (ambos en pacientes VIH) y 4 tumores cutáneos (2 en cada grupo). La recurrencia de hepatocarcinoma fue similar, pNS. Durante el seguimiento, fallecieron 17 pacientes VIH (33%) y 33 no-VIH (32%). La primera causa de muerte en ambos grupos fue la aparición de tumores de novo: 5 pacientes VIH y 8 no-VIH. La supervivencia global fue similar en ambos grupos (80% VIH vs 82% no-VIH a los 5 años; log-rank 0,64).

El tabaquismo tras el TH fue el único factor asociado significativamente al desarrollo de tumores de novo (p 0,008) en nuestra cohorte.

CONCLUSIONES

En el escenario post-TH, la aparición de tumores de novo es similar en pacientes VIH y no-VIH. Fumar tras el TH es un factor asociado al desarrollo de tumores de novo.

18. ANÁLISIS DE INDICACIONES Y RESULTADOS CON EL EMPLEO DEL TIPS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Alventosa Mateu, E. Guillen Botaya, I. Castelló Miralles, M. Gil Rodríguez, M. Latorre Sánchez, J. Urquijo Ponce, M. Diago Madrid

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

Las indicaciones del TIPS se han expandido, pasando de ser un tratamiento de rescate a uno preventivo para la recidiva de la hemorragia digestiva varicosa (HDAV) y para la ascitis refractaria.

OBJETIVO

Analizar las indicaciones del TIPS en nuestro centro hospitalario, sus resultados a corto y medio/largo plazo y la aparición de eventos adversos.

MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo y unicéntrico de pacientes a los que se colocó un TIPS en los últimos 3 años. Valoramos variables sociodemográficas, la indicación del TIPS, su efecto sobre la resolución de la descompensación hepática y la aparición de efectos adversos y/o mortalidad a corto (primeros 90 días) y medio/largo plazo (>90 días). El análisis estadístico descriptivo emplea

media, desviación típica y test de Chi2 en el análisis inferencial, considerando significativa $p < 0,05$.

RESULTADOS

Incluimos 25 pacientes, edad media $64,3 \pm 1,94$ (rango 35-81) años, 52% (13/25) varones, con cirrosis hepática predominando etiología enólica (52%, 13/25) y enfermedad por hígado graso (24%, 6/25). La mayoría presentaban varices esofágicas (80%, 20/25) o una descompensación de la cirrosis (88%, 22/25) previa a TIPS. La indicación de TIPS fue: recidiva HDAV (48%, 12/25), primer episodio de HDAV no controlable (24%, 6/25, todos cumplían criterios de TIPS precoz), ascitis refractaria/intratable con diuréticos (20%, 5/25) y profilaxis HDAV por varices no tratables por otro método (8%, 2/25). El MELD fue de $13,2 \pm 0,9$. Previo al TIPS únicamente el 4% (1/25) había presentado encefalopatía hepática (EH). Tras su colocación el 40% (10/25) presentó una nueva descompensación y el 52% (13/25) algún episodio de EH. La mortalidad fue del 44% principalmente por EH o HDAV. El tiempo desde el TIPS hasta el fallecimiento fue de 337 ± 397 días, y sólo 4 pacientes fallecieron a corto plazo. Los pacientes 70 años presentaron similares tasas de encefalopatía post-TIPS (42,9 vs 55,5%; OR=0,6, $p=0,29$) pero mayor mortalidad (71,4 vs 33,35 OR=5, $p=0,04$).

CONCLUSIONES

Apreciamos una alta tasa de descompensaciones y EH post-TIPS, así como mortalidad (aunque a largo plazo). Casi todas nuestras indicaciones fueron por ausencia de otro tratamiento efectivo en pacientes añosos y con disfunción hepática severa lo que justificaría los resultados. La elección de pacientes en estadios evolutivos más precoces podría optimizar estos resultados.

VIERNES 12:00-13:00
24 NOVIEMBRE Videoforum / Casos endoscópicos

CASOS ENDOSCÓPICOS

1. ICTERICIA OBSTRUCTIVA CON COLANGITIS POR COLANGIOCARCINOMA DEL HEPÁTICO COMÚN Y HAMARTOMA DE COLÉDOCO: UN HALLAZGO INCIDENTAL EXCEPCIONAL

S. González Padilla, B. Heras Morán, V. Merino Murgui, R. Villagrasa Manzano, C. Gálvez Castillo, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

Las causas más frecuentes de ictericia obstructiva son la coledocolitiasis y las neoplasias malignas. El colangiocarcinoma es el tumor más frecuente a partir de los 60 años siendo el diagnóstico tardío con síntomas inespecíficos e ictericia indolora.

Los pólipos benignos de colédoco son raros siendo el más frecuente el adenoma. Los pólipos hamartomatosos son muy infrecuentes y suelen estar asociados al síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ), que es hereditario y se caracteriza por pólipos hamartomatosos, principalmente en intestino delgado, y pigmentación mucocutánea. Se han descritos algunos casos solitarios de localización en colédoco en ausencia de la mutación del gen *STK11/LKB-1*, sin pigmentación ni antecedentes familiares, que se diagnostican a una edad más avanzada con unas características histológicas particulares.

CASO CLÍNICO

Paciente de 84 años que acude a urgencias por ictericia indolora, coluria y fiebre de tres días de evolución. No síndrome constitucional. La ecografía abdominal y el TC abdomino-pélvico describen dilatación de la vía biliar intrahepática, estenosis hepático común y dilatación de colédoco de 13 mm con imágenes sugestivas de molde biliar distal (imagen 1).

Tras una primera CPRE insatisfactoria en donde se coloca prótesis pancreática, se repite a las 24 horas apreciando colédoco dilatado con defecto de repleción distal redondo de 10 mm y una estenosis del hepático común de 15 mm, filiforme, con dilatación de ambos intrahepáticos (imagen 2). Tras esfinterotomía se aprecia salida de lesión polipoide pediculada de superficie lisa (imagen 3). Se realiza coledoscopia con SpyGlass DS™ apreciando el pedículo del pólipo y estenosis del hepático común con vasos tortuosos, irregularidad, salida de bilis purulenta y consistencia aumentada (imagen 4). Se coloca una prótesis de plástico de 10 cm x 10F en hepático derecho. La anatomía patológica de la estenosis es compatible con colangiocarcinoma e inespecífica para el pólipo.

En una tercera CPRE, para recambio de la prótesis por una metálica no recubierta por disfunción, se visualiza la lesión polipoide discretamente morulada de 10 mm (imagen 5) realizándose

polipectomía con asa (imagen 6). La anatomía patológica es compatible con hamartoma con glándulas tubulares, tejido conectivo fibroso y haces de musculo liso (imagen 7 y 8). No antecedentes familiares de pólipos hamartomatosos.

2. FÍSTULA GASTROECUTÁNEA PERSISTENTE TRAS RETIRADA DE SONDA PEG: RESOLUCIÓN CON TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

S. González Padilla, T. García Ballester, E. Romero González, U. Fernández de la Peña Echavarría, R. Villagrasa Manzano, C. Gálvez Castillo, M.C. Molins Granell, M.J. Hernández González, M.A. Escolano Forner, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La fístula gastrocutánea (FGC) tras retirada de la PEG aparece hasta en un 25% de los casos; la mayoría se resuelve espontáneamente en 48-72 horas. Dentro de los factores predisponentes están la duración de la PEG, la infección o la inmunosupresión.

Los cuidados de enfermería de la piel del estoma resuelven la mayoría de los casos, el tratamiento endoscópico si persiste y excepcionalmente la cirugía.

CASO CLÍNICO

Análisis retrospectivo sobre 1414 PEG (2003-2023) con FGC persistente que requirieron tratamiento endoscópico. Hubo 5 casos, 4 hombres y una mujer, con mediana de edad de 66 años (r.24-75) y duración de la PEG de 24 meses (r. 3-120). En 4 se colocó la PEG por tumor de cabeza y cuello previo a radioterapia y en uno por disfagia neurológica.

En todos se realizó abrasión del trayecto fistuloso con argón plasma o cepillado. En dos pacientes se cerró con clips TTC (1-3). En un tercero con un clip OTSC (OVESCO® 12/6 Gc).

El cuarto paciente llevó la PEG durante 10 años con múltiples complicaciones; la FGC se cerró de forma definitiva con lazo (Endoloop®) y clips TTC con "sutura en bolsa de tabaco". El quinto paciente fue tratado inicialmente con 4 clips TTS con fracaso y cierre final con un OVESCO® 11/6t y fibrina (Tissucol®).

COMENTARIOS

La FGC persistente es una complicación infrecuente. En nuestra experiencia, la mayoría se resuelven con tratamiento conservador y pocos casos requieren tratamiento endoscópico no habiéndose establecido un método de elección.

3. OTRAS CAUSAS DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA: HIPERPLASIA MIOINTIMAL DE VENAS MESENTÉRICAS

S. Martínez, B. Navarro, M. Capilla, A. Iserte, C. Gómez, T. Blázquez, L. López, M. Bermúdez, I. Iranzo, A. Girona

Hospital Universitario de la Plana

La hiperplasia miointimal de venas mesentéricas es una enfermedad venooclusiva no trombótica causante de isquemia intestinal. Los hallazgos endoscópicos son muy variables y, a menudo, puede simular una enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Se trata de una entidad de difícil diagnóstico que se manifiesta frecuentemente con rectorragia.

En la mayoría de casos, no se alcanza el diagnóstico hasta el estudio histológico de la pieza quirúrgica.

CASO CLINICO

Mujer de 47 años remitida a la consulta de Medicina Digestiva por clínica de rectorragia intermitente de un año de evolución sin otros síntomas. Como antecedentes personales destaca enfermedad de Raynaud y esquizofrenia simple en tratamiento con antipsicóticos. Análíticamente, se objetiva una anemia ferropénica con hemoglobina de 11.5 g/dl y hierro 32 µg/dL, con reactantes de fase aguda normal (PCR 0,14 mg/dL) y calprotectina fecal de 34,16 mg/Kg. Se realiza colonoscopia que muestra en recto distal una lesión plana sobrelevada que ocupa la mitad de la circunferencia, de aspecto papilomatoso con vesículas y puntos de fibrina. Se toman biopsias de la lesión y el resultado histológico informa de proctitis crónica inespecífica.

El estudio microbiológico descarta causa infecciosa. Se completa el estudio mediante una resonancia magnética pélvica que objetiva engrosamiento de pared de recto con infiltración grasa submucosa e hipertrofia mucosa, sugestiva de cambios isquémicos crónicos. Se inicia tratamiento con mesalazina tópica y corticoides orales de acción tópica. Ante persistencia de rectorragia se realiza una segunda endoscopia a los 3 meses con hallazgos endoscópicos e histológicos similares. Se remite a la paciente a cirugía para realización de macrobiopsia rectal. El resultado histológico confirma el diagnóstico de hiperplasia miointimal idiopática de las venas mesentéricas.

Actualmente, se ha decidido actitud expectante y tratamiento con hierro oral dada la complejidad técnica quirúrgica.

CONCLUSIONES

La hiperplasia miointimal de las venas mesentéricas es una patología que requiere alto grado de sospecha clínica ya que puede mimetizar otras entidades más frecuentes (EII, neoplasia maligna, enfermedades infecciosas, vasculitis). La interpretación adecuada de los hallazgos endoscópicos y la toma de biopsias más profundas permiten un diagnóstico temprano y evita tratamientos innecesarios.

VIDEOFORUM

4. CECOSTOMÍA ENDOSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE OGILVIE

C. Sánchez Cano, E. Uclés Ramada, V. Lorenzo-Zúñiga, N. Alonso Lázaro, M. Bustamante Balén, L. Argüello Viudez, M. García Campos, C. Satorres Paniagua, P. López Muñoz, V. Pons Beltrán

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

El síndrome de Ogilvie se caracteriza por la distensión del colon en ausencia de obstrucción mecánica. Describimos el caso de un varón de 64 años con antecedentes de parada cardiorrespiratoria con necesidad de traqueostomía permanente y encefalopatía hipóxica que presenta una pseudo-obstrucción colónica (POC) o síndrome de Ogilvie refractario a tratamiento laxante y con necesidad de colonoscopia descompresiva en varias ocasiones.

Ante la evidencia de una POC se decide realizar una cecostomía endoscópica debido al elevado riesgo quirúrgico que presenta el paciente. Se realiza sin complicaciones una cecostomía percutánea bajo visión endoscópica en cara anterior de ciego empleando un sistema de introducción directo y fijación de la pared del colon mediante pexias, utilizando el dispositivo Freka® Pexact II, consiguiendo una buena descompresión abdominal. En nuestro caso hemos utilizado un kit comercial de gastrostomía que puede ser empleado en el colon.

La cecostomía percutánea endoscópica es una opción terapéutica para aquellos pacientes con síndrome de Ogilvie que no han respondido al tratamiento médico ni a la colonoscopia descompresiva y que presentan un elevado riesgo quirúrgico.

5. ABORDAJE ENDOSCÓPICO DE NECROSIS PANCREÁTICA ENCAPSULADA INFECTADA CON DOS ACCESOS TRANSLUMINALES, A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Poyatos García, R. Villagrasa Manzano, V. Sanchiz Soler, P. Navarro Cortés, C. Abril García, J. Sánchez Serrano, T. García Ballester, M. Ponce Romero, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

El abordaje mínimamente invasivo es el método inicial en manejo de colecciones pancreáticas, siendo el endoscópico de primera elección siempre que las características lo permitan.

Pueden emplearse prótesis plásticas, especialmente en colecciones líquidas, o prótesis metálicas de aposición luminal (LAMS), de elección en colecciones necróticas con contenido sólido, puesto que, a pesar de que no existe evidencia científica sólida que demuestre su superioridad frente a las de plástico, presentan mayor calibre, lo que permite realizar sesiones de necrosectomía si requiere.

RESUMEN CASO CLÍNICO

Mujer de 52 años presenta pancreatitis aguda biliar grave con colección necrótica encapsulada de 164x83mm. Se solicita drenaje por clínica de obstrucción al vaciamiento gástrico.

Mediante ecoendoscopia se evidencia colección que se extiende hasta duodeno, por lo que se realiza quistogastrostomía con colocación de LAMS 10mmx15mm y pig-tail coaxial.

Se realizan seis sesiones de necrosectomía con colocación de drenaje nasoquístico (DNQ).

Ante empeoramiento clínico en contexto de necrosis infectada, se decide realización de segundo acceso transluminal. Para ello se infunde agua a través de drenaje nasoquístico colocado en el primer acceso, comprobando relleno de la colección a nivel distal a LAMS y colocando segunda LAMS 10mmx15mm con pig-tail.

TC a las 48 horas: importante reducción tamaño de colección, se retira segunda LAMS manteniendo segundo pig-tail.

TC control al mes: resolución casi completa de la colección pancreática con colección laminar residual.

CONCLUSIONES

El abordaje endoscópico de la necrosis encapsulada mediante la creación de dos accesos transluminales puede ser considerado ante colecciones grandes (>12cm), con abundante contenido sólido, o respuesta subóptima a sesiones repetidas de necrosectomía.

6. NECROSECTOMÍA CON ENDOROTOR 6.0: VENTAJAS E INCONVENIENTES

O. Belén Galipienso, B. Martínez Moreno, L. Guilabert Sanz, N. Sala Miquel, F.J. Puchol Rodrigo, A. Hurtado Soriano, L. Bernal Luján, P. López Guillén, J.R. Aparicio

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN

El sistema Endorotor permite realizar necrosectomía endoscópica de una forma eficaz y segura mediante la utilización de un catéter de 3.1 mm. Recientemente se ha comercializado un catéter de 5 mm que podría suponer una ventaja por la mayor capacidad de fragmentación del tejido.

Se presenta el caso de un varón de 44 años en el que tras tres sesiones de necrosectomía endoscópica a través de LAMS mediante asa de polipectomía y EndoRotor convencional, persistía abundante contenido necrótico en la cavidad. Se realiza necrosectomía con EndoRotor de 5mm (15Fr).

TÉCNICA

Para la utilización del catéter de 5 mm se precisa de un gastroscopio con canal de 6 mm o la utilización de un canal auxiliar en paralelo al gastroscopio convencional como en nuestro caso. Se accede a la cavidad a través de la prótesis Axios donde se trabaja bajo visualización directa.

El catéter de 5 mm tiene una ventana de corte 3 veces mayor y aumenta el rendimiento hasta 8 veces. Esto permite realizar la extracción del tejido necrótico en menor tiempo. No obstante, presenta inconvenientes y dificultades técnicas que se exponen en el video, así como consejos para su utilización.

CONCLUSIONES

El mayor calibre permite una mayor potencia de fragmentación y aspiración del tejido necrótico, lo que permite acortar el tiempo del procedimiento y el número de sesiones necesarias.

VIERNES 16:30-17:30

24 NOVIEMBRE Sesión presentación Comunicaciones Póster

1. BÚSQUEDA ACTIVA DE PACIENTES CON COLANGITIS BILIAR PRIMARIA "PERDIDOS EN EL SISTEMA" EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA

P. Calero Gozálviz, R. Gisbert Criado, L. Durban Serrano, M. Ríos Peset, S. Chimeno Hernández, C. Gisbert Moya, A. Crespo Catala, A. Antoli Miro, S. Benlloch Pérez

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

La colangitis biliar primaria (CBP) es una enfermedad hepática infrecuente que puede culminar en cirrosis. En estadios iniciales suele llegarse a su diagnóstico a través del estudio de anticuerpos antimitocondriales (AMA) positivos en contexto de colestasis. Existe un porcentaje de pacientes que son AMA+ que no han sido diagnosticados de CBP y no están siendo seguidos por Digestivo, con el consecuente menoscabo en su pronóstico a largo plazo.

OBJETIVOS

Buscar los pacientes AMA+ existentes en el departamento Arnau de Vilanova-Llíria, y caracterizar los pacientes con criterios de CBP "perdidos por el sistema".

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de la base de datos de laboratorio seleccionando los pacientes AMA + ($\geq 1:40$) entre los años 2003-2022. Posteriormente se han revisado las historias clínicas para valorar cuántos pacientes presentan elevación de fosfatasa alcalina, y cuántos de ellos están siendo seguidos por Digestivo.

RESULTADOS

En total se han detectado 278 pacientes AMA + entre los años 2003-2022. De ellos 160 (57.5%) cumplen criterios de CBP, encontrando 17 pacientes (un 10.6%) que no están en seguimiento por Digestivo.

El estudio autoinmune se solicitó desde Digestivo en 103 casos (37%), A. Primaria 64 (23%), Reumatología 44 (15.8%), peticionario desconocido 21 (7.5%), M. Interna 19 (6.8%) y otros servicios 27 casos (9.7%).

Digestivo es el servicio que más pacientes perdidos en el sistema genera en cifras absolutas (29% del total), sin embargo, teniendo en cuenta que también es el que más pacientes diagnostica, pasa a ser el servicio con cifras relativas más bajas (un 5.81% de pacientes con CBP estudiados por digestivo se encuentran "perdidos en el sistema").

Entre las causas de pérdidas de pacientes encontramos: ausencia de elevación de FA en analítica índice (29.4%), el cambio de área sanitaria (11.76%), el absentismo del paciente en consultas (17.6%), y otras causas desconocidas (52,9%).

CONCLUSIONES

Más de la mitad de pacientes con AMA positivos cumplen criterios de CBP, encontrando hasta un 10.6% de ellos sin seguimiento por Digestivo. Es necesario mejorar las estrategias para el diagnóstico de CBP y criterios de derivación a Digestivo, instruyendo en esta enfermedad a los principales servicios peticionarios de anticuerpos específicos.

2. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON SIBO. ¿AÑADIR HERBÁCEOS Y PROBIÓTICOS AL TRATAMIENTO ESTÁNDAR MEJORA LOS RESULTADOS? ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO POR CENTROS

X. Cortés ¹, L. Belloch ², V. Martín-Carbonell ², F. Grau ³, L. Redondo ², I. Alexandra ⁴, A. Nicolás ², J.R. Molés ⁴, M. Jaén ⁴, M. Colmenares ², M. Mora ⁵, N. Moreno ⁶, A.R. Liebana ², H. Tomás ⁶, J. Gonzalvo ⁴, E. Sánchez ⁷, A. Garayoa ⁴, S. Díaz ², A. Gallén ², M. Ynfante ², L. Sanchis ⁴, B. Antequera ², R. Cuesta ⁴, N. Sancho ²

1 Instituto Valenciano Digestivo. Hospital de Sagunto, 2 Instituto Valenciano Digestivo, 3 Instituto Valenciano Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova, 4 Hospital de Sagunto, Valencia, 5 Instituto Valenciano Digestivo. Hospital de Manises, 6 Instituto Valenciano Digestivo. Hospital Dr. Peset, 7 Hospital de Sagunto. Instituto Valenciano Digestivo

INTRODUCCIÓN

El SIBO influye negativamente en la calidad de vida de los pacientes, afectando tanto al bienestar físico, mental como social. La utilización de dieta, herbáceos y probióticos se han relacionado de forma positiva en el manejo del SIBO y podrían mejorar la calidad de vida del paciente.

OBJETIVO

Determinar si la utilización de tratamientos herbáceos y probióticos podrían suponer una mejora significativa de calidad de vida, al tratamiento estándar con antibióticos y dieta en el SIBO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde Noviembre de 2021 hasta Marzo 2023, fueron incluidos un total de 179 pacientes diagnosticados de SIBO, de los cuales 120 eran del Instituto Valenciano Digestivo (IVADI) grupo intervención (GI) y 59 del Hospital de Sagunto (grupo control (GC)). Todos recibieron rifaximina (junto a neomicina, si SIBO metano) además de dieta FODMAP guiada por nutricionista. Al GI (IVADI) se añadió herbáceos (aceite de menta piperita, orégano y berberina) seguido de probióticos con *L. rhamnosus* CBI, *B. bifidum* BB47 y *B. longum* ES1® y L-glutamina. Las escalas de calidad de vida utilizadas fueron IBS-QOL, GSRS y EuroQOL-5D, en la semana de inclusión, al mes 1 y mes 3 del inicio del ensayo.

RESULTADOS

El 83% fueron mujeres, con edad media de 46 años. Índice de masa corporal medio de 24kg/m², el 22% presentan patologías crónicas no digestivas y el 12% eran fumadores activos.

No existen diferencias significativas en la puntuación global de IBS-QOL, GSRS y EuroQOL-5D al inicio del estudio por centros. La escala visual EQ5 presenta una mejoría progresiva en ambos grupos, con una ganancia final en torno a 2,9 puntos visuales (DS 2,5) (respecto a 10), sin diferencias por centros. Todas las subcategorías analizadas: emocional, mental, sueño, energía, físico, dieta, social, sexual y laboral, mejoran en ambos centros y de forma significativa respecto al basal, pero sin diferencias significativas por grupos. También mejora la puntuación global de la escala GSRS GI inicial y final (53,2 y 22), en el GC (52,2 y 21,3), nuevamente sin diferencias entre grupos.

CONCLUSIONES

El tratamiento actual del SIBO con antibióticos y dieta mejora significativamente la calidad de vida en todos sus campos, sin diferencias significativas al añadir herbáceos y probióticos.

3. ETIOLOGÍA DEL HEPATOCARCINOMA: ¿HACIA DÓNDE VAMOS?

A. Crespo Catalá, P. Calero Goválvez, A.M. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, C. García Ródenas, M.P. Ríos Peset, L. Durbán Serrano, S. Chimeno Hernández, C. Gisbert Moya, S. Benlloch Pérez
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

El hepatocarcinoma (CHC) es un problema de salud importante a nivel mundial y una de las principales causas de muerte por cáncer. Los AAD han supuesto un impacto en las tasas de CHC por VHC. Existe un aumento reciente en la incidencia de OH y NAFLD.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue determinar la etiología predominante de la cirrosis en los pacientes diagnosticados de CHC en nuestro medio y valorar si existe un cambio en el paradigma en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio de cohortes observacional, analítico y retrospectivo de pacientes con CHC diagnosticados en el Hospital Hospital Arnau de Vilanova de Valencia desde enero de 2018 hasta agosto de 2023. Analizamos la etiología predominante de cada CHC y en caso de coexistir más de 2 etiologías, la consideramos mixta. Comparamos la etiología del CHC en los pacientes diagnosticados en 2 periodos de tiempo: enero 2018 - octubre 2020 vs noviembre 2020 - agosto 2023.

RESULTADOS

Se detectaron 124 pacientes con CHC, con un predominio del sexo masculino (82,3% hombres vs 17,7% mujeres). La mediana de edad fue de 68 años (RIQ 60-75). Al diagnóstico, la mayoría de los pacientes presentaban un BCLC A (45,2%). El resto presentaron un BCLC 0 (2,4%), B (17,7%), C (17,7%), D (16,9%). La etiología más prevalente fue el VHC (31,5%), seguida de la etiología

mixta (29,8%) y el alcohol (23,4%). Otras fueron NAFLD (7,3%), CBP (0,8%), autoinmune (0,8%), criptogénica (3,2%) y viral no VHC (3,2%). No se han encontrado diferencias significativas en la etiología con el paso del tiempo (p-valor 0,068). Sí encontramos diferencias en la etiología según el sexo (p-valor<0,001) y según el BCLC al diagnóstico agrupado: 0, A vs B, C, D (p valor 0,003).

CONCLUSIÓN:

- Nuestra cohorte refleja unos datos demográficos similares a los descritos en la literatura.
- El VHC sigue siendo la causa más frecuente de CHC, por lo que es necesaria la eliminación del mismo y continuar el cribado en cirróticos curados del VHC.
- Aunque no se encontraron diferencias en la etiología del CHC con el tiempo, hacen falta estudios de mayor tamaño para encontrar significación estadística. Llama la atención el aumento de la etiología mixta, donde cobra relevancia el NAFLD, cada vez más importante.
- Existe un predominio del VHC en las mujeres frente al alcohol y la etiología mixta en los hombres.

4. MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA DURANTE LA TERAPIA DE INDUCCIÓN CON USTEKINUMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: LA CLAVE PARA LA IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE PACIENTES CON RESPUESTA INADECUADA

V. Argumánnez Tello ¹, I. Terol Cháfer ¹, A. Mínguez Sabater ¹, G. Bastida Paz ¹, M. Iborra Colomino ¹, M. Aguas ¹, I. Moret ², A. Garrido ¹, E. Cerrillo ¹, L. Tortosa ¹, S. García García ¹, P. Nos ¹

1 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, 2 Instituto de Investigación Sanitaria La Fe

ANTECEDENTES

El Ustekinumab (UST), biológico anti-IL 12/23, está aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) moderada y grave, pero muchos pacientes no responden o lo hacen parcialmente. La monitorización terapéutica de fármacos se puede utilizar para optimizar la eficacia de los biológicos al garantizar una exposición adecuada a estos fármacos.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio fue identificar la relación entre las concentraciones de UST en suero durante la inducción, y la remisión bioquímica en semana 16 en pacientes con EC.

MÉTODOS

De una base de datos local de pacientes con EC tratados con UST se seleccionaron los que tenían una calprotectina fecal (CF) > 250µg/g. Todos los pacientes fueron tratados con inducción intravenosa y terapia de mantenimiento subcutánea. La actividad de la enfermedad se evaluó retrospectivamente mediante parámetros clínicos (índice de Harvey-Bradshaw [IHB]) y bioquímicos (CF; proteína C reactiva (PCR) y albúmina) en las semanas 0, 4, 8 y 16. Se midieron los niveles valle de UST a las s4, s8 y s16 mediante la técnica ELISA. El resultado principal fue

la remisión bioquímica, definida por una disminución de los niveles de CF > 80% o un valor absoluto inferior a 200µg/g en s16.

RESULTADOS

Se incluyeron 76 pacientes. La mediana [RIQ] basal del IHB fue 5,5 [3-8]. Al final de la fase de inducción (s16), IHB, PCR y CF disminuyeron significativamente. Se observó remisión bioquímica en el 41,3% pacientes. La mediana [RIQ] de las concentraciones séricas de UST fue 20,9 µg/mL [13,7–26,3] en s4, 10,1 µg/mL [3,5–7,4] en s8 y 4,1 µg/mL [1,4–3,9] en s16. El análisis de cuartiles demostró que el 100% y el 66% con una concentración sérica de UST en el cuartil más alto [Q4], en s4 y s8, lograron una remisión bioquímica en s16 [$p=0,05$ y $p<0,02$ respectivamente]. El área bajo la curva ROC de los niveles de UST para predecir la remisión bioquímica en la s4 y la s8 fue de 0,84 IC95% (0,62-1) y 0,74 IC95%(0,57-0, 91) respectivamente.

CONCLUSIONES

Las concentraciones séricas de UST en la s4 y s8 tras la infusión intravenosa podrían usarse para estratificar a los pacientes según la probabilidad de remisión y optimizar así el tratamiento.

5. EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y VALIDACIÓN DE LOS CRITERIOS DE GLIM EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

O. Belén Galipienso, P. Bernabeu, R. Amrani, C. Van-der-Hofstadt, A. Abad, J.I. Cameo, L. Madero, A. Gutiérrez, M.G. García del Castillo, M.F. García, P. Zapater, L. Bernal Luján, V. Moreno Torres, N. Sala Miquel, F.J. Puchol Rodrigo, A. Hurtado Soriano, P. López Guillén, R. Jover, L. Sempere
Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN

Actualmente no existe un método validado de evaluación del estado nutricional en pacientes no hospitalizados con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM) ha desarrollado unos criterios de desnutrición incluyendo la evaluación de la clínica digestiva y la carga inflamatoria. Las diferencias de género en los índices nutricionales pueden ser relevantes, sobre todo variables que evalúan pérdida de peso, aporte nutricional y clínica digestiva, donde se conocen diferentes hábitos de alimentación y modos de expresión de los síntomas entre ambos sexos. El objetivo del estudio es validar los criterios de GLIM en pacientes con EII, incluyendo la perspectiva de género, y valorar la influencia de factores psicosociales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio analítico observacional prospectivo multicéntrico, en pacientes con EII no hospitalizados. Se incluirán 368 pacientes con relación hombre-mujer 1:1. En la visita basal se evaluarán los criterios de GLIM junto con otros parámetros nutricionales, las características clínicas y demográficas de la EII. La validación de los criterios de GLIM se realizará con la aparición a los

6 y 12 meses de complicaciones asociadas a la desnutrición (hospitalizaciones, visitas a servicios de urgencia, consultas médicas, complicaciones de la EII, cirugía y deterioro calidad de vida), con un análisis específico por sexo y tipo de EII.

RESULTADOS

Hasta la fecha se han incluido un total de 204 pacientes con EII (104 mujeres; 104 con enfermedad de Crohn [EC], 97 con colitis ulcerosa [CU] y 3 con colitis inespecífica); con una mediana de edad de 52 (DE 14,3) años. El 18,1% de los pacientes presentaba desnutrición según los criterios de GLIM y el 44,1% de los pacientes presentaba riesgo de desnutrición siendo el 20,1% por criterios fenotípicos y el 24% por criterios etiológicos. En cuanto el análisis por subgrupos, presentaron desnutrición según los criterios de GLIM un 20,2% y un 16,5% en EC y CU respectivamente. Presentaron riesgo de desnutrición un 45,1% y un 39,2% en EC y CU respectivamente.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de desnutrición según los criterios de GLIM es mayor en EC que en CU.

6. ¿MENOS ES MÁS? RETIRADA DEL TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN LA HEPATITIS B CRÓNICA HBEAG NEGATIVA

A. Voces Cabaleiro, J. Torrente Sánchez, M.D. Antón Conejero, J.R. Lorente Montoro, A.A. Pérez Ibáñez, M. Fquihi Chetuani, S. Albert Palomares, E. Peiró García, A. Rabadán Mata
Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

En pacientes con hepatitis crónica (HC) por el virus de la hepatitis B (VHB) anti-HBe positivo existe debate acerca de cuándo y en quiénes retirar el tratamiento con análogos de nucleós(t)idos (ANN) si no se ha producido la negativización de HBsAg. Conseguir carga viral (CV) indetectable es el principal objetivo del tratamiento y se alcanza en la mayoría de pacientes. Sin embargo, la curación funcional (negativización del HBsAg y ADN-VHB indetectable) es infrecuente. Para conseguirla se propone retirar el ANN. Además, estos fármacos son caros y no están exentos de efectos secundarios.

OBJETIVOS

Análisis de la frecuencia y gravedad de recaída virológica y curación funcional de pacientes con infección crónica por el VHB anti-HBe positivo tras la suspensión del tratamiento con ANN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Serie de casos de pacientes con HC por el VHB anti-HBe positivo (anti-VHD negativos) F1-2, a los que se suspendió el tratamiento con ANN tras conseguir respuesta virológica y bioquímica mantenida a pesar de no presentar pérdida del HBsAg. Expresión de resultados en mediana (mínimo-máximo).

RESULTADOS

Se incluyeron 9 pacientes (6 hombres) con CV indetectable (ADN VHB <15 UI/ml) a los que se suspendió el ANN tras 8'6 años (3'7-12'3). La edad en el momento de la retirada fue de 57'8 años (33-69). Se realizó elastografía hepática antes de la suspensión, con una elasticidad de 6,1 kPa (2,8-7,6).

En 6 de los pacientes la CV fue detectable al mes de la retirada, con elevación progresiva de CV en todos y de GPT en 4 de ellos. Se reintrodujo el ANN tras 4 meses (1'6-22) con una CV de 799341 UI/ml (19625-32953056) y se alcanzó CV<2000 UI/ml tras 3 meses (2'8-3'4).

Durante un seguimiento de 23,6 meses (8,9-31,9) 3 pacientes mantuvieron CV <150 UI/ml y GPT normal; uno seroconvirtió a anti-HBs 32 meses tras la retirada. No hubo deterioro de la función hepática en ninguno de los pacientes con recaída.

CONCLUSIÓN

Estos resultados, limitados por el tamaño muestral, apoyan la retirada del ANN en pacientes con HC por VHB sin cirrosis ya que un 33% mantiene la respuesta y, en caso de recaída, no existe deterioro de la función hepática. La introducción en la práctica clínica de la cuantificación del HBsAg sería útil para reconocer aquellos pacientes con mayor probabilidad de curación funcional a pesar de recaída virológica y evitar reintroducir el tratamiento.

7. DISFAGIA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE MIASTENIA GRAVIS

P. Jiménez Martínez, A. Crespo Catalá, A.M. Antolí Miró, C. García Ródenas, A. Escudero Sanchís
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

La disfagia orofaríngea es un síntoma muy prevalente, sobre todo en población anciana, con múltiples causas entre las que destacan las neurológicas. Requiere de un estudio estructurado con historia y exploración completas, pruebas clínicas como el test volumen-viscosidad; y pruebas instrumentales como la videodeglución, el estudio baritado y endoscopia digestiva alta para despistaje de lesiones orgánicas; la manometría para evaluar peristaltismo; y técnicas de neurorradiología como tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y electromiograma.

OBJETIVOS

Describir el proceso diagnóstico de una disfagia progresiva finalmente diagnosticada de miastenia gravis (MG).

MATERIAL Y MÉTODOS

Exponemos el caso de una mujer de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad renal crónica e insuficiencia cardiaca. Consulta por disfagia progresiva a sólidos y líquidos de meses de evolución hasta afagia total, sin otra clínica concomitante.

RESULTADOS

A pesar de exploración física anodina, dada la edad y factores de riesgo se realiza en primer lugar TC cerebral que descarta causa cerebrovascular. Con analítica y radiografía de tórax normales, ingresa en Medicina Digestiva para estudio. Se realiza gastroscopia para descartar causa obstructiva, sin hallazgos, por lo que se completa el estudio con TC de tórax, normal. Durante el ingreso aqueja debilidad mandibular por lo que es valorada por Otorrinolaringología, que objetiva mediante fibroscopia incoordinación de musculatura deglutoria. Rehistoriando a la paciente, reconoce debilidad en brazos y piernas con empeoramiento vespertino, por lo que Neurología amplía estudio con electromiografía, detección de anticuerpos anti-acetilcolina y RM cerebral; resultado positiva la electromiografía y los anticuerpos anti-acetilcolina, siendo diagnosticada de MG. Se trató a la paciente con piridostigmina y corticoides, presentando una excelente respuesta a las 24 horas.

DISCUSIÓN

Aunque infrecuente, la disfagia puede ser una forma de presentación de la MG, es por ello que debemos indagar de forma activa en la vida del paciente para despistaje de otros síntomas de alarma. Se refuerza la necesidad de llevar a cabo un estudio estructurado y multidisciplinar, considerando patologías de otras especialidades en su diagnóstico diferencial.

8. ENFERMEDAD VASCULAR PORTOSINUSOIDAL. UNA ENTIDAD A CONSIDERAR EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN

E. Coello Córdoba, C.M. Murcia Moreno, I. Conde Amiel, P. Nos Mateu, M. Berenguer Haym, V. Aguilera Sancho-Tello

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular portosinusoidal(EVPS) se caracteriza por presencia de hipertensión portal(HP) sin cirrosis. Múltiples condiciones se han asociado con ella, como la inmunodeficiencia variable común(ICV), responsable del 10% de casos. Cursa con alteración de enzimas hepáticas, trombopenia y esplenomegalia. Las complicaciones son las derivadas de la HP.

La elastografía(FS) o el gradiente de presión en las venas hepáticas infraestiman el grado de HP. Se ha postulado el FS esplénico como mejor método de valoración. El diagnóstico requiere alta sospecha y combinación de criterios (Baveno VII).

OBJETIVOS

Descripción de variables demográficas, analíticas y clínicas de la serie de EVPS asociada a ICV de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo mediante revisión de historia clínica.

RESULTADOS

1. Mujer, 45 años. Diagnóstico de IDCV a los 34 años. Remitida a Hepatología(Hep) a los 40 años por hipertransaminasemia, trombopenia, esplenomegalia y LOEs hepáticas. Se excluyeron otras causas de hepatopatía y HTP. FS:14kPa. Ante sospecha de EVPS se realizó biopsia hepática que descartó la presencia de cirrosis y confirmó hiperplasia focal múltiple. La gastroscopia muestra VE grandes. Actualmente, en tratamiento con betabloqueantes para la HTP. Sin descompensaciones en el seguimiento.

2. Varón, 27 años. Diagnóstico de IDCV a los 16 años. Remitido a Hep. a los 25 años por esplenomegalia. Se excluyeron otras causas de hepatopatía. FS:7kPa. La biopsia descartó la presencia de cirrosis y se diagnosticó de EVPS. No alteraciones analíticas ni signos de HP en gastroscopia; de momento sólo requiere seguimiento clínico, analítico y ecográfico.

CASO 3. Mujer, 48 años. Diagnóstico de IDCV a los 21 años. Remitida a Hep. a los 47 años por esplenomegalia y circulación colateral en pruebas de imagen. Se descartaron otras causas de hepatopatía. FS:7,3kPa. La biopsia descartó la presencia de cirrosis, diagnosticándose de EVPS. La gastroscopia muestra VE grandes y varices fúndicas. Tras diagnóstico de carcinoma gástrico, se decide colocar TIPS para mejorar el abordaje quirúrgico de la neoplasia.

CONCLUSIÓN

En contexto clínico sugestivo(ICV), signos de HTP, FS bajo, sin cirrosis, debemos pensar en EVPS. El FS esplénico podría ser de utilidad en el diagnóstico. El tratamiento de la HP y un seguimiento clínico, analítico y ecográfico es fundamental.

9. TRATAMIENTO CON ODEVIXIBAT PARA PRURITO REFRACTARIO EN COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA

I. Navarrete Pérez, P.M. Urbán Garbayo, A. Moreno Lario, V. Aguilera Sancho-Tello, P. Nos Mateu, M. Berenguer Haym, I. Conde Amiel

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) es un grupo de enfermedades genéticas que afectan al flujo de ácidos biliares (AB). Su único tratamiento ha sido sintomático o quirúrgico en caso de refractariedad (derivación biliar o trasplante hepático). En julio 2021, la EMA aprueba Odevixibat para el tratamiento del prurito refractario en PFIC. Es un inhibidor del transportador ileal de AB (IBAT) que reduce su circulación enterohepática y ha demostrado disminuir los AB y el prurito en estos pacientes.

OBJETIVOS

Describir un caso de PFIC2 que inicia tratamiento con Odevixibat por prurito refractario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 25 años diagnosticada de PFIC2 benigna recurrente confirmada por biopsia hepática y estudio genético. En la infancia cursa con episodios de ictericia y prurito que mejoran con tratamiento sintomático. En enero 2022 inicia nuevo episodio refractario al tratamiento.

RESULTADOS

Se descartan otras etiologías (serología, autoinmunidad, metabolismo de hierro y cobre, toxicidad y problema obstructivo con ecografía y colangiografía).

Ante evolución tórpida (bilirrubina total (BT) 22.9 mg/dL, fosfatasa alcalina (FA) 250 U/L y AB 213.7 micromol/L), se realiza nueva biopsia en septiembre 2022, con hallazgos de hepatitis aguda colestásica sin fibrosis y rosetas colestásicas y emperipolesis que sugieren hepatitis autoinmune (HAI) asociada. Se inicia tratamiento con prednisona y micofenolato, con leve mejoría inicial analítica y clínica, pero con nuevo deterioro posterior. Un segundo anatomopatólogo revisa la biopsia y descarta HAI. Se retiran progresivamente los inmunosupresores y se escala tratamiento sintomático (Ácido Ursodesoxicólico, Fenobarbital, Resincolestiramina, Hidroxizina y Sertralina). La paciente presenta mejoría progresiva analítica y clínica a partir de diciembre 2022 (BT 1.44 mg/dL, FA 162 U/L y AB 20.8 micromol/L en junio 2023). Sin embargo, ante persistencia de prurito y lesiones de rascado, se añade Rifampicina y, finalmente, se inicia Odevixibat en agosto 2023. Al mes de tratamiento, presenta mejoría sintomática con disminución del prurito y las lesiones de rascado y estabilidad analítica, pendiente de valorar evolución en próximos meses.

CONCLUSIONES

Los IBATs son una nueva opción terapéutica del prurito refractario en PFIC y se están posicionando como alternativa a los tratamientos clásicos más invasivos.

10. COLECISTITIS AGUDA TRAS COLONOSCOPIA: ¿CAUSALIDAD O COINCIDENCIA?

A. García Soria, A. Brotons Brotons, J. Sáez Fuster, A.M. Gurbillón Hirano, L. Saorín López, R.M. Pardo Robles, M.F. García Sepulcre, F.J. Sola-Vera Sánchez

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

Varón de 73 años con antecedente de carcinoma de próstata tratado con radioterapia.

Se realizó una colonoscopia por sangre oculta en heces positiva en la que se evidenció una proctitis actínica y se trató con ablación endoscópica con gas argón, sin incidencias inmediatas.

A las 12 horas del procedimiento acude al servicio de urgencias por dolor abdominal en hipocondrio derecho y náuseas con vómitos, pero es dado de alta con analgesia domiciliaria. Acude de nuevo a las 48 horas con empeoramiento sintomático y fiebre de 38°C. En la analítica presentó aumento de los reactantes de fase aguda y leucocitosis con neutrofilia. Se realizó una tomografía computerizada urgente con evidencia de signos de colecistitis aguda. Se inicia antibioterapia y se realiza una colecistectomía urgente con buena evolución. La histología informó de colecistitis aguda abscesificada con colelitiasis.

CONCLUSIONES

La presencia de dolor abdominal y fiebre tras la realización de una colonoscopia debe hacernos sospechar en la posibilidad de presentar una colecistitis aguda. Hay actualmente reportados 15 casos en la literatura. De forma general suele desarrollarse dentro de las 72 horas posteriores al procedimiento y en la mayoría de casos la preparación colónica no era óptima y estos presentaban colelitiasis asociada a la colecistitis. Existen varias teorías sobre el mecanismo subyacente, siendo el aumento de la litogenicidad el mecanismo fisiopatológico más probable provocado por la preparación intestinal que condiciona deshidratación. Otros posibles mecanismos son la translocación bacteriana por patógenos entéricos y el traumatismo o la respuesta inflamatoria tras la realización de terapéutica endoscópica.

11. UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA PARA LOCALIZAR Y BIOPSIAR TUMORES NEUROENDOCRINOS (TNE) PANCREÁTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Albert Palomares, M. Fquihí Chetouani, A. Voces Cabaleiro, J.R. Lorente Montoro, A.A. Pérez Ibáñez, J. Torrente Sánchez, E. Peiró García, A. Rabadán Mata

Hospital Universitario Dr Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

Los TNE son neoplasias poco frecuentes, que se localizan mayoritariamente en el páncreas. Se clasifican en función del índice Ki-67 o en función de la secreción hormonal y expresión clínica. Los TNE no funcionantes pueden detectarse de forma casual o por síntomas derivados del efecto masa o enfermedad avanzada. La localización exacta en el páncreas y el diagnóstico

definitivo puede ser complejo. La ecoendoscopia tiene un importante papel ya que logra diagnosticar tumores menores de 1 cm y combinada con la elastografía permite una mejor caracterización y localización.

OBJETIVO

El objetivo es presentar un caso en el que la ecoendoscopia asistida con elastografía ha sido útil para el diagnóstico definitivo de un TNE pancreático de pequeño tamaño.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 55 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dispepsia inespecífica de 6 meses de evolución. Presenta una analítica general y una gastroscopia normal. La ecografía transabdominal objetiva una lesión hipoecogénica de 7 mm en cuerpo pancreático de características indeterminadas, incluso tras contraste IV. La RMN tampoco logra caracterizar la lesión. El estudio hormonal descarta un TNE funcionante. En el PET Galio68 destaca un foco hipercaptante en cuerpo pancreático con expresión aumentada de receptores de somatostatina. Se realiza la ecoendoscopia, observándose una lesión de 6x7mm en cuerpo de páncreas, isoecoica; combinada con la elastografía, presenta mayor rigidez respecto al resto del parénquima con un patrón azul homogéneo. Se realizan tres punciones de la lesión con técnica de aspiración húmeda: una PAAF con aguja Smithline 25G y dos biopsias finas con aguja ProCore 25G, remitidas para estudio citológico y mediante citobloque. Sólo el citobloque de la PAAF permitió el diagnóstico de neoplasia neuroendocrina bien diferenciada con un Ki-67 del 1%.

RESULTADOS/CONCLUSIONES

La ecoendoscopia tiene un importante papel en la detección y localización exacta de los TNE, especialmente de pequeño tamaño. La elastografía, pueden ser de gran utilidad, ya que evalúa la rigidez de las lesiones pancreáticas mediante patrones de color: el patrón azul heterogéneo sugiere adenocarcinoma pancreático, mientras que el azul homogéneo (como el caso presentado) sugiere tumor neuroendocrino. Por otra parte, obtener muestras mediante aspiración húmeda permite resultados superiores.

12. TIPS COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN PACIENTE CON HEMORRAGIA VARICEAL PERISTOMA RECURRENTE

I. Castelló Miralles, E. Guillén Botaya, M. Gil Rodríguez, C. Alventosa Mateu, M. Latorre Sánchez, J.J. Urquijo Ponce, M. Diago Madrid

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión portal se asocia con desarrollo de varices esofágicas y gástricas con una mortalidad del 30-70 % por cada episodio de sangrado. Se ha descrito la existencia de varices atípicas en <5% de los pacientes que producen episodios recurrentes de hemorragia con una

menor mortalidad pero con importante morbilidad y deterioro de calidad de vida para el paciente

OBJETIVOS

Describimos el Caso de una paciente de 70 años con Antecedentes de colitis linfocítica y displasia rectal por lo que se realizó en julio de 2021 resección quirúrgica de recto-sigma y colostomía. La paciente presentaba un diagnóstico de Cirrosis hepática secundaria a VHC tratada y VHB pasada con HTPCS con profilaxis primaria variceal con carvedilol. Tras la intervención la paciente llegó a presentar episodios de sangrado recurrente con ingreso en urgencias, precisando múltiples transfusiones, sutura y escleroterapia hasta en 9 ocasiones sin mejoría clínica.

Ante la futilidad terapéutica se solicitó AngioTC abdominopélvico evidenciándose hígado aumentado de tamaño, de contornos irregulares y nodulares, con hipertrofia relativa de lóbulos izquierdo y caudado con respecto al derecho, cambios en relación con hepatopatía crónica. Eje esplenoportal permeable pero dilatado, sin signos de trombosis, observando desarrollo de circulación colateral, con repermeabilización de la vena umbilical y prominente vaso que comunica eje esplenoportal con tejido celular subcutáneo en zona de colostomía. Ascitis moderada. Ante los hallazgos descritos se realiza ecocardiograma que no muestra alteraciones y se solicita TIPS que se realiza en Mayo de 2023.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza TIPS por abordaje yugular izquierdo. Porta permeable, variz hasta estoma representada. Se coloca prótesis VIATORR® de 8 cm de longitud, dilatando con balón de 8 mm con buen resultado morfológico y hemodinámico. En el control final, no se rellena la variz, por lo que se decide no embolizar.

RESULTADOS

La paciente ha evolucionado favorablemente sin presentar nuevos episodios de sangrado ni descompensación hidrónica ni tampoco episodios de encefalopatía, normalizando cifras de hemoglobina y metabolismo férrico.

CONCLUSIONES

El TIPS puede ser una opción segura y eficaz en los pacientes con hemorragia varicosa periestoma secundaria a Hipertensión portal en los que fracasa el tratamiento médico inicial.

13. INFECCIÓN POR PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO CON COLITIS ULCEROSA

A. Moreno Lario, I. Navarrete Pérez, P.M. Urbán Garbayo, A. Mínguez Sabater, P. Nos Mateu
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

Pneumocystis jirovecii es un hongo causante de infecciones oportunistas respiratorias, infrecuente en pacientes no-VIH. Sin embargo, el estado de inmunosupresión asociado a los

tratamientos disponibles para la EII les confiere a estos pacientes un riesgo incrementado de adquirir la infección y de presentar una mala evolución.

OBJETIVOS

Describir un caso de neumonía por *P. jirovecii* en un paciente con colitis ulcerosa (CU) en tratamiento con triple inmunosupresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 61 años con IAMSEST y diagnóstico de pancolitis ulcerosa (2017). En tratamiento con infliximab y azatioprina hasta 05/2023, momento en el que presenta un brote grave de CU por el que se suspende el tratamiento previo y se inicia vedolizumab (VDZ), ciclosporina y corticoides iv. No se pautó profilaxis frente al *P.jirovecii*.

Dos meses después ingresa por fiebre de 3 días, disnea y tos. Al ingreso:

-Analítica: PCR 82.6, leucocitos 11.720

-RX tórax y sedimento en orina sin hallazgos

RESULTADOS

1. Diagnóstico

Rectoscopia: afectación moderada (UCEIS 3), mejor que previa (UCEIS 6).

TC tórax: engrosamiento septal, áreas en vidrio deslustrado y enfisema centrolobulillar.

Microbiología: DNA en esputo de *P. jirovecii* positivo. Resto negativo (virus respiratorios, cultivos de sangre, esputo y heces, Ag galactomanano y *C. difficile* y CMV en sangre).

2. Manejo

Se retira ciclosporina y se inicia tratamiento empírico con Ceftriaxona 2g/24h iv.

Una vez aislado el microorganismo se inicia tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX)/8h iv y se aumenta la dosis de corticoides a 40 mg/12h iv tras consensuarlo con neumología.

Al alta, el paciente continúa con VDZ, corticoides en descenso y profilaxis con TMP/SMX a días alternos hasta retirada del corticoide.

CONCLUSIONES

El riesgo de infecciones fúngicas en pacientes con EII es bajo. La quimioprofilaxis no está indicada salvo en el caso del *P.jirovecii*. Debido a la potencial gravedad de la infección, es importante definir en qué casos es necesaria.

La ECCO recomienda profilaxis con TMP/SMX en pacientes con triple inmunosupresión, y debería considerarse en pacientes con doble inmunosupresión, especialmente si uno de ellos es un inhibidor de la calcineurina.

Se deben tener en cuenta factores de riesgo individuales como la edad, recuento linfocitario bajo o el uso de dosis altas de corticoides durante largo tiempo.

14. FALLO HEPÁTICO AGUDO SECUNDARIO A INFILTRACIÓN HEPÁTICA POR METÁSTASIS DE MELANOMA

M. Cambralla Martínez, L. Abad Martínez, M.L. Molina Fernández-Murga, M. Cabacino Ibáñez, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, M.R. Blasco Igual, W.X. Ladino Romero, A. Figuerola Soria, A. Palau Canos, J.V. Gallego Sánchez, R. Rodríguez Insa

Hospital General Universitario de Castellón

INTRODUCCIÓN

El melanoma es una neoplasia que se diagnostica a partir de una lesión primaria cutánea en más del 97% de los casos. No obstante, dada su alta tendencia a la diseminación, puede debutar en forma de lesión metastásica de origen desconocido, por lo que es imprescindible la biopsia para su diagnóstico.

El fallo hepático agudo secundario a infiltración metastásica hepática por melanoma es una entidad muy poco frecuente, dado que, de manera general, la afectación hepática secundaria a dicha neoplasia se produce en forma de lesiones únicas o múltiples (hasta en un 20% de los casos) y sin alteración de su función.

OBJETIVOS

Revisión y presentación de un caso clínico sobre una causa poco frecuente de fallo hepático agudo e importancia de la biopsia en el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 71 años que ingresa por deterioro del estado general, molestias abdominales y leve ictericia mucocutánea. Analíticamente destaca una colestasis disociada, sin alteración de la coagulación ni otros hallazgos relevantes, con marcadores tumorales y serologías víricas negativas. En ecografía abdominal se evidencian lesiones focales hepáticas no presentes en estudio de hace un año. Se solicita TC-TAP donde se observa alteración de la perfusión hepática con hepatomegalia de densidad heterogénea y múltiples LOES mal definidas distribuidas en ambos lóbulos hepáticos, que no aparentan de lesiones benignas, ni cumplen criterios de hepatocarcinoma o colangiocarcinoma.

RESULTADOS

Durante el ingreso la paciente evoluciona de forma tórpida con desarrollo de encefalopatía hepática leve y empeoramiento progresivo de la función hepática (hiperbilirrubinemia de hasta 9,8 mg/dl y Quick 58%), por lo que se realiza biopsia hepática urgente, con resultado compatible con metástasis de melanoma. La paciente fue éxitus tras 12 días de estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES

La infiltración hepática de origen tumoral es una causa poco frecuente de fallo hepático agudo. Por ello, y por su rápida progresión, es importante mantener un alto índice de sospecha en el diagnóstico diferencial del fallo hepático de etiología indeterminada. La biopsia hepática realizada de manera precoz es clave para un diagnóstico temprano.

15. COXIELLA BURNETII COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE HEPATITIS AGUDA

M. Cambralla Martínez, L. Abad Martínez, M.L. Molina Fernández-Murga, M. Cabacino Ibáñez, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, M.R. Blasco Igual, W.X. Ladino Romero, A. Figuerola Soria, A. Palau Canos, M. Gimeno Torres, R. Rodríguez Insa, I. Gómez Alfaro, J.V. Gallego Sánchez
Hospital General Universitario de Castellón

INTRODUCCIÓN

La fiebre Q es una zoonosis de distribución universal producida por *Coxiella burnetii*. Afecta de forma accidental al ser humano mediante la inhalación de aerosoles procedentes de animales infectados, como forma más frecuente de transmisión. La infección suele ser asintomática, aunque puede manifestarse en forma de síndrome febril, neumonía o hepatitis, entre otros cuadros clínicos.

OBJETIVOS

Revisión y presentación de un caso clínico sobre una causa poco frecuente de hepatitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 47 años, sin antecedentes personales ni epidemiológicos relevantes, que ingresa por dolor abdominal y fiebre de hasta 39°C de 5 días de evolución. Analíticamente destacan reactantes de fase aguda elevados (PCR 150 mg/L y procalcitonina 1,17 ng/mL), hiperbilirrubinemia de 1,83 mg/dL y alteración del patrón hepatobiliar (GPT 255 UI/L, GOT 166 UI/L, GGT 347 UI/L y FA 319 UI/L). En ecografía abdominal, ausencia de hallazgos patológicos. Posteriormente, se solicita TC abdominopélvico que evidencia hepatomegalia asociada a ligero edema periportal y pequeña cantidad de líquido perivesicular y en pelvis, hallazgos sugestivos de hepatitis sin poder descartar otras etiologías.

RESULTADOS

Al ingreso se solicita serología completa de microorganismos hepatotropos y se inicia antibioterapia empírica con Ceftriaxona, que posteriormente, dada la ausencia de mejoría y la persistencia de fiebre, se escala a Piperacilina-Tazobactam, sin remisión clínica. Se realizan hemocultivos, urocultivo y pruebas de imagen para descartar otros focos infecciosos, que resultan negativos. A pesar de serología inicial frente a Ag en fase II de *C.burnetii* (infección aguda) negativa, se inicia de forma empírica Doxiciclina. Ante respuesta clínica y analítica progresiva y ausencia de nuevos picos febriles, se amplía a PCR de *Coxiella* en ese mismo suero, obteniendo un resultado positivo. Se solicita nueva serología frente a *Coxiella* a los 7 días confirmando seroconversión.

CONCLUSIONES

Coxiella burnetii, aunque infrecuente, es una etiología a tener en cuenta en cuadros de hepatitis aguda, especialmente en casos que cursen con fiebre elevada, dolor en hipocondrio derecho o hepatomegalia. Por lo tanto, debería incluirse en el diagnóstico diferencial de las hepatitis

agudas y, en casos con alta sospecha y clínica de pocos días de evolución, valorar la utilidad de la PCR.

16. ESPIROQUETOSIS INTESTINAL COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE DIARREA CRÓNICA

L. Abad Martínez, M. Cambralla Martínez, M. Cabacino Ibáñez, M. L. Molina Fernández-Murga, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, M.R. Blasco Igual, R. Rodríguez Insa, I. Moreno Sánchez, E.I. Abecia Martínez

Hospital General Universitario de Castellón

INTRODUCCIÓN

La espiroquetosis intestinal se define como la colonización de la membrana apical de la mucosa del colon por espiroquetas. La significación clínica de su hallazgo se encuentra en entredicho, puesto que no se puede determinar si se trata de un agente patógeno o comensal. La vía de transmisión más implicada es la oro-fecal, aunque también se ha sugerido la vía de transmisión sexual, al ser más prevalente en varones homosexuales. La prevalencia de la enfermedad es considerablemente superior en países en vías de desarrollo.

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de una causa controvertida y poco frecuente de diarrea crónica, la espiroquetosis intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 22 años que es derivado a consultas externas de medicina digestiva por clínica de un año de evolución consistente en episodios de diarrea de 3-4 deposiciones diarias, en ocasiones con rectorragia, que duran 2 o 3 semanas y se alternan con periodos de normalización del tránsito intestinal. Acude con analítica completa y estudio coproparasitológico donde destaca únicamente la elevación de calprotectina fecal, con valor de 298mg/kg.

RESULTADOS

Se solicita ileocolonoscopia en la que se visualiza un colon macroscópicamente sin alteraciones y, en los últimos centímetros de íleon, pequeñas lesiones polipoides sugestivas de hiperplasia nodular linfoide. Se toman biopsias de dichas lesiones en íleon, así como aleatorias del colon. La anatomía patológica de la biopsia de colon muestra infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y eosinofílico compatible con colitis crónica e hiperplasia linfoide reactiva. En la superficie del epitelio de revestimiento el patólogo reconoce una fina capa continua y basófila de aspecto desflechado sugestiva de espiroquetosis. El estudio inmunohistoquímico resulta positivo para espiroqueta. Se inicia tratamiento antibiótico con metronidazol 250mg cada 8 horas durante 10 días con resolución de la clínica.

CONCLUSIONES

El caso clínico presentado muestra una causa rara y controvertida de diarrea crónica.

No obstante, es una entidad que debe ser considerada en diarreas crónicas de causa no filiada en pacientes con determinados factores de riesgo como podrían ser: hombres que tienen sexo con hombres, infección por VIH y viajes recientes a países en vías de desarrollo.

17. ICTERICIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A COLANGIOCARCINOMA Y SUS COMPLICACIONES: PANCREATITIS POST-CPRE Y COLECISTITIS

L. Abad Martínez, M. Cambralla Martínez, M. Cabacino Ibáñez, M.L. Molina Fernández-Murga, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, M.R. Blasco Igual, R. Rodríguez Insa, I. Moreno Sánchez
Hospital General Universitario de Castellón

INTRODUCCIÓN

El Colangiocarcinoma incluye un grupo heterogéneo de neoplasias procedentes del árbol biliar. Se clasifica, según la localización, en intrahepático, perihiliar y distal. La incidencia global es variable debido a una distribución heterogénea de los factores de riesgo. Generalmente su pronóstico es desfavorable, en relación con un diagnóstico en estadio avanzado.

OBJETIVO

Descripción de un caso clínico de paciente con colangiocarcinoma y sus complicaciones: ictericia obstructiva, pancreatitis post-CPRE y colecistitis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 83 años, acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho y coluria. Analíticamente destaca elevación de bilirrubina 6.59mg/dL y enzimas de colestasis y citólisis. En ecografía abdominal se describe dilatación de vía biliar extrahepática y colelitiasis múltiple, sin evidenciarse causa obstructiva.

Se amplía estudio mediante TC en el que se observa “engrosamiento irregular perihiliar y en colédoco distal”. Se programa CPRE, realizándose cepillado con resultado positivo para adenocarcinoma. Complicación leve por pancreatitis post-CPRE, siendo presentada en sesión multidisciplinar y no candidata a tratamiento oncológico/quirúrgico y subsidiaria de tratamiento paliativo.

RESULTADOS

En dos semanas reingresa por ictericia obstructiva, reprogramándose CPRE y objetivándose hallazgos compatibles con tumor de Klastkin IIIa. Se realiza dilatación hidroneumática y colocación de stent biliar metálico. Nuevo episodio de pancreatitis post-CPRE moderada.

Pasados dos meses ingresa por colecistitis aguda complicada, desestimándose tratamiento quirúrgico; no obstante, shock séptico por el que se valora realización de colecistostomía percutánea urgente. Evolución tórpida a pesar de drenaje biliar, decidiéndose de forma multidisciplinar tratamiento mediante alcoholización vesicular con infusión de etanol puro y cierre del cístico por radiología intervencionista.

CONCLUSIONES

La presentación típica de esta patología es en forma de ictericia obstructiva y su pronóstico, en muchos casos, desfavorable. El drenaje endoscópico mediante CPRE es una opción. En caso de colecistitis aguda, el tratamiento de elección es quirúrgico, pudiendo plantearse, como alternativa, drenaje percutáneo o endoscópico mediante ecoendoscopia, dependiendo del perfil de paciente, la disponibilidad del centro o la experiencia del equipo de endoscopias.

18. SARCOMA DE KAPOSI GÁSTRICO EN PACIENTE VIH SIN TRATAMIENTO

A. Fernández Soro, L. González González, I. Pérez Álvarez, J. Gutiérrez Basoa, M. Gil Rodríguez, M. Beceiro Castillo, A. Montoya Filardi, P. Jarque Macián, A. Buxaus Ventura

Consorcio Hospital General de Valencia

INTRODUCCIÓN

El Sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor vascular raro relacionado con el virus herpes humano tipo 8 (HHV-8). Su incidencia aumenta hasta mil veces en pacientes con VIH. Se distinguen cuatro tipos: Clásico, endémico, iatrogénico (inmunosuprimidos o trasplantados) y VIH-relacionado (el más común y agresivo en Occidente). El tracto gastrointestinal es la localización extracutánea más común (24%) con afectación dermatológica en más del 50% de los casos. Aunque suele ser asintomático (casi 80%), se han descrito complicaciones como sangrado, perforación y obstrucción.

CASO CLÍNICO

Mujer transgénero de 45 años de Brasil con infección por VIH sin tratamiento, que acude a urgencias por fiebre vespertina, pérdida de peso y vómitos postprandiales de 4 meses de evolución con marcada afectación del estado general. Al ingreso destaca anemia (Hb 7.8 g/dL, VCM 100 fL), déficit marcado de linfocitos T CD4 (7.52%) y alta carga viral de VIH (64,400 cp/ml). Durante la hospitalización se descartan infecciones oportunistas.

Ante la clínica de vómitos y anemia se realizaron endoscopias digestivas. La colonoscopia fue normal. En la gastroscopia, sin embargo, se observó desde cuerpo medio hasta antro una mucosa congestiva, eritematosa, edematizada e indurada que no permitía el paso a través del píloro por atrapamiento del endoscopio, sospechándose proceso linfoproliferativo. Las biopsias gástricas fueron compatibles con sarcoma de Kaposi, con afectación del endotelio vascular e inmunohistoquímica positiva para HHV8. Tras el diagnóstico, se inició tratamiento antirretroviral y quimioterapia con doxorubicina, siendo dada de alta tras el primer ciclo. Falleció a los 6 meses del alta.

DISCUSIÓN

Aunque la afectación gástrica por SK es poco común y generalmente asintomática, puede manifestarse con complicaciones como en nuestro caso. El diagnóstico requiere gastroscopia,

que puede mostrar diversas formas de afectación (lesiones rojizas maculopapulares, nodulares o formaciones más extensas “pseudotumorales”), y análisis histológico confirmando HHV-8 mediante inmunohistoquímica. El tratamiento inicial es la quimioterapia, con mal pronóstico (supervivencia a 6 meses <40%). Es importante tener una alta sospecha en pacientes susceptibles, a pesar de la disminución de la incidencia gracias al tratamiento antirretroviral, para un diagnóstico precoz y mejora del pronóstico.

19. SÍNDROME DE VEXAS EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN

R.M. Pardo Robles, L. Saorín López, A. Gurbillón Hirano, J. Saéz Fúster, A. García Soria, N. Jiménez García, M.F. García Sepulcre

Servicio Medicina Digestiva. Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

El síndrome de VEXAS (vacuolas, enzima E-1, ligado a X, autoinflamatorio, somático) es un cuadro autoinflamatorio recientemente descrito, debido a una mutación en el gen UBA1 que codifica la enzima E-1 activadora de la ubiquitina.

OBJETIVOS

Presentar el caso clínico de un paciente con Enfermedad de Crohn (EC) y Espondiloartritis axial (EspA-Ax) al que se le diagnostica en su seguimiento un Sdr. VEXAS.

MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura del Sdr. de VEXAS.

RESULTADOS

Varón de 70 años con EC (A3L2B2p) desde hace 15 años, portador de ileostomía permanente tras hemicolectomía derecha. Además, presentaba una EspA-Ax, por lo que se inició tratamiento con Adalimumab (ADA) en combinación con Metotrexate (MTX).

En el seguimiento el paciente presenta remisión luminal y control de EspA, destacando en las analíticas una anemia macrocítica (con Vit B12 normal) y leucopenia progresiva con plaquetas normales, citopenias ya presentes antes de iniciar la inmunosupresión.

Por ese motivo, se realizó un estudio de Médula Ósea (MO), observando MO normocelular con rasgos displásicos en serie eritroide y granulocítica con 1-2% de blastos con presencia de vacuolas de predominio en la serie mieolide, y mutación de UBA1. Finalmente, ante estos hallazgos se diagnosticó un Sdr. Mielodisplásico (SMD) asociado a mutación UBA1 (Sdr.VEXAS).

El Sdr. VEXAS fue descrito por primera vez en un estudio publicado en 2020. La mayoría de los pacientes presentaban manifestaciones cutáneas (policondritis) y hematológicas (anemia macrocítica o SMD), siendo característica la presencia de vacuolas en MO de los precursores eritroides y mieloides. Otras manifestaciones descritas, que probablemente se añadan en un futuro, son la afectación ocular, gastrointestinal o articular.

En la literatura actual, se cita la asociación de Sdr. VEXAS con otras enfermedades inflamatorias (EI). No obstante, hasta ahora no se ha descrito ningún caso de Sdr. VEXAS asociado a EC.

CONCLUSIONES

El Sdr. VEXAS es una entidad compleja recientemente descrita. Puede asociarse a otras EI. Además, es probable que a la descripción fenotípica inicial se añadan en un futuro nuevas manifestaciones clínicas como la afectación digestiva. Por ello, consideramos de interés su conocimiento con el fin de favorecer el diagnóstico y el tratamiento precoces.

20. TUMOR CARCINOIDE COMO CAUSA DE ILEITIS TERMINAL Y DIARREA

J. Gutiérrez Basoa, A. Fernández Soro, I. Pérez Álvarez, M. Gil Rodríguez, A.I. Montoya Filardi, M. Beceiro Castillo, L. Ruiz Sánchez, M.S. Luján Sanchís, J.M. Huguet Malavés, J. Sempere García-Argüelles

Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

Los tumores carcinoides intestinales son neoplasias de baja prevalencia en nuestro medio que se desarrollan a partir de las células neuroendocrinas presentes en el tubo digestivo, localizándose en más del 95% de los casos nivel apendicular, ileal y rectal. En estadios iniciales presentan una clínica inespecífica y solo unos pocos desarrollan el conocido síndrome carcinoide (característicamente rubor y diarrea).

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años sin antecedentes personales ni familiares de interés acude a consultas de medicina digestiva por cuadro de 4-5 deposiciones líquidas diarias sin productos patológicos de 9 meses de evolución. Asocia molestias inespecíficas en hemiabdomen derecho, episodios de sofoco puntuales y es consumidora habitual de AINEs. En pruebas de laboratorio se objetiva estudio analítico y microbiológico de heces dentro de la normalidad, destacando únicamente calprotectina fecal 550mcg/g [0 – 50mcg/g].

Se solicita ileocolonoscopia que observa afta ileal inespecífica al estudio histológico y se remite la paciente a la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal ante sospecha de enfermedad de Crohn. Se solicita enteroRM que describe engrosamiento ileal concéntrico en un segmento de 6.5cm con signos de actividad inflamatoria.

Ante persistencia de clínica diarreica y dudas diagnósticas, se solicita cápsula endoscópica que observa a nivel de íleon distal imagen nodular de 5mm que por su aspecto y localización impresionan de tumor carcinoide. Dicho diagnóstico se confirma con el estudio histológico de las muestras obtenidas en una segunda ileocolonoscopia con biopsias dirigidas con resultado de tumor carcinoide bien diferenciado. Se procede a resección ileocecal tras estudio de extensión sin lesiones a distancia. Tras intervención, mejoría del cuadro diarreico y del dolor abdominal permaneciendo cierta molestia abdominal difusa en las semanas posteriores a la cirugía.

CONCLUSIÓN

A pesar de presentar una baja prevalencia en nuestro medio, es importante el diagnóstico precoz de esta enfermedad para el tratamiento temprano de la misma, planteándose como posible causa de una lesión ileal única o aislada la presencia de un tumor carcinoide. Una vez confirmado y en caso de que se sospeche un síndrome hereditario, es imprescindible la valoración del caso por una Unidad de Consejo Genético para descartar una neoplasia endocrina múltiple.

21. DIAGNÓSTICO DE LINITIS PLÁSTICA GÁSTRICA EN CONTEXTO DE ESTÓMAGO DE RETENCIÓN

M.C. Brose Martínez, I. Lorca Antón, J.M. Varela Fernández, U. Fernández de la Peña Echavarría, P.R. Navarro Cortes, P. Lluch García, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La linitis plástica gástrica es una proliferación glandular maligna en el estroma de la pared gástrica que conlleva un engrosamiento y aumento de rigidez de la misma. Suelen estar afectadas las regiones pilórica y antral por lo que puede dar lugar a clínica retentiva.

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, cuyo diagnóstico de adenocarcinoma gástrico se obtuvo con la realización de PAAF y biopsia mediante ecoendoscopia.

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años, remitida desde MAP para realización gastroscopia por cuadro de saciedad precoz y sensación de distensión abdominal asociado a pirosis e intolerancia oral de un mes de evolución. Asocia pérdida de 8 kg y astenia. Tras realización de gastroscopia, insatisfactoria, se decide ingreso en MDI.

Durante el ingreso, se coloca SNG, se solicitan marcadores tumorales que son negativos, se solicita TC TAP donde no se identifica engrosamiento patológico gástrico ni adenopatías. Se repite la gastroscopia donde se observa a nivel de la unión cuerpo-antra una mucosa conservada que se moviliza en bloque a la toma de biopsias. También se realiza un tránsito gastroduodenal donde se identifica un afilamiento a nivel bulbar (retraso en el vaciado gástrico).

Para conseguir un diagnóstico de certeza, se realiza ecoendoscopia donde se aprecia a nivel de la estenosis un engrosamiento concéntrico de la pared gástrica con pérdida de diferenciación de capas sospechoso de linitis plástica. Se toman muestras mediante PAAF y biopsias.

Diagnóstico anatomopatológico: infiltración por carcinoma difuso pobremente diferenciado. Estudio inmunohistoquímico: CK AE1/AE3 +, HER2 -, EBER -, proteínas reparadoras del ADN +, PD-L1-.

Finalmente se decide cambio de servicio a Cirugía General para realización de gastrectomía distal laparoscópica + Reconstrucción en Y de Roux.

DISCUSIÓN

Su diagnóstico puede llegar a ser complicado ya que no suele infiltrar la mucosa. En el diagnóstico diferencial, debemos incluir enfermedades benignas como la amiloidosis o enfermedad de Ménétrier. También, linfomas o adenocarcinomas. La cirugía curativa solo es posible en un 20-25% de los casos y, la quimioterapia es el único tratamiento alternativo, pero su eficacia es limitada.

CONCLUSIÓN

Debido al retraso en el diagnóstico, la linitis plástica gástrica tiene un pronóstico desfavorable con una tasa de supervivencia del 10-20% a los 5 años.

22. PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO CON COMPLICACIÓN HEMORRÁGICA

I. Lorca Antón, M.C. Brosel Martínez, J.M. Varela Fernández, U. Fernández de la Peña Echavarría, P.R. Navarro Cortés, P. Lluch García, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico de Valencia

INTRODUCCIÓN

El pseudoquiste pancreático es una complicación local que aparece en el 20-40 % de los casos de pancreatitis crónica. Habitualmente son asintomáticos, aunque pueden producir dolor abdominal, náuseas, fiebre y pérdida de peso. El manejo inicial suele ser de forma conservadora, reservándose el drenaje del mismo (endoscópico, percutáneo quirúrgico) para casos sintomáticos o con complicaciones (infección, rotura, sangrado).

El sangrado del pseudoquiste pancreático es una complicación muy poco frecuente que se puede manifestar en forma abdomen agudo asociado a anemia/shock hipovolémico. Su diagnóstico requiere alta sospecha y actuación quirúrgica urgente dado que la mortalidad oscila en torno al 50%.

CASO CLÍNICO

Mujer de 36 años. Pancreatitis crónica con calcificaciones en cuerpo-cola pancreática. 2 episodios previos de pancreatitis aguda de etiología no filiada (2020, 2022). Ingresa por dolor abdominal y pseudoquiste adyacente a la cola pancreática (67x45x58mm) no presente en estudios previos, por lo que se solicita quistogastrostomía endoscópica. Pendiente de drenaje endoscópico, comienza con palidez mucocutánea, taquicardia, anemia brusca (Hb 6.5, previa 12,5) sin exteriorización y mal control del dolor a pesar de mórnicos. Ante la sospecha de sangrado del pseudoquiste se realiza angio-TC urgente donde se observa líquido libre en hemiabdomen superior, sugestivo de contenido hemático, sin sangrado activo y aumento de tamaño del pseudoquiste pancreático (70x55x66mm). Dada la gravedad del cuadro y posibilidad de resangrado, se decide intervención quirúrgica urgente (esplenopancreatectomía distal y resección gástrica).

CONCLUSIÓN

El sangrado es una complicación poco habitual que debemos sospechar en caso de pacientes con antecedentes de pseudoquiste pancreático que presenten anemia brusca sin exteriorización, inestabilidad hemodinámica y/o abdomen agudo. Las pruebas de imagen (TC abdominal) son fundamentales para confirmar el origen sangrado y no debemos demorar la intervención quirúrgica, dado que es una entidad potencialmente mortal.

23. LESIONES INFRECIENTES POR INGESTA DE CÁUSTICOS

M. Beceiro Castillo, M. García Reboll, A. Fernández Soro, I. Pérez Álvarez, M. Gil Rodríguez, J. Gutiérrez Basoa, A.I. Filardi Montoya, A. Buxaus Ventura, P. Jarque Marcian, A. Durá Ayet, J. Sempere García-Argüelles

Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La ingesta de cáusticos constituye una urgencia médica que puede producir un gran espectro de lesiones. La endoscopia permite conocer la extensión y gravedad de las mismas, siendo la clasificación de Zargar de valor pronóstico. Los ácidos, con un pH inferior a 4, producen una necrosis por coagulación proteica, mientras que los álcalis, a partir de un pH 12, provocan una necrosis por licuefacción, con mayor profundización de las lesiones. La estenosis esofágica secundaria a esofagitis cáustica es una grave complicación. El tratamiento de elección es la dilatación endoscópica con balón neumático. La mayoría de los pacientes tienen una buena respuesta pero requieren dilataciones reiteradas. Menos frecuente es la estenosis pilórica que se puede producir secundaria a la lesión cicatricial antro-pilórica, que detiene el tránsito gastroduodenal y puede ser de difícil manejo endoscópico.

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años que acude a urgencias tras la ingesta de un vaso de lejía y un vaso de sulfamán con fines autolíticos. Se realiza gastroscopia en las primeras 24h que evidencia esofagitis cáustica Zargar IIIA y gastritis cáustica Zargar IIB. A las tres semanas ingresa de nuevo por vómitos, con objetivación de bezoar en cámara gástrica, sin estenosis esofágica ni pilórica pero con gran afectación inflamatoria en esófago, cámara gástrica y duodeno hasta segunda porción. Progresivamente empeora y en una nueva gastroscopia a las 7 semanas de la ingesta, se objetiva estenosis esofágica que se dilata con balón, y una estenosis pilórica que no se considera subsidiaria de dilatación endoscópica, por su pequeño calibre y friabilidad. Finalmente, dada la extensión e intensidad de las lesiones, no se considera indicado el tratamiento endoscópico, y el paciente es intervenido con una gastroenteroanastomosis en Y de Roux isoperistáltica y antecólica.

DISCUSIÓN

La literatura existente describe las diversas complicaciones que derivan de la ingesta de

cáusticos, ya sean álcalis o ácidos. Principalmente aborda la estenosis esofágica, dado que es la más frecuente, así como su manejo con dilataciones neumáticas. Pero aún son pocos los trabajos publicados sobre las estenosis pilóricas y/o duodenales que pueden acompañar a las esofágicas y requieren de un complejo manejo endoscópico o finalmente quirúrgico.

24. DAÑO HEPÁTICO INDUCIDO POR LACOSAMIDA: UNA EVOLUCIÓN TÓRPIDA

U. Fernández de Lapeña, J.M. Varela Fernández, M.C. Brosel Martínez, I. Lorca Antón, S. González Padilla, T. García Ballester, P. Lluch García, J. Ballester Fayos, P.R. Navarro Cortés, I. Pascual Moreno, B. Heras Morán

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La lacosamida es un antiepiléptico de nueva generación con indicación reciente en dolores neuropáticos. Su hepatotoxicidad es poco probable (0,7 % $ALT \geq 3x$ LSN), habiendo pocos casos descritos en la literatura. Aunque la mayoría suelen ser clínica y analíticamente leves, existen casos aislados de daño hepático grave.

CASO CLINICO

Varón de 77 años, IABVD, alérgico a metamizol, no consumidor de tóxicos, hipotiroideo y en tratamiento con eslicarbamazepina por neuralgia del trigémino izquierdo desde 2017. Ingresa en diciembre/2022 por ictericia, colestasis y síndrome constitucional de un mes de evolución, presentando BrT 5.38mg/dL (BrD>), GOT 121U/L, GPT 205U/L, GGT 1522U/L, FA 625U/L, PCR 25mg/L, sin leucocitosis ni fallo hepático agudo (ALF). Refiere consumo de setas tras inicio de cuadro, toma de paracetamol crónica y lacosamida adyuvante por NT desde agosto-noviembre/2022. Ausencia de otros factores de riesgo de hepatitis. Ecografía, TC abdominal y ecoendoscopia normales. Serología, autoinmunidad y cobre negativos. Ante ausencia de mejoría y sospecha de hepatitis tóxica por lacosamida, se indica biopsia hepática con hallazgos sugestivos de hepatitis colestásica con actividad inflamatoria moderada y granulomas. Se excluyen otras enfermedades granulomatosas. El diagnóstico de sospecha es “posible” DILI colestásico por lacosamida (CIOMS 4 puntos). En enero/2023 presenta deterioro analítico (BrT 14.9mg/dL, hipertransaminasemia y deterioro de coagulación IQ 52%). Se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico (AUDC) y corticoides, sin mejoría (BrT 40mg/dL). Ante paciente no candidato a trasplante hepático, se realizan 3 sesiones de MARS con descenso de BrT a 25mg/dL. Tras posterior mala evolución con aumento de BrT, descompensación ascítico-edematosa, IRA AKI lb y encefalopatía, el paciente fallece 07/03/2023.

CONCLUSIÓN

Este caso representa una evolución tórpida poco habitual de DILI por lacosamida. Su presentación como fallo hepático grave es extraordinaria requiriendo de diagnóstico de exclusión y causalidad. Tanto las terapias médicas (AUDC o corticoides) como el soporte extracorpóreo (MARS), carecen

de evidencia científica. Si bien únicamente el 10% de los casos de DILI fallecen por ALF o requieren trasplante, la ausencia de tratamientos alternativos perpetúan su empleo. Este caso debe promover la monitorización hepática con el uso de lacosamida.

25. CELIAQUÍA REFRACTARIA: CUANDO NO TODO ES LO QUE PARECE

M. Gil Rodríguez, A. Fernández Soro, I. Pérez Álvarez, J. Gutiérrez Basoa, M. Beceiro Castillo, A.I. Montoya Filardi, C. Torres González, J.M. Huguet Malavés, J. Sempere García-Argüelles

Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca es un trastorno inmunomediado que afecta a sujetos genéticamente predispuestos causado por la ingestión de gluten en la dieta. La base del tratamiento es el cumplimiento estricto de una dieta sin gluten. La enfermedad celíaca refractaria se define como la persistencia de síntomas de malabsorción y atrofia vellositaria a pesar de al menos 12 meses de seguimiento estricto de una dieta sin gluten.

CASO CLÍNICO

Paciente de 64 años con antecedentes de Síndrome de Evans, que en el contexto de un cuadro de diarrea de varios meses de evolución se diagnostica de Enfermedad Celíaca mediante gastroscopia (Biopsias duodenales: Marsh 3a). Tras 12 meses de cumplimentación de dieta estricta sin gluten el paciente no presenta mejoría a nivel clínico ni histológico. Se realiza estudio de celiaquía refractaria descartando multitud de trastornos que se incluyeron el diagnóstico diferencial: Trastornos intestinales funcionales, colitis microscópica, insuficiencia pancreática, enfermedad inflamatoria intestinal, intolerancia a la lactosa o a la fructosa y sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado.

Finalmente el paciente es derivado a reumatología ante la sospecha de LES por presentar anticuerpos antiSM positivos y mejoría de la sintomatología cuando recibía tratamiento con corticoides por su patología autoinmune. Desde Reumatología se solicita estudio genético para descartar una posible inmunodeficiencia primaria, siendo diagnosticado finalmente de haploinsuficiencia de CTLA4, una afectación autoinmune multisistémica rara que se trató con abatacept y corticoides a dosis bajas. En visitas posteriores el paciente presentó mejoría clínica con disminución en el número de deposiciones y se encuentra pendiente de nueva gastroscopia para comprobar curación a nivel histológico.

DISCUSIÓN

La enfermedad celíaca es un trastorno frecuente, y los pacientes en ocasiones presentan una respuesta clínica incompleta a una dieta sin gluten. El diagnóstico y tratamiento de la celiaquía refractaria a dieta sin gluten siguen siendo difíciles debido a su rareza y a la ausencia de un algoritmo diagnóstico bien establecido. Es por ello que es fundamental realizar un abordaje

multidisciplinar, como en el caso de nuestro paciente, para poder llegar a un diagnóstico de certeza y no pasar por alto patologías menos prevalentes.

26. PANCREATITIS AGUDA POR HIPERCALCEMIA SECUNDARIA A HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

I. Pérez Álvarez, C. Pérez Rivarés, A. Fernández Soro, M. Gil Rodríguez, J. Gutiérrez Basoa, M. Beceiro Castillo, A.I. Montoya Filardi, E. Guillén Botaya, R. Pastor Mateu, J.M. Huguet Malavés, J. Sempere García-Argüelles

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es uno de los motivos más frecuentes de ingreso hospitalario por patología digestiva. Las principales causas son las litiasis biliares y el consumo de alcohol. Sin embargo, una vez descartadas estas causas otras etiologías más raras deben ser investigadas.

Presentamos un caso de pancreatitis aguda leve como primera manifestación de hipercalcemia.

CASO CLÍNICO

Mujer de 80 años que consulta en urgencias por dolor epigástrico y vómitos de un día de evolución. Entre los antecedentes destaca hipertensión arterial en tratamiento con hidroclorotiazida y colecistectomía por cólicos biliares. Niega consumo de tóxicos. A la exploración estaba estable hemodinámicamente, con abdomen doloroso a la palpación en epigastrio sin peritonismo.

Análiticamente destaca leucocitosis 19 400/L con neutrofilia, amilasa de 1254 U/L, GPT 44 U/L con bilirrubina normal, fallo renal agudo de probable origen prerrenal y calcio corregido a albúmina de 12.5 mg/dL. En urgencias se realiza ecografía abdominal que no visualiza páncreas y describe una vía biliar extrahepática dilatada con colédoco de 12,5 mm.

Ingresa con diagnóstico de pancreatitis aguda. Se realiza colangioRMN y pancreática, que descarta obstrucción de la vía biliar y describe una pancreatitis intersticial edematosa. Se completa estudio de hipercalcemia solicitando PTH, con resultado elevado (371 pg/ml), y vitamina D y fósforo bajos (9 ng/ml y 2.2 mg/dl), estableciendo el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario (HPP).

La paciente recibe tratamiento con fluidoterapia y furosemida con buena evolución clínica, resolución del fallo renal y descenso progresivo de la calcemia, por lo que se da de alta retirando la hidroclorotiazida de su tratamiento habitual y añadiendo cinacalcet.

De forma ambulatoria se realiza gammagrafía paratiroidea en la que se aprecia un adenoma paratiroideo posterior de 21 mm en lóbulo tiroideo derecho, por lo que se deriva para intervención quirúrgica.

CONCLUSIÓN

La hipercalcemia secundaria a HPP es una causa infrecuente de pancreatitis aguda. Así mismo, el HPP suele cursar de forma asintomática y rara vez debuta como pancreatitis aguda.

El 80% de los HPP están causados por un adenoma único y son de curso benigno. La resección quirúrgica es el tratamiento definitivo y la forma de prevenir las recurrencias de pancreatitis aguda por este motivo.

27. MELANOMA GÁSTRICO: ¿METÁSTASIS O PRIMARIO?

A. Gurbillon Hirano, A. García Soria, J. Sáez Fuster, R. Pardo Robles, L. Saorín López, M.F. García Sepulcre

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

El melanoma es uno de los tumores cutáneos más agresivos, y a pesar de aparecer principalmente en la piel, puede afectar a múltiples partes del cuerpo, de las cuales la mucosa representa el 1.3%. El melanoma primario gástrico es un subtipo muy raro, que usualmente no se detecta antes de una autopsia (2). Además, a pesar de que el melanoma es el tumor metastásico más común del tracto gastrointestinal, las metástasis gástricas son poco frecuentes.

OBJETIVO

Presentar el caso clínico de un paciente diagnosticado de melanoma gástrico tras gastroscopia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reporte de un caso clínico y revisión bibliográfica sobre el melanoma gástrico.

RESULTADOS

Varón de 63 años que ingresa por anemia microcítica ferropénica de larga evolución asociada a cuadro constitucional. No presenta fiebre, disnea, sangrado externo u otra sintomatología. Como antecedentes, DM tipo 2, HTA, arteriopatía periférica, hábito enólico y tabáquico.

Se realiza una TC en la cual se visualizan lesiones pleuropulmonares izquierdas, gástricas, mediastínicas, peritoneales y dérmicas. Una toracocentesis resultó negativa para malignidad. En la PET-TC describen características metabólicas malignas en múltiples localizaciones. La gastroscopia mostraba hallazgos de 4 lesiones con superficie azulada y centro deprimido sugestivos de metástasis gástrica. Finalmente, una biopsia muestra compatibilidad con melanoma, con positividad para Sox-10, S-100 y MELAN-A, y negatividad para panCk y ALC. No se encontró origen primario de la lesión. El paciente pasa a servicio de oncología para continuar manejo.

La metástasis de melanoma en el tracto GI es una patología que rara vez se diagnostica antes de la muerte debido a su presentación clásicamente asintomática. Cuando los presenta, los síntomas incluyen náuseas, vómitos, fatiga, dolor abdominal, pérdida de peso, melena y anemia. El diagnóstico se hace a través de pruebas radiológicas y endoscópicas. Debido al amplio suministro vascular y linfático, el tumor es muy agresivo. Los melanomas GI suceden con una frecuencia de 1 por millón, de los cuales el melanoma primario gástrico representa el 12.7%.

CONCLUSIONES

El melanoma gástrico es una patología muy rara, sobre todo si es de origen primario. Debido a la ausencia de síntomas, supone un reto diagnóstico y resalta la importancia del estudio endoscópico.

28. DUPILUMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA REFRACTARIA A PRIMERA LÍNEA

E. Uclés Ramada ¹, J. Montoro Lacomba ², V. Ortiz Bellver ¹, C. Sánchez Cano ¹, C. Rodríguez García ¹

1 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, 2 Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

La Esofagitis Eosinofílica (EEO) es una enfermedad crónica inflamatoria mediada por eosinófilos. Su incidencia y prevalencia está aumentando en los últimos años, sobre todo en varones jóvenes, en los que supone la principal causa de disfagia. Las opciones terapéuticas clásicamente utilizadas han sido la dieta de exclusión de alimentos, los inhibidores de la bomba de protones y los corticoides tópicos. Dupilumab es un anticuerpo monoclonal anti-IL 4 y 13 recientemente aprobado para su uso en EEO.

OBJETIVOS

Describir el caso de un paciente con EEO en tratamiento con omeprazol con ausencia de control histológico a quien se le inicia Dupilumab.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 26 años diagnosticado de EEO en 2017 tras gastroscopia con toma de biopsias compatible, con afectación moderada. Tras inicio de omeprazol 20mg cada 12 horas se consigue mejoría clínica. Sin embargo, se realiza gastroscopia de control en octubre de 2021 en la que se describe un conteaje de eosinófilos de 25 eo/campo de gran aumento.

RESULTADOS

Tras inicio de Dupilumab 300mg cada dos semanas en mayo de 2022 por rinosinusitis crónica con poliposis nasal el paciente mantiene respuesta clínica. Se realiza gastroscopia de control en octubre de 2022 mientras se mantiene el tratamiento con omeprazol en la que no se observan eosinófilos en la mucosa esofágica. Dada la respuesta histológica y clínica obtenida con el tratamiento en combinación se retira omeprazol. Con Dupilumab en monoterapia persiste la respuesta clínica.

CONCLUSIONES

La EEO es una entidad que requiere tratamiento crónico puesto que la persistencia de actividad inflamatoria esofágica mantenida en el tiempo puede dar lugar a estenosis esofágicas. Muchos de los aspectos de su curso evolutivo aún se desconocen, como la traducción patológica de la

persistencia de eosinofilia esofágica a pesar de mejoría clínica. La tasa de respuesta histológica con los tratamientos disponibles hasta el momento oscila entre el 50 y el 60%.

Dupiluman se encuentra actualmente aprobado para el tratamiento de la EEO refractaria a los tratamientos de primera línea a una dosis de 300mg semanales. Sin embargo, aún no se ha autorizado su financiación. En los estudios realizados hasta el momento, Dupilumab ha mostrado tasas de remisión histológica de hasta el 60% en pacientes refractarios a primera línea de tratamiento.

29. PANCREATITIS AGUDA POR METRONIDAZOL EN PACIENTE CON TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL TIPO 56

P.M. Urbán Garbayo, A. Moreno Lario, I. Navarrete Pérez, I. Ortiz Polo, A. del Val Antoñana, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda (PA) por metronidazol es una reacción adversa rara. Entre los fármacos inductores de PA, este es clasificado como de clase Ia y latencia intermedia. Los casos son generalmente leves y su diagnóstico es de exclusión.

OBJETIVO

Describir un caso de PA de origen tóxico por metronidazol.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 17 años con trastorno del desarrollo intelectual tipo 56 relacionado con el gen de la clatrina (TDI56), que ingresó por dolor abdominal, febrícula y empeoramiento del estado general. Desde hace varios años en tratamiento con topiramato, valproato, brivaracetam y omeprazol.

A la exploración destacaba febrícula, tendencia a la somnolencia y abdomen doloroso en epigastrio sin defensa. Análiticamente se observó amilasa 749 U/L y leucocitos 20,57x10³/μL; y en la ecografía abdominal se identificó vesícula alitiásica y leve cantidad de líquido libre sin otros hallazgos patológicos.

RESULTADOS

Se inició pauta de fluidoterapia moderada y, ante persistencia de dolor abdominal y elevación significativa y sostenida de PCR, se solicitó TC que mostró necrosis del 30% de la glándula pancreática. La evolución fue favorable con mejoría clínica progresiva hasta el alta hospitalaria.

Se revisaron causas de PA, descartando origen biliar, enólico, hipercalcemia, hipertrigliceridemia, anomalías anatómicas o tumores. Respecto al trastorno genético TDI56, aunque la clatrina se expresa en tejido pancreático, no hay casos descritos de PA.

Pese a que existen casos publicados de PA asociados a topiramato, valproato y omeprazol, no se consideraron sospechosos como causa de la PA dado el consumo prolongado.

Examinando la prescripción más reciente del paciente, observamos que había finalizado hacía una semana tratamiento erradicador para *Helicobacter pylori* mediante cuádruple terapia con metronidazol, claritromicina, amoxicilina y omeprazol.

De estos fármacos, metronidazol se ha relacionado con el desarrollo de PA, especialmente en esta pauta combinada, elevándose el riesgo de PA hasta 8 veces.

CONCLUSIONES

La introducción reciente, concordancia con el tiempo de latencia descrito y ser un fármaco clasificado como tipo la de Badalov, hace altamente probable que el metronidazol fuera la causa de la PA.

Se debe tener presente el origen medicamentoso en toda PA en la que se han excluido las causas más frecuentes.

30. LINFOMA ABDOMINAL B DE CÉLULAS GRANDES EN PACIENTE CON DIARREA CRÓNICA

L. Saorín López, E. Girona Torres, A. García Soria, J. Sáez Fuster, A.M. Gurbillón Hirano, R.M. Pardo Robles, M.F. García Sepulcre

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

El término diarrea se define como la presencia de heces blandas o acuosas en número de 3 o más deposiciones diarias durante cuatro o más semanas. Es necesario realizar una adecuada anamnesis y exploraciones complementarias dado que la etiología de la diarrea crónica es múltiple.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de diarrea crónica con diagnóstico final de linfoma abdominal B de células grandes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza búsqueda bibliográfica del diagnóstico diferencial de diarrea crónica y se describe un caso clínico de diarrea crónica.

RESULTADOS

Mujer de 37 años con dolor abdominal cólico de 2 meses de evolución, náuseas, diarrea de 5-7 deposiciones diarias sin productos patológicos y pérdida de peso. Se realiza analítica de sangre y estudio de heces donde destaca elevación de LDH, PCR, CA 125 y calprotectina fecal. El estudio de celiaquía, intolerancia a la lactosa, coprocultivo y antígeno de *H.Pylori* en heces resultaron negativos. Con el fin de descartar enfermedad a nivel gastrointestinal se realiza gastroscopia, colonoscopia e ileoscopia que resultan anodinas, además de una cápsula endoscópica que haya una yeyunitis isquémica Posteriormente se realiza TC abdomino-pélvico que evidencia una masa en raíz mesentérica sugestiva de sarcoma o linfoma y adenopatías mesentéricas.

Dicha masa fue extirpada finalmente y con diagnóstico por anatomía patológica de Linfoma B de alto grado.

La diarrea crónica afecta al 5% de la población en algún momento a lo largo de su vida. Esta se puede clasificar en diarrea acuosa, con esteatorrea e inflamatoria y su diagnóstico diferencial es amplio. La celiacía es una causa ampliamente conocida de diarrea acuosa osmótica. Las enterotoxinas producen diarrea acuosa secretora. El síndrome de intestino irritable es una etiología de diarrea acuosa funcional. La esteatorrea puede ser de etiología malabsortiva o por digestiones inadecuadas. Finalmente la diarrea inflamatoria suele aparecer en enfermedades inflamatorias intestinales como E.Crohn o Colitis Ulcerosa, infecciones invasivas como la colitis pseudomembranosa y neoplasias, destacando el cáncer colorrectal y los linfomas.

CONCLUSIÓN

La diarrea crónica es un síntoma que se manifiesta en múltiples patologías, por lo que resulta de gran importancia realizar un buen diagnóstico diferencial, sin olvidar la patología neoplásica.

31. EXTRACCIÓN DE UN HUESO ENCLAVADO EN SIGMA: UN DESAFÍO ENDOSCÓPICO

A. Crespo Catalá, P. Calero Gozávez, A.M. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, C. García Ródenas, C. Amorós García, L. Navarro López, C. Pons Giner, A. Escudero Sanchis

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

Las anomalías estructurales asociadas a la diverticulosis colónica hacen de esta enfermedad un contexto en el que los cuerpos extraños pueden quedar atrapados con mayor frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un hombre de 53 años en seguimiento por proctitis ulcerosa diagnosticada a los 41 años, en tratamiento con Mesalazina oral 2 gramos. En colonoscopia de revisión se encuentra incidentalmente un hueso enclavado en colon sigmoide.

RESULTADOS

Endoscopia: cuerpo extraño alargado (hueso) de 3-4cm en sigma, con mucosa discretamente eritematosa y fibrina en ambos extremos en contexto de diverticulosis colónica.

Se intenta retirar con pinza de tres patas pero desencadena un importante dolor en el paciente, por lo que ante duda de yatrogenia se decide no extraerlo en un primer momento.

En la TC se describe cuerpo extraño de densidad ósea, de 3cm, enclavado de forma transversal en tercio medio de sigma, con leves cambios inflamatorios asociados. No se observan colecciones, líquido libre ni neumoperitoneo.

En un segundo tiempo, se intenta la extracción con pinza de cuerpos extraños sin éxito. Posteriormente, se realiza con guía Jagwire angulada de 0.035 una lazada del hueso y con litotriptor se fragmenta el hueso por la mitad, extrayéndose ambos fragmentos con pinza de

cuerpos extraños. Se revisa la ausencia de complicaciones inmediatas y se inyecta azul de metileno para valorar perforación que no parece existir de forma macroscópica.

CONCLUSIONES

- La impactación de cuerpos extraños en el tubo digestivo es una situación frecuente, aunque algo inusual en el tubo digestivo bajo.
- Los cuerpos extraños en contexto de diverticulosis pueden asociar inflamación, perforación, absceso y fístula. El tratamiento debe guiarse por las consecuencias del cuerpo extraño, no por su naturaleza.
- Pacientes con perforación o fístula requieren resección colónica. Aquellos con inflamación pueden beneficiarse de un tratamiento endoscópico.
- Existen múltiples técnicas para su extracción endoscópica, la fragmentación en dos segmentos mediante el litotriptor y su posterior retirada supuso en este caso un éxito tras múltiples intentos mediante otros métodos.

32. COLECISTITIS AGUDA RECIDIVANTE TRAS OBSTRUCCIÓN DE COLECISTOGASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA

A. Crespo Catalá, P. Calero Gozálviz, A.M. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, C. García Ródenas, C. Amorós García

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

Históricamente la colecistitis aguda ha sido tratada mediante cirugía (laparoscópica vs abierta), sin embargo en algunos pacientes el abordaje quirúrgico implica un aumento considerable en la morbimortalidad. Una nueva técnica emergente como la colecistogastrostomía guiada por ultrasonografía endoscópica (USE) podría ser de utilidad en pacientes con comorbilidades, no obstante, hay que conocer los riesgos y posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de una mujer de 89 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia, que ingresa inicialmente por colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis. En CPRE, con esfinterotomía se extrae cálculo de 5 mm pero posteriormente hay un empeoramiento clínico. Se realiza TC abdominopélvico que describe colecistitis aguda por lo que, dado características de la paciente, se decide drenaje vesicular endoscópico.

RESULTADOS

En ecoendoscopia se confirma colecistitis aguda, sin colecciones asociadas. Se coloca prótesis de aposición luminal (PAL) de 10 x 10 mm, en antro, y se introduce una prótesis plástica con doble pigtail de 7 Fr x 30 mm, con salida de abundante contenido purulento y litiasis.

Dada mejoría clínico-analítica y radiológica se procede a alta hospitalaria, pero la paciente

ingresa nuevamente por sepsis biliar. Se realiza gastroscopia observando una obstrucción de la endoprótesis por abundantes detritus, cuya retirada permite la salida de material mucopurulento y múltiples colelitiasis.

En gastroscopia de control se objetiva la salida de numerosas colelitiasis a través de cavidad, ya sin contenido mucopurulento. Se completa limpieza de la cavidad y se coloca nueva prótesis plástica con doble pigtail de 10 Fr.

CONCLUSIONES

- El drenaje de colecciones por USE implica la creación de una comunicación entre la luz del tubo digestivo y la colección a drenar.
- La colecistogastrostomía guiada por USE es una técnica cada vez más utilizada, especialmente ventajosa en pacientes con comorbilidades.
- Las complicaciones relacionadas con el mal funcionamiento de la prótesis incluyen la migración de la prótesis, su obstrucción y el sangrado, éste último como consecuencia de la rotura de pequeños vasos durante su inserción.
- La utilización de prótesis con doble pigtail a través de PAL disminuye el riesgo de complicaciones, sobre todo el sangrado.

33. SARCOIDOSIS HEPÁTICA COMO HALLAZGO CASUAL EN BIOPSIA HEPÁTICA

J. Sáez Fuster, A. García Soria, A.M. Gurbillón Hirano, R.M. Pardo Robles, L. Saorín López, I. Pascual Sánchez, C. Baeza Martínez, M.F. García Sepulcre

Hospital General Universitario Elche

INTRODUCCIÓN

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica caracterizada por el desarrollo de granulomas en varios órganos, siendo el más afectado el pulmón. Sin embargo, puede haber afectación extrapulmonar.

OBJETIVOS

Describir un caso de sarcoidosis hepática como hallazgo casual en biopsia hepática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una sarcoidosis hepática y se realiza una revisión bibliográfica de la literatura.

RESULTADOS

Mujer de 55 años en seguimiento por hipertransaminasemia. Se diagnostica de adenomiomatosis vesicular por lo que se realiza colecistectomía. El informe histológico informa de neoplasia papilar intracolecística con focos de carcinoma invasivo. Se realiza cirugía de ampliación de márgenes objetivándose en el hígado sano enfermedad granulomatosa no necrotizante a descartar

clínicamente sarcoidosis. Se consulta con Neumología que realiza biopsia transbronquial con presencia de microgranulomas y lavado bronquioalveolar con linfocitosis y CD4/CD8 de 2,5. Se completa estudio con pruebas de función respiratoria y PET-TAC que resultan normales, TAC torácico en el que se objetivan adenopatías hiliares y ECA de 100. Por tanto, se llega al diagnóstico de sarcoidosis hepática.

La sarcoidosis hepática está presente en 50-80% de las autopsias de pacientes con sarcoidosis, pero el porcentaje de pacientes sintomáticos es pequeño. Un 30% de pacientes presentará hipertransaminasemia. También es común el dolor abdominal y el prurito. Raramente progresa a cirrosis, pero podría ocurrir por obstrucción portal de los granulomas, trombosis portal o síndrome de budd chiari. En cuanto al diagnóstico, se deben descartar otras causas de granulomas hepáticos y se debe demostrar la presencia de afectación de otro órgano. También apoya al diagnóstico la presencia de CD4/CD8 elevado en el lavado bronquioalveolar y la elevación de la ECA. La base del tratamiento son los corticoides que, en la sarcoidosis hepática se usan únicamente cuando existen síntomas.

CONCLUSIONES

La sarcoidosis hepática es una entidad infradiagnosticada puesto que produce síntomas en un bajo porcentaje de casos. En el caso presentado, se diagnostica de manera casual debido a una biopsia hepática por otro motivo. Cabe destacar la importancia de realizar un diagnóstico diferencial con otras causas de granulomas hepáticos, así como recurrir a otras especialidades como Neumología.

34. RISANKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE CROHN REFRACTARIA. EXPERIENCIA PRELIMINAR DE UN CENTRO

J. Sáez Fuster, A. García Soria, A.M. Gurbillón Hirano, L. Saorín López, R.M. Pardo Robles, L. Buendía Sánchez, L. Catalá López, I. Pascual Sánchez, N. Jiménez García, A. Brotons Brotons, F.J. Sola-Vera Sánchez, M.F. García Sepulcre

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

El Risankizumab es un anticuerpo monoclonal selectivo frente a la subunidad p19 de la IL 23 recientemente aprobado y comercializado en la terapia de la enfermedad de Crohn (EC) moderada-grave.

OBJETIVO

Conocer la respuesta clínica y remisión clínica a Risankizumab en vida real.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio preliminar en vida real de uso de Risankizumab entre 01/2022 y 09/2023. Se recogen datos de 3 pacientes con EC refractaria a los que se administró risankizumab y se evaluó la

respuesta clínica (descenso Índice de Harvey bradshaw (IHB) \geq a 3) y remisión clínica (IHB \leq 4) a las 36 semanas.

RESULTADOS

Paciente 1: Se trata de una paciente de 49 años con una enfermedad de Crohn A2L3B3, con una resección ileocólica previa con fracaso a inmunosupresores, a antiTNF, Vedolizumab y Ustekinumab. Recibió dosis de inducción y mantenimiento con Risankizumab como se indica en ficha técnica: 600 mg i.v. en la semana 0, 4, 8 seguido de 360 mg sc cada 8 semanas. Clínicamente, el índice de Harvey Bradshaw basal y a las 36 semanas no mejoró, debido a que esta paciente presenta un síndrome de intestino corto por la resección ileocólica con diarrea persistente. Analíticamente, la calprotectina pasó de 477 a 44 en la semana 36. Endoscópicamente también hubo mejoría consiguiéndose remisión endoscópica.

Paciente 2: Se trata de una paciente de 60 años con una enfermedad de Crohn A2L3B3 con una resección previa con fallo a inmunosupresores, a antiTNF y a Ustekinumab. A las 36 semanas del tratamiento con risankuzumab, presentó remisión clínica con índice de Harvey Bradshaw de 2 puntos. También presentó mejoría analítica, con una calprotectina de 128 en la semana 36.

Paciente 3: Se trata de una paciente de 36 años con una enfermedad de Crohn A2L3B1 con un síndrome de Sweet asociado. Se inicia risankizumab ante fallo a infliximab y a ustekinumab. A las 36 semanas presenta remisión clínica (Índice Harvey Bradshaw de 3 puntos). Endoscópicamente presenta ligera mejoría con actividad grave en la endoscopia basal y actividad moderada en la endoscopia en la semana 36. Analíticamente también presentó modesta mejoría con una CF basal de >6000 y una CF en la semana 36 de 4860.

CONCLUSIONES

Se trata de una experiencia preliminar en práctica clínica real de uso de risankizumab en pacientes con EC refractaria a >2 biológicos con buenos resultados. No hubo efectos adversos

35. MICROELIMINACIÓN VHC

A.M. Antolí Miró, A. Crespo Catalá, P. Jiménez Martínez, C. García Ródenas, M. Ríos Peset, L. Durbán Serrano, S. Benlloch Pérez, C. Gisbert Moya, P. Calero Gozálviz, S. Chimeno Hernández
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

Para cumplir el objetivo de la OMS sería necesario diagnosticar a todas las personas con Hepatitis C y tratarlas para erradicar la infección. Desde 2015, el Ministerio de Sanidad amplió la indicación de tratamiento con antivirales de acción directa a toda la población infectada, sin restricciones.

OBJETIVOS

Hace cinco años, al seguir recibiendo pacientes nuevos infectados por Hepatitis C en la consulta,

nos planteamos el motivo por el cual no habían sido tratados, con el fin de valorar en qué grupo de población habría que hacer más hincapié en la búsqueda de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 2018 se ha recogido en una base de datos todos los pacientes nuevos con VHC que acudían a la consulta de Hepatología.

Las variables que se tuvieron en cuenta fueron:

- Variables demográficas: edad y sexo
- Variables cualitativas: si conocían que tenían VHC, tratamiento previo y vía de contagio.

RESULTADOS

Desde enero 2018 hasta diciembre del 2022 se trató a 249 pacientes (116 mujeres y 133 hombres), entre 19 y 89 años.

De todos los pacientes tratados, 182 pacientes (73%) eran conocedores de su infección, pero no habían acudido al médico de familia ni al especialista.

La vía de contagio probable más frecuente fue por drogas (30%), pero llama la atención que en el 30% no había ningún factor de riesgo.

El motivo principal de no estar tratados, con un 36% de los pacientes, fue que no habían querido, es decir, por decisión propia del paciente, porque no le daban importancia a tener el VHC. Por otro lado, un 29% desconocían tener VHC y un 17% desconocían que hubiera tratamientos nuevos y les daba miedo el tratamiento con interferon o la realización de una biopsia hepática.

CONCLUSIONES

El alto porcentaje de casos que desconocía que tenía el VHC y la ausencia de factores de riesgo conocidos de contagio, apoya la necesidad de cribado universal, sobre todo en el grupo de edad donde el virus es más prevalente (40- 75 años).

Es necesario difundir la eficacia y los mínimos efectos secundarios que tienen estos tratamientos, con el fin de que a todos los pacientes portadores del virus que no acuden a tratarse se les anime y facilite el contacto con el sistema sanitario para erradicar el VHC.

36. PERITONITIS TUBERCULOSA: CAUSA INFRECUENTE DE ASCITIS

J. Sáez Fuster, A. García Soria, A.M. Gurbillón Hirano, R.M. Pardo Robles, L. Saorín López, M.D. Picó Sala, A. Botella Zaragoza, M.F. García Sepulcre

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa que se adquiere tras inhalar al bacilo de Koch que llega a los alveolos y posteriormente puede diseminarse por vía hematogena a los tejidos donde puede quedar latente o progresar en algún momento.

OBJETIVOS

Describir un caso de peritonitis tuberculosa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente con ascitis y síndrome constitucional y como se llega al diagnóstico de peritonitis tuberculosa. Se realiza una revisión bibliográfica de la literatura.

RESULTADOS

Se trata de un varón de 68 años sin antecedentes, en estudio por síndrome constitucional. Se realiza TAC observándose ascitis subclínica con sospecha de carcinomatosis peritoneal. Se realiza gastroscopia y colonoscopia siendo estas normales. Se completa estudio con PET TAC que informa de líquido hipermetabólico perihepático y en pelvis y rarefacción de la grasa peritoneal, nódulos en receso pleurodiafragmático y adenopatías en cadena mamaria izquierda. Se realiza mamografía que también resulta normal. Analíticamente se solicitan serologías así como quantiferon que resultan todos negativos. Marcadores tumorales negativos. Se realiza biopsia de la grasa omental resultando en una inflamación granulomatosa no necrotizante. Por último, se realiza laparoscopia exploradora. En la biopsia de peritoneo y epiplón se observa inflamación granulomatosa no necrotizante sin evidencia de neoplasia. En la citología se observa derrame linfocitario negativo para células malignas. Se lleva a cabo estudio microbiológico observándose en el cultivo la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*. Por tanto, se llega al diagnóstico de peritonitis tuberculosa. Se trata con tuberculostáticos con remisión de la clínica del paciente.

CONCLUSIONES

La TBC peritoneal representa un 10% de la TBC extrapulmonar. Se presenta en pacientes con factores de riesgo pero también se presenta en población sin enfermedades subyacentes ni antecedentes clínicos de infección tuberculosa previa. Se manifiesta como síndrome constitucional, ascitis o fiebre. El líquido ascítico suele ser un exudado de predominio linfocitario. La determinación de la actividad de la ADA ha demostrado ser de gran utilidad. El BAAR la PCR y el cultivo de líquido ascítico suelen tener baja rentabilidad. El principal problema es establecer el diagnóstico diferencial con la carcinomatosis peritonea.

37. GASTROENTERITIS EOSINOFÍLICA CON AFECTACIÓN SUBSerosa, UN CASO INFRECIENTE

C. Gómez Medina, M. Capilla Lozano, L. López Valero, S. Martínez Delgado, B. Navarro Navarro, M.T. Blázquez Martínez, I. Irazo González-Cruz, M.J. Bermúdez Baker, A.M. Girona Sanz

Hospital Universitario de La Plana, Castellón

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis eosinofílica (GE) es un trastorno infiltrativo eosinofílico infrecuente. Puede tener una afectación parcheada y transmural, siendo la afectación mucosa más frecuente (70%)

manifestándose como anemia ferropénica y síntomas malabsortivos. La afectación muscular (20%) se caracteriza por un engrosamiento de la pared abdominal, pudiendo causar síntomas obstructivos; finalmente cuando la afectación es subserosa (10%) cursa con ascitis rica en eosinófilos.

CASO CLÍNICO

Hombre de 16 años que ingresa por dolor abdominal agudo, vómitos y distensión abdominal. La analítica muestra eosinofilia periférica y el TAC, ascitis con engrosamiento parietal de región prepilórica y de ángulo hepático-colon ascendente (imagen 1). La gastroscopia objetiva mucosa gástrica de aspecto reticular y eritematosa en antro con pliegues agrandados y duodeno sin alteraciones. La histología gástrica muestra cambios por gastritis crónica y la duodenal, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario con presencia de >20 eosinófilos por campo de gran aumento (imagen 2). Ante sospecha de GE se inicia tratamiento con corticoides sistémicos y dieta de exclusión de seis alimentos con mejoría clínica.

CONCLUSIÓN

La GE con afectación subserosa es infrecuente y con clínica inespecífica, se requiere un alto grado de sospecha clínica para su diagnóstico, así como la exclusión de otras patologías que comporten eosinofilia periférica o tisular. Ante todo paciente con dolor abdominal, ascitis e hipereosinofilia periférica se debe descartar esta entidad.

38. PSEUDOPOLIPOSIS GIGANTE COMO COMPLICACIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. Sáez Fuster, A. García Soria, A.M. Gurbillón Hirano, L. Saorín López, R.M. Pardo Robles, N. Jiménez García, L. Catalá López, M.F. García Sepulcre

Hospital General Universitario de Elche

INTRODUCCIÓN

Los pseudopólipos aparecen en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) como resultado de la inflamación mantenida. En ocasiones pueden ser múltiples, dando lugar a cuadros oclusivos.

OBJETIVO

Presentar dos casos de pseudopolirosis gigante en pacientes con enfermedad inflamatoria y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan 2 casos de pseudopolirosis gigante y su tratamiento así como una revisión de la literatura.

RESULTADOS

Paciente 1: Mujer 45 años enfermedad de Crohn (EC) A2L3B3. Intervenida en 2002 por fístula ileo-sigmoidea, realizándose reacción ileo-cólica y resección sigmoidea. En 2016

presenta cuadro de suboclusión intestinal que requirió ingreso realizándose ileocolonoscopia observándose la presencia de pseudopólipos abundantes alrededor de la anastomosis ileo-colónica con estenosis de la luz. Dicho cuadro se resolvió tras la toma de corticoides. En 2019 presenta cuadro suboclusivo repitiéndose la colonoscopia observando los pseudopólipos.

Se procedió a dilatación endoscópica con mejoría. A los 6 meses presenta nuevo cuadro suboclusivo por lo que se decide resección quirúrgica con buena evolución posterior.

Paciente 2: Varón de 32 años que ingresa por oclusión intestinal. En TAC AP se observa presencia de una lesión de crecimiento endofítico en colon derecho. Se completa estudio con colonoscopia observándose en fondo cecal, la mucosa de aspecto nodular-mamelonada con áreas ulceradas y aftas con patrón de superficie mucoso de aspecto edematizado que ocupa toda la circunferencia a descartar proceso inflamatorio vs neoplásico. La AP informa de pseudopólipos inflamatorios. El cuadro se resuelve de manera conservadora. Ante nuevo episodio suboclusivo se decide hemicolectomía derecha, dando la histología el diagnóstico de EC.

CONCLUSIONES

Los pseudopólipos gigantes son una complicación rara de la EII. Reciben dicho nombre si superan los 15 mm de tamaño. No se ha encontrado una relación con la duración ni con la severidad de la enfermedad. La mayoría de pólipos gigantes se desarrollan en colon transverso. En un 15% de los casos se manifiestan como obstrucción o pseudoobstrucción. En cuanto al tratamiento, en pacientes asintomáticos se opta por el tratamiento médico de la EII. En paciente sintomáticos, se requerirá un tratamiento endoscópico y, en caso de fracaso o de obstrucción intestinal se optará por el tratamiento quirúrgico.

39. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO RECTAL

P. Jiménez Martínez, A.M. Antolí Miró, A. Crespo Catalá, P. Calero Gozálviz, C. García Ródenas, A. Escudero Sanchís, L. Navarro López, C. Albert Antequera, F.J. Grau García, C. Amorós García
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) emergente en nuestro medio, causada por los serotipos L1, L2 y L3 de Chlamydia trachomatis. Es más frecuente en hombres con relaciones sexuales de riesgo. Cuando se adquiere por sexo anal produce proctitis, en la que se diferencian 3 estadios: a los 3-12 días aparece una úlcera única; a las 2-6 semanas un exudado mucopurulento, rectorragia y proctalgia, y puede asociar fiebre o artralgias; y si no se resuelve, se producen cambios inflamatorios crónicos que pueden provocar estenosis o fístulas.

OBJETIVOS

Recoger datos de pacientes de nuestra área con LGV rectal y realizar diagnóstico diferencial con otras patologías.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recogimos datos de pacientes diagnosticados de LGV rectal desde enero de 2021 a la actualidad.

RESULTADOS

Encontramos 6 pacientes, el 83% tenían VIH y el 100% había tenido alguna ETS. La mayoría consultaron por rectorragia. Uno tenía una úlcera única, otro una lesión pseudotumoral, y el resto úlceras múltiples. La anatomía patológica era inespecífica, con inflamación y tejido de granulación, y en todos se llegó al diagnóstico mediante PCR sobre muestra de mucosa rectal.

Es importante un buen diagnóstico diferencial ya que el LGV rectal puede confundirse con la proctitis inflamatoria o el cáncer colorrectal. A diferencia del cáncer colorrectal, tanto la proctitis inflamatoria como el LGV son más frecuentes en población joven. El LGV suele darse en hombres con sexo anal receptivo y VIH. La endoscopia en el LGV rectal puede hallar desde una mucosa mamelonada sugestiva de malignidad, hasta una mucosa edematosa, ulcerada o con granulomas y exudado mucopurulento, indistinguible de una enfermedad inflamatoria intestinal (EII). En estadios avanzados el LGV rectal puede desarrollar fístulas y estenosis similares a la enfermedad de Crohn. El estudio histológico puede orientar en el diagnóstico, pues la EII suele presentar inflamación en criptas y eosinofilia en mucosa, menos característicos del LGV rectal.

CONCLUSIONES

El LGV rectal puede confundirse con la EII y el cáncer colorrectal. Es importante sospecharlo, en especial si existen prácticas sexuales de riesgo, y solicitar estudio microbiológico sobre muestra de mucosa rectal para iniciar un tratamiento precoz que evite el desarrollo de complicaciones.

40. SÍNDROME DE BUDD-CHIARI, UNA CAUSA INFRECUENTE DE TRASPLANTE HEPÁTICO

C. Sánchez Cano, E. Uclés Ramada, I. Conde Amiel, M.V. Aguilera

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

Varón de 71 años sin antecedentes relevantes ni hábitos tóxicos que ingresa por alteración de las pruebas de función hepática, descompensación hidrópica y encefalopatía hepática (EH), con hallazgos radiológicos de cirrosis hepática (MELD 24; MELD Na 30; Child-Pugh C12).

OBJETIVOS

Exponer el caso de un paciente que ingresa por cirrosis descompensada de novo, las pruebas diagnósticas realizadas para hallar su etiología y la evolución posterior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se lleva a cabo el estudio etiológico de hepatopatía con serología de hepatitis víricas, autoinmunidad y metabolismo férrico, que resultan normales. Analíticamente destaca poliglobulia (Hemoglobina 18 g/dl) y, en la resonancia magnética hepática, hipertrofia del lóbulo

caudado, aspecto filiforme de la vena cava intrahepática y ausencia de relleno de las venas suprahepáticas; así como varices esofágicas grandes en la gastroscopia.

RESULTADOS

Los datos radiológicos sugieren un Síndrome de Budd-Chiari (SBC), por lo que se inicia anticoagulación. La poliglobulia sugiere que pueda existir una neoplasia mieloproliferativa crónica. Se solicita determinación de JAK-2 (mutación V617F positiva) y biopsia de médula ósea que confirma la existencia de una Policitemia Vera. Se inicia tratamiento con hidroxiurea. Ante la falta de mejoría clínica (ascitis con paracentesis de repetición) y analítica, se decide colocación de TIPS. Sin embargo, persiste deterioro analítico (MELD 21, MELD Na 24) y EH refractaria al tratamiento, por lo que finalmente se indica trasplante hepático (TH).

CONCLUSIONES

El SBC es una entidad rara y heterogénea en cuanto a etiología, presentación clínica y manejo terapéutico. Su asociación con estados de hipercoagulabilidad es frecuente, siendo las neoplasias mieloproliferativas la causa principal de su desarrollo. La presentación aguda puede evolucionar a insuficiencia hepática aguda grave y precisa iniciar precozmente medidas terapéuticas que se implementarán de forma escalonada según la respuesta al tratamiento (anticoagulación, TIPS, TH). En nuestro caso, la edad avanzada y la presencia de cirrosis descompensada pudo contribuir a la ausencia de respuesta a la anticoagulación y a la colocación de TIPS.

41. HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A INFILTRACIÓN INTESTINAL POR MIELOMA MÚLTIPLE

A.I. Montoya Filardi, C. Pérez Rivarés, J.M. Huguet Malavés, E. Guillén Botaya, A. Fernández Soro, I. Pérez Álvarez, J. Gutiérrez Basoa, M. Gil Rodríguez, M. Beceiro Castillo, A. Buxaus Ventura, P. Jarque Macián, J. Sempere García-Argüelles

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva es muy amplio, desde las formas más habituales hasta las causas más raras que con frecuencia suelen pasar inadvertidas, requiriendo de un estudio en profundidad y una alta sospecha clínica para ser detectadas.

Dentro de estos casos poco comunes encontramos la infiltración intestinal por mieloma múltiple. Se trata de una forma atípica de presentación, en la que las células plasmáticas malignas infiltran tejidos fuera de la médula ósea, siendo la localización gastrointestinal poco habitual.

CASO CLÍNICO

Mujer de 81 años con antecedentes de mieloma múltiple en tratamiento de mantenimiento con daratumumab y bortezomib. Ingresó en nuestro servicio por rectorragia con anemia grave. Inicialmente se realizan gastroscopia, con evidencia de gastritis crónica, y colonoscopia, que muestra diverticulosis y hemorroides sin signos de complicación. Se amplía el estudio con

videocápsula endoscópica, observando en duodeno distal una tumoración ulcerada de aspecto maligno con sangrado activo.

Dada la persistencia de la hemorragia, se decide intervención quirúrgica urgente. A través de laparotomía exploradora se evidencia a nivel yeyunal una tumoración compatible con la descripción previa, así como otra lesión de las mismas características en íleon proximal, procediendo a la resección de ambos segmentos afectados.

El análisis histológico de los fragmentos intestinales obtenidos muestra infiltración por mieloma múltiple, con áreas de desdiferenciación plasmablástica y restricción de cadenas ligeras kappa.

CONCLUSIONES

Tras descartar las causas de hemorragia digestiva más habituales, en enfermedades hematológicas como el mieloma múltiple, la afectación gastrointestinal es un evento conocido aunque poco frecuente. Son diversos los mecanismos por los que se puede afectar el tubo digestivo en esta patología, con un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Es importante en estos casos ampliar las pruebas complementarias y el análisis histológico, siendo crucial un abordaje multidisciplinar para el manejo óptimo de cada paciente.

42. VACSTENT COMO TRATAMIENTO DE UNA FUGA DE LA ANASTOMOSIS ESOFAGOGÁSTRICA

E. Uclés Ramada, C. Sánchez Cano, V. Lorenzo-Zúñiga García, M. Bustamante Balén, L. Argüello Viúdez, N. Alonso Lázaro, M. García Campos, C. Satorres Paniagua, P. López Muñoz, V. Pons Beltrán

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La fuga anastomótica es la principal complicación de la cirugía esofagogástrica. Las técnicas endoscópicas de vacío con EsoSponge han demostrado su eficacia en estos pacientes. VACStent es otra opción novedosa de la que existe poca experiencia.

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA

VACStent es un sistema que combina un stent de 70mm de longitud, recubierto y autoexpandible, que en su parte externa presenta una esponja cilíndrica de 50mm de longitud unida a un sistema de vacío. El interior del stent ofrece una luz de 12mm de diámetro. La colocación del sistema VACStent se realiza sobre un hilo guía colocada previamente por visión endoscópica. Puede estar guiada por fluoroscopia o con la ayuda de un endoscopio en paralelo.

Presentamos un caso de dehiscencia de anastomosis tras esofagectomía por neoplasia de cardias tratada inicialmente con EsoSponge, que requirió colocación de VACStent para su resolución.

CONCLUSIONES

VACStent es una técnica sencilla y efectiva que permite el cierre de las fugas anastomóticas y mantiene la permeabilidad esofágica.

43. CARACTERÍSTICAS ECOENDOSCÓPICAS DIFERENCIALES DE METÁSTASIS HEPÁTICAS SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO DE NEOPLASIA PANCRÉATICA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

J.M. Varela Fernández, R. Villagrasa Manzano, V. Sanchiz Soler, U. Fernández de Lapeña Echavarría, S. González Padilla, T. García Ballester, C. Gálvez Castillo, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

El cáncer de páncreas es una neoplasia cuyo histotipo más habitual es el adenocarcinoma ductal (80%), aunque puede derivar de otras estirpes como células glandulares acinares, neuroendocrinas o de tejido conjuntivo. La identificación de metástasis a distancia en el estudio de extensión no es infrecuente.

Se ha descrito que las características ecográficas de las metástasis hepáticas pueden variar en función del tipo histológico del tumor pancreático de origen. Presentamos dos casos clínicos en los que la ecoendoscopia resalta esta evidencia.

Mujer de 71 años, con hallazgo en TC de lesión en cuerpo pancreático y múltiples metástasis hepáticas de comportamiento hipervascular (figura 1), se le realiza ecoendoscopia que objetiva en cuerpo pancreático lesión sólida isoecogénica bien delimitada con aspecto polilobulado de 40 mm de diámetro máximo (figura 2) y en parénquima hepático múltiples lesiones redondeadas bien definidas hiperecogénicas compatibles con metástasis. El diagnóstico anatomopatológico es de tumor neuroendocrino.

Mujer de 77 años, con hallazgo en TC de masa hipodensa en cuerpo-cola pancreático y metástasis hepáticas, se le realiza ecoendoscopia que objetiva en cuerpo pancreático lesión hipocogénica bien diferenciada de 30 x 28 mm (figura 3) y en parénquima hepático múltiples lesiones redondeadas hipocogénicas (figura 4). El diagnóstico anatomopatológico es de adenocarcinoma ductal.

La ecoendoscopia tiene un importante papel en el diagnóstico y estadificación del cáncer de páncreas. Además, podría tener utilidad en la identificación precoz de subtipos de neoplasia pancreática de menor agresividad que el adenocarcinoma ductal (p.e. tumor neuroendocrino) según las características ecoendoscópicas de las metástasis hepáticas.

44. EVALUAR LOS FACTORES DE RIESGO DE LA RESECCIÓN DE LESIONES COLORRECTALES EN UNA AGENDA DE POLIPECTOMÍA AVANZADA

N. Sala Miquel, C. Mangas Sanjuán, J. Martínez Sempere, S. Baile Maxía, O. Belén Galipienso, A. Hurtado Soriano, F. Puchol Rodrigo, L. Bernal Luján, P. López Guillén, V. Moreno Torres, A. Tirado Escudero, J. Andreu Viseras, R. Jover Martínez

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN

La vía endoscópica constituye una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de lesiones colorrectales, siendo las resecciones incompletas, recidiva y sangrado las principales complicaciones asociadas.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de recidiva precoz tras tratamiento endoscópico de lesiones colorrectales en una agenda de polipectomía avanzada y analizar los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes de pacientes con lesiones colorrectales con tratamiento endoscópico entre 2018 y 2022 en un hospital terciario. Se recogieron datos sociodemográficos, de la lesión y anatomopatológicos, así como, datos técnicos de la colonoscopia.

RESULTADOS

Se incluyeron 252 lesiones (231 pacientes), de las que 157 (62,3%) correspondían a hombres. Del total de lesiones, 48 eran pólipos pediculados (19%), 29 pólipos sésiles (11,5%) y 175 lesiones LST (69,4%). De las lesiones LST, el 71% eran de tipo granular y el 39% no granulares. La mediana de tamaño fue 30mm y el 90,3% se clarificaron como NICE 2. El 55,2% se localizaban proximales a ángulo esplénico. Entre todos los pacientes que han completado el seguimiento en el momento actual (n=157), se ha detectado un 15,5% de recidiva (n=24), 23 en la primera revisión y 1 en la segunda. La mediana de tiempo hasta la recidiva fue 6 meses. Se analizó el sexo, edad, año del procedimiento, localización, histología de la lesión, clasificación de París y NICE, técnica de resección, tratamiento del margen y clasificación SMSA. El único factor que ha presentado una asociación estadísticamente significativa con el aumento de riesgo de recidiva es el tamaño $\geq 30\text{mm}$ (RR 2,7 IC95% 1,0-7,8), manteniendo la significación en el análisis multivariante.

CONCLUSIONES

La prevalencia de recidiva de lesiones colónicas extirpadas por vía endoscópica es baja. El único factor que mostró una asociación estadísticamente significativa con un aumento de riesgo de recidiva fue el tamaño de la lesión.

45. CARGA PSICOLÓGICA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

O. Belén Galipienso ¹, P. Bernabeu ¹, C. Van-der-Hofstadt ¹, A. Gutiérrez ¹, L. Madero Velázquez ¹, G. García del Castillo ², M.F. García Sepulcre ³, M. Aguas ⁴, P. Zapater ¹, J. Rodríguez-Marín ¹, M.T. Ruiz-Cantero ⁵, J.I. Cameo ¹, L. Bernal Lujan ¹, V. Moreno Torres ¹, N. Sala Miquel ¹, F.J. Puchol Rodrigo ¹, A. Tirado Escuder ¹, J.A. Andreu Viseras ¹, R. Jover ¹, L. Sempere ¹

1 Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, 2 Hospital General Universitario Sant Joan de Alacant, 3 Hospital General Universitario de Elche, 4 Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia, 5 Universidad de Alicante

OBJETIVO

Los factores psicológicos, como el estrés, la ansiedad y la depresión, se relacionan frecuentemente con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, pocos estudios han examinado estos factores en pacientes con diagnóstico reciente de EII. El objetivo de este estudio fue analizar la carga psicológica en pacientes recién diagnosticados de EII y los factores relacionados con dicha carga psicológica.

MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo, multicéntrico y observacional en pacientes con un diagnóstico reciente de EII (≤ 6 meses). Los pacientes fueron reclutados de cuatro hospitales españoles diferentes. Se recogieron las características clínicas y demográficas. Los pacientes fueron evaluados mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y el cuestionario de calidad de vida para pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (IBDQ-32).

RESULTADOS

Se incluyeron 156 pacientes con diagnóstico reciente de EII (69 mujeres; 80 con enfermedad de Crohn [EC] y 76 con colitis ulcerosa [CU]); con una edad media de 42,3 (DE 16,21) años. El 37,2% de los pacientes presentaba síntomas de ansiedad y el 17,3% síntomas de depresión. La calidad de vida se vio afectada en el 30,1% de los pacientes. Los factores relacionados con la ansiedad fueron ser mujer y presentar EC. El único factor relacionado con la depresión fue la presencia de comorbilidad. Ser mujer y haber sufrido acontecimientos vitales estresantes previos fueron factores relacionados con la afectación de la calidad de vida.

CONCLUSIONES

La ansiedad, la depresión y el deterioro de la calidad de vida son frecuentes en pacientes con diagnóstico reciente de EII. Esta afectación psicológica es mayor en las mujeres.

46. ESTENOSIS BILIAR POST-TRASPLANTE HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Sánchez Serrano, R. Villagrasa Manzano, V. Sanchiz Soler, C. Abril García, P. Lluch García, P. Poyatos García, V. Merino Murgui, S. Gozález Padilla, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La técnica inicial de elección para el diagnóstico de las estenosis biliares es la CPRE (sensibilidad de la citología por cepillado: 50%). La colangioscopia permite la visión directa de la estenosis y la valoración de sus características y patrón mucoso, lo que ayuda a filiar su naturaleza y facilita la toma de biopsias dirigidas.

ENDOSCOPIA

Mujer de 63 años con antecedente de trasplante hepático en contexto de hepatitis tóxica. Se realiza TC para seguimiento de tuberculosis residual con hallazgo incidental de lesión nodular en colédoco.

La ecoendoscopia muestra un colédoco de 10 mm a nivel de hilio hepático. A 1,5 cm de este se aprecia, ocupando prácticamente la totalidad de la luz del colédoco una lesión hipocogénica y heterogénea de 13x8 mm, con posterior normalización de su calibre. PAAF: células biliares sin atipias.

Se lleva a cabo CPRE que evidencia una estenosis corta y regular en tercio proximal del colédoco con dilatación retrógrada de hepático común y discreta dilatación de la vía intrahepática bilateral. Colédoco distal de calibre normal. Con la colangioscopia Spyglass® se observa una estenosis regular, concéntrica y de aspecto fibrótico sin alteraciones del patrón mucoso. Cepillado y biopsias: ausencia de células malignas. Se realiza dilatación neumática con balón y se coloca prótesis biliar de plástico.

Ante estenosis benigna de anastomosis biliar post-trasplante hepático se inicia tratamiento mediante CPRE periódicas (dilatación y colocación de prótesis plásticas).

CONCLUSIONES

En la caracterización de las estenosis biliares post-trasplante hepático las técnicas de imagen (TC, ecoendoscopia y CPRE) son útiles, pero tienen limitaciones para filiar su naturaleza. La colangioscopia es muy útil y segura, y permite la visualización directa de la morfología y patrón mucoso, en aquellas estenosis cuya naturaleza no se ha filiado a pesar de las exploraciones descritas.

47. LITIASIS INTRADUCTAL QUE SÍMULA UN COLANGIOMIOMA. UTILIDAD DEL SPYGLASS

T. García Ballester, J. Sánchez Serrano, P. Poyatos García, J.M. Varela, U. Fernández de Lapeña Echevarría, M. Brosel, R. Villagrasa Manzano, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno
Hospital Clínico Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) es la técnica de elección en manejo de patología biliar, aunque con limitaciones en la caracterización de lesiones biliares

indeterminadas y tratamiento de litiasis biliares complejas. Colangioscopia mediante sistema Spyglass ha supuesto un gran avance.

CASO

Mujer de 74 años con dolor abdominal biliopancreático y cuadro constitucional de un año de evolución. TC abdominal: dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda (VBII) sugestivo de colangiocarcinoma.

Ecoendoscopia: dilatación de VBII con múltiples litiasis de 2-4mm, sin dilatación de colédoco ni coledocolitiasis.

ColangioRM: dilatación marcada de VBII de morfología irregular sugestiva de colangiocarcinoma (imagen 1 y 2).

CPRE: dilatación de VBII y sus ramas secundarias con defectos de repleción en su interior. Vía intrahepática derecha y colédoco de calibre normal.

Colangioscopia mediante Spyglass®: hepatolitiasis > 10 mm en hepático izquierdo principal. Se realiza litotricia electro-hidráulica y limpieza con balón, con extracción de litiasis sin evidenciar estenosis ni alteraciones en patrón mucoso.

ColangioRM posterior: persiste sospecha de colangiocarcinoma. Se realiza CPRE y Spyglass® con múltiples limpiezas con balón accediendo hasta segunda bifurcación de VBII, sin objetivar estenosis ni lesión en mucosa biliar.

En comité de tumores ante persistencia de sospecha de colangiocarcinoma en ColangioRM se decide colecistectomía y hepatectomía de segmentos II y III laparoscópica. Histología: litiasis intrahepática (imagen 3 y 4).

CONCLUSIÓN

La visión directa con biopsias dirigidas con colangioscopia mediante Spyglass es un método fiable y efectivo para el diagnóstico etiológico de las lesiones biliares indeterminadas, incluso aunque haya discordancia con otras pruebas de imagen (TC y RM).

48. TERAPIA DUAL CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y/O INHIBIDORES DE JAK EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA

J. Torrente Sánchez, J.M. Paredes Arquiola, M. Sáez Bello, A.A. Pérez Ibáñez, A. Voces Cabaleiro, J.R. Lorente Montoro, S. Albert Palomares, M. Fquihi, E. Peiró García, A. Rabadán Mata

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es complejo por la pérdida de respuesta a los fármacos disponibles. Por ello es necesario abordar nuevos enfoques terapéuticos como la terapia dual.

OBJETIVO

Evaluar la efectividad y seguridad de la terapia dual con fármacos biológicos (FB) y/o inhibidores de JAK (iJAK) en EII.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional retrospectivo realizado en un hospital terciario en 2022. Se incluyeron pacientes con colitis ulcerosa (CU) o enfermedad de Crohn (EC) tratados con combinación de FB o FB/iJAK. Tras 12 semanas de tratamiento, la efectividad se valoró como respuesta clínica (reducción de índice Mayo / Harvey Bradshaw ≥ 3 puntos) y bioquímica (calprotectina < 15 mcg/g y proteína C reactiva < 5 mg/L). La seguridad se valoró según la incidencia de reacciones adversas registradas en la historia clínica. Las variables cuantitativas se expresaron en mediana y rango intercuartílico (RIQ); las cualitativas en frecuencia absoluta y relativa.

RESULTADOS

Se incluyeron 5 pacientes (3 mujeres) de 44 años (RIQ 10), 3 con EC y 2 con CU, diagnosticados hace 9,8 años (RIQ 2,6). 5/5 recibieron corticoides orales (CSO) y 4/5 mesalazina (MSZ). 5/5 pacientes recibieron tratamiento previo con adalimumab (ADA), 4/5 infliximab (IFX), 4/5 ustekinumab (UTK), 4/5 vedolizumab (VDZ), 1/5 golimumab (GLM), 1/5 tofacitinib (TFC) y 1/5 filgotinib (FGT) tras 4 (RIQ 1) líneas de tratamiento previo.

La prevalencia de pacientes con terapia dual fue del 1,4%. El tratamiento se inició en monoterapia con VDZ (2/5), FGT (2/5) y ADA (1/5). Tras fallo secundario con 24,4 semanas en tratamiento (RIQ 41) se añadió un FB o iJAK. La terapia dual se utilizó en 2ª (1/5), 5ª (2/5), 6ª (1/5) y 10ª (1/5) línea de tratamiento. Las combinaciones fueron: VDZ/UTK (2/5), UTK/ADA (1/5), FGT/VDZ (1/5) y FGT/GLM (1/5). Dos pacientes requirieron asociar MSZ, tacrolimus y CSO.

La mediana de seguimiento fue de 6,8 meses (RIQ 6,5). 4/5 alcanzaron respuesta clínica y bioquímica. Un paciente requirió cambio de tratamiento a upadacitinib por falta de repuesta tras 7 semanas de tratamiento dual. No se registraron reacciones adversas.

CONCLUSIÓN

La terapia dual tiene utilidad en pacientes tras fallo secundario a varias líneas de FB/iJAK en monoterapia. Requiere un seguimiento individualizado para garantizar la efectividad y seguridad del tratamiento.

49. ENDOSCOPIA ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE PÓLIPOS DE COLON EN EL CRIBADO DEL CÁNCER COLORRECTAL. REVISIÓN SISTEMÁTICA

A.M. Domínguez Carral ¹, M. Hernán Sanz ¹, L. Pretel Vicea ¹, A. López-Serrano ²

1 Universitat de Valencia, 2 Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente. La colonoscopia es la prueba

de referencia en programas de cribado, reduciendo la incidencia de CCR y la mortalidad. La colonoscopia es una prueba con limitaciones, como la variabilidad interprofesional. Se han llevado a cabo estrategias para mejorar la calidad de la colonoscopia y reducir la dependencia del operador, como el desarrollo de la inteligencia artificial (IA).

OBJETIVO

Revisión sistemática cualitativa acerca de la utilidad de los sistemas de IA en la colonoscopia para mejorar la capacidad diagnóstica del CCR y de las lesiones premalignas en los programas de cribado poblacional en la población de riesgo medio.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas o metaanálisis publicados en bases de datos entre 2013 y marzo de 2023 que comparen la detección de pólipos y adenomas entre la colonoscopia asistida por IA y la colonoscopia de rutina. Palabras clave: “colonoscopy”, “endoscopy”, “colonic polyps”, “artificial intelligence”, “machine learning”, “deep learning”, “neural networks, computer”, combinándolas con los operadores booleanos “and” y “or”.

RESULTADO

De 33 estudios identificados se han seleccionado 15 artículos. La IA contribuye a aumentar la detección de pólipos, especialmente los menores de 10 mm y las lesiones planas. Mejora la detección de lesiones sésiles serradas. No mejora la detección de adenomas avanzados. Los endoscopistas con altas tasas de detección de adenomas se benefician menos del uso de IA. No es posible determinar si el tiempo de retirada de la colonoscopia se ve modificado por la IA.

CONCLUSIONES

Los sistemas de IA aumentan la detección de pólipos colónicos. Suponen una tecnología complementaria a la colonoscopia de rutina. Además, la detección de lesiones con IA se ve poco afectada por factores como localización, tamaño o morfología.

50. LA CROMOENDOSCOPIA VIRTUAL PARA LA DETECCIÓN DE DISPLASIAS DE COLON EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE LARGA EVOLUCIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA

L. Pretel Vicea ¹, M. Hernán Sanz ¹, A.M. Domínguez Carral ¹, A. López-Serrano ²

1 Universitat de Valencia, 2 Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) de colon tienen un mayor riesgo de cáncer colorrectal (CCR). Se recomienda realizar colonoscopias de vigilancia. El Consenso SCENIC propuso la cromoendoscopia con colorante (CEC) con biopsias dirigidas como técnica más eficaz para la detección de displasias en estos pacientes.

OBJETIVO

Revisión sistemática cualitativa acerca de la cromoendoscopia virtual (CEV) como método de cribado de displasias en pacientes con EII de colon.

MATERIAL Y MÉTODO

Ensayos clínicos, estudios comparativos, estudios cruzados, estudios casos-controles, revisiones sistemáticas y metaanálisis publicados entre los años 2013 y marzo de 2023 que comparan la CEC con la CEV analizando número de lesiones displásicas detectadas y número de pacientes con al menos una lesión displásica. Además, tiempo de exploración, factores relacionados con displasia, preferencias del paciente y coste de los procedimientos. Se han utilizado las palabras clave “inflammatory bowel disease”, “colitis, ulcerative”, “Crohn disease”, “colitis-associated neoplasms”, “colorectal neoplasms”, “indigo carmine”, “methylene blue”, “coloring agents”, “colonoscopy”, “endoscopy”, “narrow band imaging”, “image enhancement” “autofluorescence imaging”, “FICE”, “dye-based chromoendoscopy”, “virtual chromoendoscopy, combinándolas con los operadores booleanos “and” y “or”.

RESULTADOS

De 141 estudios identificados se han seleccionado 12 artículos. CEC y CEV tienen una capacidad similar de detección de displasias. CEV se asocia a un menor tiempo de exploración. Factores predictores de displasia: edad del paciente, patrón de criptas de Kudo y localización de las lesiones en el colon derecho. CEV es la técnica preferida por los pacientes y se asocia a un menor coste.

CONCLUSIONES

La CEV es una forma válida de vigilancia colonoscópica en pacientes con EII con afectación colónica de larga duración, con resultados similares a los obtenidos por CEC en cuanto al rendimiento diagnóstico y superiores en cuanto al tiempo de exploración.

51. ENDOSCOPIA ASISTIDA POR INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL ESÓFAGO DE BARRETT Y SU PROGRESIÓN. REVISIÓN SISTEMÁTICA

M. Hernán Sanz ¹, L. Pretel Vicea ¹, A.M. Domínguez Carral ¹, A. López-Serrano ²

1 Universitat de Valencia, 2 Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

La incidencia del adenocarcinoma de esófago (AE) está aumentando. El esófago de Barrett (EB) es el principal factor de riesgo para su desarrollo. Las técnicas actuales de detección y seguimiento del EB y del AE precoz son poco efectivas. En este contexto, se propone la aplicación de sistemas de Inteligencia Artificial (IA).

OBJETIVO

Recopilación de la evidencia científica respecto al empleo de sistemas de IA como método de detección precoz del EB y su progresión hacia displasia y AE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión Sistemática cualitativa en bases de datos mediante las palabras clave “Barrett esophagus”, “artificial intelligence”, “endoscopy”, “deep learning”, “machine learning”, “early diagnosis”, “convolutional neural network” y con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Se han incluido metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios cruzados aleatorizados y estudios piloto, publicados entre 2018 y marzo de 2023, en inglés y/o español. Total 108 estudios identificados, se descartan 98 por duplicación o por no cumplir los criterios de selección establecidos; finalmente, 10 artículos analizados.

RESULTADOS

Resultados favorables hacia la utilización de endoscopia asistida por IA para la detección de: alcance del EB, displasia de bajo y de alto grado y aparición de neoplasia precoz, siendo también capaz de detectar la localización idónea para la toma de biopsias dirigidas. Además, el rendimiento ofrecido por estos sistemas supera al de los endoscopistas con poca experiencia en la valoración del EB en términos de sensibilidad, especificidad y tiempo de análisis e interpretación de imágenes endoscópicas.

CONCLUSIONES

La endoscopia asistida por IA como método de detección precoz del EB y su progresión hacia displasia y AE presenta resultados prometedores, pero resulta necesario llevar a cabo más estudios con un diseño adecuado y que se lleven a cabo en un entorno similar al de la práctica clínica diaria.

52. APLICACIÓN DE LA PRESENCIA DEL ALELO HLA^{DQ1}*A5 A LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (PROGRAMA POHLAR). RESULTADOS INICIALES

J.R. Lorente Montoro, M. Fquihi, J. Torrente Sánchez, A.A. Pérez Ibáñez, C. Asencio Muñoz, A. Voces Cabaleiro, S. Albert Palomares, P. Latorre Añó, N. Moreno Sánchez, J.M. Paredes Arquiola
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

Recientemente, un elevado interés se ha mostrado en la determinación de los portadores del HLA^{DQ1}*A5 por el riesgo de desarrollar inmunogenicidad a fármacos anti factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Sin embargo, su aplicación a la práctica clínica habitual aún no se ha llevado a cabo de forma completa. El programa Pohlar financiado por Janssen permite la determinación de este marcador en saliva.

OBJETIVO

Describir la aplicación de la determinación de los portadores del alelo HLA^{DQ1}*A5 en la atención a los pacientes con EII en la práctica clínica diaria en una unidad de EII (U-EII).

MÉTODO

Estudio prospectivo y descriptivo. Recoge las indicaciones utilizadas para la determinación del HLA-DQ1*A5, descripción de la población en la que se ha determinado, los resultados del test y las decisiones clínicas en base a dicha determinación.

RESULTADOS

Entre marzo y julio de 2023, en una cohorte de 1.200 pacientes atendidos en una U-EII, se ha determinado la presencia del HLA-DQ1*A5 a 65 pacientes (55,4% mujeres; edad media 44, 43 años con desviación estándar de 13,3 años). Las indicaciones para realizar el test fueron: inicio tratamiento anti-TNF (33,8%), optimizar del tratamiento combinado (30,8%) y en casos de niveles séricos de fármaco bajo sin detectarse anticuerpos frente al fármaco, bien ante su determinación de forma proactiva (21,5%) o ante la pérdida de respuesta clínica (13,8%).

Se detectaron 34 (52,3%) pacientes positivos, 23 (35,4%) negativos y en 8 (12,3%) pacientes la muestra no fue analizable. Con los resultados del HLA-DQ1*A5 las decisiones de mayor relevancia clínica fueron: forma de iniciar al tratamiento con combo 6 (9,2%) pacientes o anti-TNF en monoterapia 10 (15,4%); no desintensificar el tratamiento combinado en 17 (26,2%); cambiar a otra familia de biológico 10 (15,4%) y añadir un inmunosupresor al tratamiento de mantenimiento en 6 (9,2%) pacientes.

CONCLUSIONES

La determinación de HLA-DQ1*A5 permite tomar decisiones relevantes en la práctica clínica diaria. Estudios longitudinales son necesarios para determinar la eficacia de estas decisiones.

53. LA CURACIÓN TRANSMURAL ECOGRÁFICA SE CORRELACIONA CON LOS NIVELES SÉRICOS DE ANTI-TNF EN LA ENFERMEDAD DE CROHN SÓLO A CORTO PLAZO

J.R. Lorente Montoro, A. Voces Cabaleiro, J. Torrente Sánchez, A.A. Pérez Ibáñez, S. Albert Palomares, M. Fquihi, E. Peiró, A. Rabadán, J.M. Paredes Arquiola

Hospital Universitari Doctor Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

Los fármacos anti-TNF han revolucionado el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) y han establecido nuevos objetivos de tratamiento. Se ha establecido correlación entre mayores niveles séricos de anti-TNF y la curación mucosa, pero la asociación entre estos niveles y la curación transmural ecográfico no está claramente definida.

OBJETIVOS

Evaluar la correlación entre la concentración sérica de anti-TNF y la curación transmural ecográfica en pacientes con EC en diferentes momentos del seguimiento de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo transversal que incluye a todos los pacientes con EC y tratamiento con anti-TNF de nuestro centro. Se realizó ecografía intestinal antes del inicio del tratamiento y para monitorización de la respuesta. Se compararon los niveles de anti-TNF entre los pacientes que presentaban curación transmural y los que no la presentaban en diferentes momentos de tiempo.

RESULTADOS

Se incluyeron 126 pacientes, 34 (27%) con infliximab y 92 (73%) con adalimumab. Todos los pacientes mostraban una ecografía basal pre-tratamiento alterada; en la ecografía de monitorización, 50 (39.7%) mostraron curación transmural. En los pacientes en el primer año de tratamiento, en los pacientes con curación transmural se detectaron niveles mayores de anti-TNF que en aquellos que no alcanzaron la curación transmural (12.0 µg/mL y 8.9 µg/mL, respectivamente; $p= 0.03$). En los pacientes que habían recibido tratamiento durante más de un año, no se observaron asociaciones entre los niveles de fármaco y la curación transmural.

CONCLUSIONES

Durante el primer año de tratamiento con anti-TNF, unos niveles más altos del fármaco se asociaron con la curación transmural; esta correlación no se encontró después de un año de tratamiento.

54. EL PAPEL DEL BCLC Y LA ALFA-FETOPROTEÍNA EN EL DIAGNÓSTICO DEL HEPATOCARCINOMA

A. Crespo Catalá, P. Calero Gozálviz, A.M. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, C. García Ródenas, M.P. Ríos Peset, L. Durbán Serrano, S. Chimenó Hernández, C. Gisbert Moya, S. Benlloch Pérez
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

La clasificación BCLC es una herramienta pronóstica sencilla que permite estadiar y establecer una recomendación terapéutica. El papel de la alfa-fetoproteína (AFP) es un biomarcador controvertido en el diagnóstico del hepatocarcinoma (CHC).

OBJETIVO

El objetivo principal fue analizar si existen diferencias en el BCLC de los pacientes diagnosticados durante el seguimiento frente a aquellos diagnosticados de novo. También analizamos el papel de la AFP al diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio de cohortes observacional, analítico y retrospectivo de pacientes con CHC diagnosticados en el Hospital Arnau de Vilanova de Valencia desde enero de 2018 hasta agosto de 2023.

RESULTADOS

Se incluyeron 124 pacientes con CHC (82,3% hombres vs 17,7% mujeres). La mediana de edad fue de 68 años (RIQ 60-75). En nuestra cohorte, la mayoría (53,2%) fueron diagnosticados durante el seguimiento y un 46,8% fueron diagnosticados como debut, sin hepatopatía diagnosticada previamente. Comparando entre estos dos grupos, el BCLC fue más avanzado en aquellos pacientes sin hepatopatía conocida (p-valor <0.001). No hubo diferencias en el BCLC según la etiología del CHC (p-valor 0,209).

De los 124 enfermos, se evaluó la AFP en 121 de ellos, siendo la mediana de 7,8 (RIQ 3,5-104). Dado que los valores de la AFP seguían una distribución asimétrica, se realizaron 3 grupos (<10, 10-400, >400). Así, se obtuvieron diferencias en los valores de AFP entre los distintos estadios de BCLC (p-valor 0,018); así como entre los diagnosticados bajo el screening frente a aquellos con un diagnóstico de novo (p-valor 0,049).

CONCLUSIÓN

- Los pacientes que siguen el programa de cribado mediante ecografía semestral son identificados en estadios más precoces cuando se desarrolla CHC. Es importante fomentar la adherencia de los pacientes a los programas de cribado.
- Aunque en la literatura se han descrito estadios BCLC más avanzados para etiologías como el NAFLD, no encontramos diferencias significativas. Hacen falta estudios de mayor tamaño para encontrar significación estadística.
- Niveles elevados de AFP al diagnóstico se relacionan con un estadio BCLC más avanzado. No obstante, hay que tener en cuenta que la tendencia o evolución de la AFP tiene mayor valor clínico que un valor aislado de AFP.

55. PERSISTENCIA A DOS AÑOS TRAS EL CAMBIO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

I. Pérez ¹, A. Fernández ¹, M. Iborra ², L. Martí ³, M.M. Boscá-Watts ⁴, J.J. Ramírez ⁵, L. Sanchís ⁶, J.M. Paredes ⁷, A. Garrido ², L. Ruiz ¹, G. Alemany ⁸, C. Suria ⁴, P. Nos ², J.M. Huguet ¹

1 Hospital General Universitario de Valencia, 2 Hospital Universitari y Politènic la Fe, Valencia, 3 Hospital Francesc Borja de Gandia, Valencia, 4 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 5 Hospital Lluís Alcanyis de Xativa, Valencia, 6 Hospital de Sagunto, Valencia, 7 Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, 8 Hospital Francesc Borja de Gandia, 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), sin embargo no disponemos de datos a largo plazo de su uso.

OBJETIVO

Evaluar persistencia, la eficacia y seguridad a dos años del cambio a IFX SC.

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, datos analíticos, niveles plasmáticos valle del fármaco y eventos adversos. Se compararon los resultados basales con los resultados en semana 108 tras el inicio de CT-P13 SC. Se evaluó la persistencia del fármaco a los dos años y el motivo de su retirada/perdida de seguimiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 41 pacientes. En dosificación intensificada 24 y 17 en dosificación estándar (5 mg/kg cada 8 semanas). El 51 % eran hombres, la media de edad fue de 40,8 años. El 63.4 % (n = 26) 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 0.17 mg/dL] y la semana 108 [mediana 0.3 mg/dL]. El valor de calprotectina fecal mediana se mantuvo <200 ug/mg entre las determinaciones basal y a los 24 meses. No hubo cambios en los índices clínicos. Se objetivó un incremento marcado de la media de los niveles de fármaco tras el cambio a la formulación SC a las 108 semanas (6,8 vs 12.3; $p < 0,001$). El 46% de los pacientes estaban en tratamiento inmunosupresor asociado en el momento del cambio, de ellos el 52% lo habían retirado a los 2 años. La persistencia del tratamiento a 2 años fue del 85% (se retiró el tratamiento en 1 paciente por pérdida de eficacia). Solo hubo 3 eventos adversos todos ellos leves.

CONCLUSIONES

La persistencia del fármaco a 2 años fue del 85%. El switch de IFX IV a IFX SC mantiene la remisión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a los 2 años de seguimiento. Niveles de IFX más altos a pesar de retirar el inmunosupresor en más del 50% de los pacientes. Realizar el switch de IFX IV a IFX SC es seguro en la EI.

56. TRASPLANTE DE MÉDULA COMO TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN RESISTENTE A LA TERAPIA CONVENCIONAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Arguménez, A. Mínguez, G. Bastida, M. Iborra, M. Aguas, P. Ripoll, E. Cerrillo, A. Garrido, I. Terol, S. García García, P. Nos

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

ANTECEDENTES

El trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) es ampliamente usado en enfermedades hematológicas. En la última década ha ganado atención en el tratamiento de enfermedades autoinmunes refractarias. La enfermedad de Crohn (EC) es una enfermedad inflamatoria intestinal que provoca una inflamación transmural que potencialmente afecta todas las partes del tracto gastrointestinal. A pesar de mejorar las opciones terapéuticas, algunos pacientes son refractarios a todas las líneas de terapia disponibles. Junto con la cirugía, el TCMH podría ser una alternativa de tratamiento razonable para los pacientes con EC refractaria.

OBJETIVO

Describir un caso clínico tratado con trasplante de médula como terapia de su EC refractaria al tratamiento médico convencional.

MATERIAL Y MÉTODO

Hombre de 50 años en seguimiento, por EC, en nuestro centro, desde finales de 2018, valorado para trasplante de médula por ausencia de respuesta al tratamiento médico.

RESULTADOS

El paciente fue diagnosticado de EC en 2007 (A2L1B3). Desde el diagnóstico, tratado con Azatioprina y Metrotexato como inmunosupresores, y más tarde con terapia antiTNF, que se suspende por pérdida de eficacia. Preciso de resección ileo-cecal en 2009 y una reintervención sobre la anastomosis en 2010. Desde junio de 2017 el paciente ha sido tratado con los múltiples biológicos disponibles, en monoterapia y terapia combinada, sin respuesta a estos, persistiendo clínica de dolor abdominal, 10-12 deposiciones diarias, urgencia, rectorragia, y CF de 346 μ g/g. Dada la refractariedad al tratamiento convencional, finalmente, en julio de 2023 se decide autotrasplante de progenitores hematopoyéticos de sangre periférica (ATSP). Tras el trasplante, el paciente presentó pancitopenia marcada con requerimiento de transfusión de hematíes y plaquetas. El día +13 presenta pico febril en relación con síndrome de injerto que se resuelve con inicio de corticoterapia.

Mes y medio tras el trasplante el paciente refiere una gran mejoría clínica, haciendo 4-5 deposiciones diarias, sin sangre, y sin haber vuelto a presentar síntomas abdominales, con normalización de la CF.

CONCLUSIÓN

La terapia celular puede jugar un papel importante en el tratamiento de la EC resistente al tratamiento convencional. Dado que no está exenta de riesgo, es importante hacer una correcta valoración para la adecuada selección de pacientes.

57. A PROPÓSITO DE UN CASO: BULEVIRTIDE COMO TRATAMIENTO DE LA COINFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS DELTA

C. García Ródenas, A. Crespo Catalá, A.M. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, M. Ríos Peset, L. Durbán Serrano, M.C. Gisbert Moya, S. Benlloch Pérez

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

La prevalencia mundial de la hepatitis crónica por el virus de la hepatitis delta (VHD) se sitúa en torno a 12-20 millones, lo que supone un 5% de infección por VHD entre los pacientes con hepatitis B (VHB). Este último porcentaje coincide con la prevalencia de infección por VHD en España. Se trata de la forma más agresiva de hepatitis viral, siendo durante mucho tiempo el interferón alfa pegilado (Peg-IFN α 2a) el único tratamiento aprobado para su uso. Recientemente, han aparecido nuevos tratamientos como el agente inhibidor de la entrada, Bulevirtide (BLV), demostrando buenas tasas de supresión de replicación del VHD en ensayos clínicos actualmente en fase II-III. Sin embargo, hasta el momento la experiencia con BLV es escasa.

OBJETIVOS

Compartir la experiencia clínica en el tratamiento de la coinfección por VHD con BLV.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción retrospectiva de datos extraídos a partir de la historia clínica informatizada de una paciente en seguimiento en las consultas externas (CCEE) del Servicio de Enfermedades Infecciosas.

RESULTADOS

Mujer de 49 años, natural de Rusia y ex-usuaria de drogas por vía parenteral, coinfectada por VHB/VHD y afectada de cirrosis hepática grado Child A. En tratamiento con Peg-IFN α 2a desde enero de 2018 a noviembre de 2021. Estudios complementarios de control durante el seguimiento con ecografía abdominal y resonancia magnética hepática normales, elastografía hepática con valor F4S2 (29.7 Kpa) y serología con ARN-VHD 320.000 copias/mL, log VHD 7,01. Ante carga viral elevada, aparición de pancitopenia y síndrome gripal persistente como efectos secundarios, se sustituye interferón por Bulevirtide. Actualmente, la paciente lleva 24 meses con BLV. Ha alcanzado una carga viral indetectable de VHB (<20 UI/mL) y de ARN-VHD (<1.000 copias/mL), una buena tolerancia clínica que ha favorecido la adherencia terapéutica, además de una importante mejoría del índice de elasticidad hepática con valor F3S0 (10.4 Kpa) en el último control.

CONCLUSIONES

Consideramos que BLV abre nuevas ventanas terapéuticas en el tratamiento de pacientes coinfectados por VHD.

Nuestra experiencia con BLV resulta satisfactoria tras mostrar un buen perfil de seguridad y

conseguir una tasa de supresión de replicación del VHD adecuada y una mejoría del índice de fibrosis hepática.

58. ANÁLISIS DE LAS VÍAS DE ACCESO Y DE LA IMPLEMENTACIÓN DE BÚSQUEDA ACTIVA DE PACIENTES CANDIDATOS A RECIBIR TRATAMIENTO PARA ELIMINAR LA HEPATITIS CRÓNICA C EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

A. Bono ¹, E. Silgo ², L. Martínez ², C. Calvo ², C. Vinaixa ², M. Berenguer ², V. Aguilera ²

1 Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia, 2 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la OMS es eliminar la hepatitis C(VHC) en 2030. Se estima que existe un número elevado de pacientes pendientes de recibir tratamiento antiviral(TAV). Estrategias cómo la búsqueda activa tras revisión de bases de datos de pacientes perdidos por el sistema (PPS), la implementación de alertas desde microbiología o la difusión de información intrahospitalaria, en Centros de Atención Primaria y en servicios de alta prevalencia (Urgencias o Salud Mental), han demostrado ser eficaces para identificar candidatos a recibir TAV.

OBJETIVOS

Revisar los métodos de detección y derivación de pacientes con VHC y evaluar la eficacia de las estrategias establecidas en el último año para alcanzar la eliminación del VHC. Las estrategias implementadas y revisadas han sido: (1) finalizar la búsqueda activa de PPS que no han recibido tratamiento (Proyecto RELINK-C) de los años 2010 a 2014, (2) implementar un sistema de alertas desde el servicio de microbiología y (3) revisar los casos que han llegado a través de interconsulta (IC) habitual por médico de atención primaria(MAP) o intrahospitalaria (10/2022-10/2023).

PACIENTES Y MÉTODOS

Para la primera estrategia, se completó la búsqueda activa de potenciales PPS a través de las bases de datos de microbiología entre 2010-14; para la segunda, se estableció un sistema de aviso que permite comunicación directa desde microbiología y remitir a pacientes virémicos y las IC se citaron de forma habitual desde los diferentes servicios hospitalarios y MAP. RESULTADOS: (1) De 190 PPS, se localizó al 68%. Tras contactar con los pacientes, 42 aceptaron pruebas y 17 resultaron virémicos. (2) A través del sistema de alertas se han remitido a consulta 12 pacientes y (3) a través de IC se han remitido a 34 pacientes, todos ellos, candidatos a recibir TAV. La procedencia de los pacientes ha sido: MAP(n=22), M. Interna(n=2), Urgencias(n=2), Nefrología(n=1), Hematología(n=1), Salud mental(n=1), Digestivo(n=2).

CONCLUSIONES

La vía clásica de IC es la que ha proporcionado más pacientes candidatos a TAV, si bien la implementación de nuevas estrategias y la búsqueda activa, permite aumentar los candidatos al mismo y vincular de nuevo al sistema a pacientes perdidos. Debemos continuar insistiendo

en la búsqueda activa en servicios de alta prevalencia, dada la poca remisión de estos servicios para alcanzar el objetivo de la OMS.

59. OBSTRUCCIÓN INESPERADA DEL CANAL DE TRABAJO DEL DUODENOSCOPIO DURANTE UNA COLANGIOSCOPIA

M. Fquihi Chetouani, J. Hervás, J.R. Lorente Montoro, A. Voces Cabaleiro, A.A. Pérez Ibáñez, J. Torrente Sánchez, S. Albert Palomares, A. López Serrano

Hospital Universitario Dr Peset, Valencia

INTRODUCCIÓN

La colangioscopia es una técnica en auge para el diagnóstico y el tratamiento directos de diversas enfermedades de la vía biliar. A pesar de los últimos avances tecnológicos, las dificultades técnicas inherentes a la propia exploración suponen con frecuencia un reto para los endoscopistas.

OBJETIVO

Describir una dificultad técnica inesperada durante la realización de una colangioscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente con ictericia obstructiva por posible colangiocarcinoma extrahepático sometida a colangioscopia durante una CPRE empleando para ello un colangioscopio Leinzett (LAN-EP-3516), a través de un duodenoscopio Olympus (TJF-Q190V).

RESULTADOS

Mujer de 77 años con patología pulmonar que contraindicada intervención quirúrgica, ingresada por ictericia obstructiva indolora. En la CPRM se observa una estenosis de tercio medio de colédoco, además de lesiones polipoideas ocupantes de espacio en colédoco proximal, de etiología no clara. En una primera CPRE se practica cepillado y biopsias de la estenosis biliar y se coloca una prótesis de polietileno. El estudio histológico no es concluyente y en el Comité de Tumores se decide practicar una segunda CPRE con colangioscopia asociada, en la que se observa una mucosa de aspecto tumoral en el colédoco medio-distal y una dilatación del proximal con varias litiasis en su interior. Durante las maniobras de exploración de la vía biliar aparece una resistencia importante para la introducción-retirada del colangioscopio. La punta del mismo aparece algo deformada y se decide utilizar un segundo colangioscopio, detectándose una obstrucción del canal de trabajo del duodenoscopio por la esponja de la válvula del canal de trabajo del duodenoscopio (AutoCap RX Olympus compatible) que se había desplazado accidentalmente. Se retira el duodenoscopio y se concluye la exploración con un

segundo dudoenoscopio, realizando una toma de biopsias dirigidas con pinza Spybite 1.2mm a través del colangioscopio y colocando una prótesis metálica definitiva Wallflex biliary 10x60.

CONCLUSIONES

La introducción de accesorios de mayor diámetro a través de la válvula del canal de biopsias puede desplazar la espuma que la contiene y provocar dificultades en la exploración, por lo que habrá que manejarla con cuidado. Los endoscopistas deben conocer las dificultades técnicas de la colangioscopia para conseguir una mayor tasa de éxito.

60. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA RECURRENTE SECUNDARIA A UNA ANGIODISPLASIA GÁSTRICA: TRATAMIENTO DEFINITIVO CON TERAPIA COMBINADA [OVESCO + COAGULACIÓN BIPOLAR + ESCLEROTERAPIA]

S. González Padilla, P. García Poyatos, J. Manuel Varela, R. Villagrasa Manzano, M. Ponce Romero, C. Gálvez Castillo, V. Sanchiz Soler, C. Suria Bolufer, A. Peña Aldea

Hospital Clínico Universitario Valencia

INTRODUCCIÓN

Las angiodisplasias son las malformaciones arteriovenosas más frecuentes, de pequeño tamaño (2- 10 mm) y consisten en dilataciones anómalas vasculares localizadas a nivel de la capa muscular y submucosa. Tienen mayor prevalencia en > 60 años, enfermedad renal crónica o estenosis aórtica. Su localización más frecuente es en el colon derecho, mientras que en el estómago es rara (4%). Puede ser un hallazgo incidental o debutar como una hemorragia digestiva grave. El tratamiento suele ser endoscópico y raramente quirúrgico, con alta tasa de resangrado.

CASO CLÍNICO

Mujer de 93 años que ingresa por melenas con repercusión hemodinámica grave. Antecedentes de enfermedad renal crónica, y anemia crónica con necesidad de transfusiones periódicas. En los últimos 6 meses ha presentado 5 episodios de sangrado por una angiodisplasia gástrica 8 mm en cara posterior de cuerpo gástrico tratada endoscópicamente con clips (TTS), argón plasma y escleroterapia (figura1-3) y medicamento con octeotride.

En la gastroscopia de urgencias se visualiza la misma angiodisplasia tratándose con escleroterapia y clips TTS. Ante recidiva a las 48h se realiza triple terapia combinada y secuencial con escleroterapia con adrenalina, colocación de un clip OTSC (OVESCO 12/6 Gc) y posteriormente con coagulación bipolar sobre la superficie mucosa con la angiodisplasia en el centro (figura 4). No ha presentado nuevas recidivas.

61. DISECCIÓN SUBMUCOSA ENDOSCÓPICA DE LESIÓN RECTAL CON NUEVO DISPOSITIVO

N. Sala Miquel, M.A. Amorós Galbis, O. Belén Galipienso, F. Puchol Rodrigo, V. Moreno Torres, J. Andreu Viseras, C. Mangas Sanjuán, J. Martínez Sempere

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

La disección endoscópica submucosa (DSE) es una técnica endoscópica que facilita la resección en bloque de lesiones en el tracto gastrointestinal, permitiendo una mejor evaluación histológica de la lesión. Existen en el mercado distintos electrobisturís, la mayoría de ellos con energía monopolar, que se agrupan en 3 grandes categorías: los de punta aislada (IT-knife), punta en aguja o en tijera. Dadas las características de la técnica, es muy importante la prevención del sangrado y la perforación que pueden aparecer como complicaciones.

Recientemente, se ha comercializado un nuevo electrobisturí (Speedboat, Creo Medical), que utiliza energía de tipo radiofrecuencia bipolar para el corte y microondas de alta frecuencia para la coagulación, además de incorporar una aguja de inyección, y que precisa de la asistencia de personal de enfermería para realizar la rotación del dispositivo. Las ventajas es que facilita y aumenta la velocidad y la seguridad del procedimiento, reduciendo el riesgo de sangrado y de perforación.

Se presenta el caso de un varón de 61 años, con hipertensión arterial como único antecedente de interés, que en una colonoscopia de cribado poblacional de CCR, se identifica una lesión de tipo ls de 30x15 mm de tamaño, NICE 2, Kudo III/IV, con algún área de demarcación que presenta patrón de superficie algo irregular, Kudo Vi, situada en recto medio, a 8 cm de margen anal.

Dado el riesgo de invasión submucosa, se propone para resección mediante DSE con el fin de obtener el espécimen en bloque. Para ello, empleamos un nuevo bisturí (Speedboat RS2, Creo Medical).

Para el procedimiento, utilizamos un gastroscopio con canal de 3.7mm (GIF-1TH190) y capuchón estándar. Utilizamos una solución de inyección mediante suero fisiológico e índigo carmín. Para la DSE, aplicamos técnica de túnel, en la cual se realiza una incisión del margen oral de lesión, posteriormente del margen contralateral, tunelizando hasta acceder a la incisión inicial. A continuación, ampliamos la disección por el plano submucoso, hasta que finalmente completamos la incisión de los márgenes laterales. El resultado histológico fue de adenoma tubular con displasia de alto grado, con márgenes de resección libres.

El bisturí Speedboat (Creo Medical) es un dispositivo novedoso que permite realizar DSE con seguridad, y que fomenta el trabajo en equipo.

62. INTERVENCIÓN DIETÉTICA-NUTRICIONAL TRAS INICIO DE LA DIETA SIN GLUTEN AUTOGESTIONADA POR PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD CELÍACA

S. Lanza Aguilar ¹, C. Albert-Antequera ², E. Vieira Maroun ¹, N. Montes Rodríguez ², M.A. Vicente Ruíz ², P. Calero Gozálviz ², A. Crespo-Catalá ², A. Antolí ², P. Jiménez ², L. Navarro ², C. Pons ², C. Amorós ², A. Escudero ², L. Durbán ², M. Ríos ², F. Grau ², S. Pamos ², A. Pozo ², M. Trelis Villanueva ¹, S. Benlloch ²

1 Universitat de València, 2 Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca es una alteración sistémica autoinmune desencadenada por el gluten en personas genéticamente predispuestas, caracterizada por una inflamación intestinal que causa síntomas digestivos y sistémicos. El único tratamiento efectivo es realizar una dieta sin gluten estricta de por vida para la resolución de la respuesta inmunitaria y prevención de complicaciones.

OBJETIVOS

Evaluar la dieta sin gluten autogestionada por pacientes recién diagnosticados y realizar una intervención dietético-nutricional adaptada a los síntomas y déficits nutricionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo con pacientes recién diagnosticados de enfermedad celíaca entre septiembre-2022 y abril-2023. Al diagnóstico se solicitó analítica con perfil nutricional, densitometría ósea, test de sobrecrecimiento bacteriano, *Helicobacter pylori*, parásitos intestinales mediante PCR en tiempo real, cuestionario de frecuencia de consumo de grupos de alimentos, diario dietético y cuestionario de adherencia a dieta mediterránea. Posteriormente se realizó la intervención dietético-nutricional personalizada por una dietista-nutricionista. Finalmente se evaluaron los síntomas intestinales y extraintestinales y un cuestionario de adherencia a la dieta sin gluten, a la dieta mediterránea y frecuencia de consumo tras la intervención.

RESULTADOS

Se evaluaron 17 pacientes, 76% mujeres, edad media 41.3 años (rango 14-78). Según IMC, destacan 4 pacientes con sobrepeso/obesidad y 2 con bajo peso. Analíticamente destacó la ferropenia (41.1%), el déficit de vitamina D (76.5%), B6 (47%) y zinc (35.3%). El 29.4% presentan osteopenia y 17.6% osteoporosis según la densitometría. El dolor abdominal, dispepsia e hinchazón fueron los síntomas más frecuentes. Tras la intervención dietético-nutricional, de los

12 pacientes reevaluados un 25% ya no presentaban síntomas intestinales, un 41.6% presentó mejoría y en un 33.3% persistían. También, 58.3% tenían una mejor adherencia a la dieta mediterránea y 66.7% a la dieta sin gluten. Se observó que a menor adherencia a la dieta mediterránea, menor adherencia a la sin gluten en un 25% de los pacientes.

CONCLUSIONES

La intervención dietético-nutricional mejora la adherencia a una dieta sin gluten saludable, previene la contaminación cruzada, mejora el control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

63. EVALUACIÓN NUTRICIONAL PREOPERATORIA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN EN BROTE GRAVE: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

E. Vieira Maroun ¹, C. Albert-Antequera ², S. Lanza Aguilar ¹, V. García Herreros ², M.C. Martín Dieguez ², P. Calero Gozávez ², A. Crespo Catalá ², A. Antolí ², P. Jiménez ², A. Escudero ², C. Amorós ², F. Grau ², S. Pamos ², S. Benlloch ²

1 Universitat de València, 2 Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con brote grave de enfermedad de Crohn que requieren cirugía presentan mayor riesgo de desnutrición y pérdida de masa muscular, que influye su evolución durante la hospitalización, respuesta al tratamiento y morbimortalidad.

OBJETIVOS

Analizar el patrón alimentario y valorar la composición corporal de pacientes hospitalizados con brote grave de enfermedad de Crohn previa a cirugía resectiva y ofrecer tratamiento dietético-nutricional personalizado durante el brote y en remisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de intervención nutricional entre mayo y junio de 2023. Se aplicó un cuestionario de frecuencia de consumo de grupo de alimentos, diario dietético con síntomas digestivos y cuestionario de calidad de vida adaptado a EII (IBDQ-32). Se valoró la composición corporal con medidas antropométricas (IMC, circunferencia braquial y de pantorrilla y pliegue tricípital). Se diagnosticó la desnutrición mediante los criterios GLIM y se analizó el perfil bioquímico nutricional. Con ello, se diseñó un plan dietético-nutricional personalizado. Se reevaluaron a los 3 meses de la intervención.

RESULTADOS

Se valoraron 3 pacientes (2 hombres y 1 mujer) de entre 34-50 años, 2 con patrón fistulizante sometidos a resección ileocecal y 1 con patrón estenosante sometido a resección ileal. En la entrevista dietética, 2 referían un patrón alimentario poco saludable y 1 un patrón restrictivo

por temor a sintomatología. Todos presentaron criterios de desnutrición, 1 moderada y 2 grave, y asociaron anemia y PCR elevada. Además, los 2 con desnutrición grave, presentaron hipoproteïnemia, hipoalbuminemia y prealbúmina baja. Tras la reevaluación, se vio una clara mejoría de todos los pacientes en la ganancia ponderal, aumentaron de media 1,22kg/m² en el IMC, en la sintomatología digestiva y en la adquisición de hábitos saludables. Todos los pacientes pasaron de baja a alta calidad de vida, con un aumento medio del IBDQ-32 de 104,3 puntos. Ningún paciente presentó complicaciones postquirúrgicas ni requirió reingreso.

CONCLUSIONES

La desnutrición es muy prevalente en pacientes ingresados con brote grave de enfermedad de Crohn que requieren cirugía. El tratamiento nutricional y la educación alimentaria son fundamentales para optimizar al paciente previo a la cirugía y prevenir complicaciones postquirúrgicas, mejorando su pronóstico y calidad de vida.

64. COMPARANDO LA CALIDAD DE LA COLONOSCOPIA A DOS Y CUATRO MANOS

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

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

Hemos querido comparar en nuestro hospital la colonoscopia con técnica a cuatro manos (es decir, con la asistencia de enfermería) respecto a dos manos (es decir, con el colonoscopio manipulado únicamente por el endoscopista), respecto a tres criterios de calidad: tasa de intubación cecal (TIC), tasa de detección de adenomas (TDA) y tasa de complicaciones (TC).

Para ello, se han tomado 109 colonoscopias realizadas con distintas indicaciones, por 4 endoscopistas de nuestro centro, anotando en formularios las características de dichas endoscopias, entre ellas si se han realizado a dos manos o a cuatro; así como las variables a estudio; y realizando posteriormente un análisis estadístico de estos datos.

Cuando se compararon las variables en los dos grupos (colonoscopia a dos manos o a cuatro); se observaron los siguientes resultados:

La TIC tanto en el grupo de dos manos como en el de cuatro manos fue del 100%.

La TDA en el grupo a dos manos era del 40,5%, mientras que en el de cuatro manos era del 26,4%; no siendo la diferencia estadísticamente significativa.

La TC fue del 4,7% en el grupo de dos manos y del 7,7% en el grupo de cuatro manos, no siendo la diferencia estadísticamente significativa.

Como conclusión, se define que, pese a haber ciertas diferencias entre la TDA y la TC en colonoscopia a dos manos respecto a cuatro manos, éstas no han sido estadísticamente significativas. No hay diferencias en la TIC entre ambos grupos, siendo en ambos del 100%.

Por último, planteamos que debería realizarse un siguiente estudio con mayor tamaño de muestra, debido a que con un tamaño muestral mayor, las diferencias observadas entre ambos grupos respecto a la TDA y la TC podrían ser estadísticamente significativas, y concluir una superioridad de una técnica respecto a la otra. Por el momento, con los resultados obtenidos, no podemos concluir que ninguna de las dos técnicas de colonoscopia sea superior en cuestión de calidad o seguridad.

65. LA REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS (CMV) POST-TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) NO SE VE AFECTADA POR LA INFECCIÓN VIH

S. García García, I. Terol Cháfer, V. Argumánz Tello, C. Vinaixa Aunés, J. Maupoey Ibáñez, M. Blanes Julia, A. Carvalho Gomes, M. Berenguer Haym, V. Sánchez Tello

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN

La reactivación de CMV post-TH se ha asociado a mayor morbi-mortalidad post-TH.

Se desconoce si la infección VIH se asocia a mayor riesgo de reactivación o enfermedad por CMV post-TH.

OBJETIVO

Determinar si la primoinfección, reactivación, enfermedad y necesidad de tratamiento antiviral preventivo es mayor en pacientes infectados con VIH frente a los no-VIH.

MATERIAL-MÉTODOS

Pacientes sometidos a TH entre 2004 y 2020 en un centro trasplantador. Cada paciente diagnosticado de VIH fue apareado con dos controles de misma edad, sexo, causa de hepatopatía y fecha de trasplante. Se recogieron las características basales, indicación de TH, variables relacionadas con VIH, post-TH y con CMV, reactivación, primoinfección, enfermedad y necesidad de tratamiento antiviral preventivo. Los pacientes de alto riesgo (D+/R-) recibieron profilaxis con valganciclovir. El resto fue seguido mediante estrategia "preemptive" y se administró terapia anticipada en base a criterios clínicos.

RESULTADOS

156 TH fueron incluidos (52 HIV y 104 no-HIV). Las características basales fueron similares con la excepción del sexo e IMC: edad 48 vs 53 años, IMC 25 vs 27; mayoría varones (87.5%), principal indicación cirrosis por VHC y un 33% y 40%, respectivamente tenía HCC. No se encontraron diferencias para reactivación, primoinfección, enfermedad y necesidad de tratamiento anticipado, salvo para la carga viral de CMV máxima (p:0.083). El tiempo hasta la reactivación/primoinfección fue similar. Las variables que se asociaron con la reactivación de CMV post-TH fueron el mismatch D/R (p:0.006) y edad del receptor (p 0.037). Ni la condición de VIH, ni los Cd4 basales, MELD, ni HCC se asociaron significativamente con la reactivación.

CONCLUSIONES

La reactivación de CMV post-TH fue similar en pacientes con y sin VIH. Las variables asociadas a la reactivación fueron el mismatch serológico de CMV entre D/R y la edad del receptor.

Las estrategias de terapia anticipada son igual de eficaces en ambos grupos.