

LIBRO DE COMUNICACIONES

37

CONGRESO  
SVPD

VALENCIA  
21/22  
NOVIEMBRE  
2024



**SVPD**  
Sociedad Valenciana  
de Patología Digestiva



Hospital Universitari  
Doctor Peset



37  
CONGRESO  
SVPD



**COMUNICACIONES ORALES** Pág. 2

**VIDEOFORUM** Pág. 36

**PÓSTERES** Pág. 42



## 1. INTERLEUQUINA-8 COMO POSIBLE MARCADOR PREDICTIVO DE RESPUESTA A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA TRATADOS CON VEDOLIZUMAB

I. Navarrete Pérez <sup>1</sup>, A. Mínguez Sabater <sup>1</sup>, A. Aguerri <sup>2</sup>, V. Argumánez Tello <sup>1</sup>, P. Ripoll <sup>1</sup>, A. Garrido <sup>1</sup>, M. Aguas <sup>1</sup>, M. Iborra <sup>1</sup>, E. Cerrillo Bataller <sup>1</sup>, P. Nos Mateu <sup>1</sup>, G. Bastida <sup>1</sup>

1 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, 2 Universidad Católica de Valencia

### INTRODUCCIÓN

Vedolizumab ha demostrado eficacia en Colitis Ulcerosa(CU) moderada-grave. Hasta la fecha, las herramientas para predecir la respuesta a medio y largo plazo al fármaco son limitadas.

### OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es caracterizar el perfil de citoquinas(CK) circulantes asociadas a la CU para identificar biomarcadores de respuesta a Vedolizumab a largo plazo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo unicéntrico de cohortes en el que se incluyeron 28 pacientes con CU y actividad inflamatoria que iniciaron tratamiento con Vedolizumab entre 2015 y 2022. Se obtuvieron muestras de plasma basales y se evaluó la respuesta al tratamiento al finalizar el seguimiento, definida como respuesta clínica ( $p_{\text{Mayo}} < 3$  con ninguna subpuntuación  $> 1$ ) y bioquímica (reducción de calprotectina fecal[CF] y/o proteína C reactiva[PCR]  $> 50\%$ ). En los pacientes con colonoscopia, se consideró respuesta un Mayo endoscópico de 0-1. Las CK estudiadas fueron IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , IL-2, IL-6, IL-7, IL-8, IL-10, IL-12, IL-13, IL-17A, IL-21 e IL-23.

### RESULTADOS

Se incluyeron 28 pacientes con CU (100% E2+E3 y 91.6% S2+S3 de la clasificación de Montreal). El 88.4% eran bioexpuestos (Infliximab en el 75%). El 53.8% recibió tratamiento concomitante con Corticoides al inicio de Vedolizumab.

Se objetivó respuesta a Vedolizumab en 13 pacientes (46.4%). El grupo respondedor estuvo en tratamiento una mediana de 5.58 años (IQR 6.9) vs 1.17 años (IQR 5.13) el grupo no respondedor,  $p=0.005$ . Al finalizar el seguimiento, la CF de los pacientes respondedores fue significativamente más baja que la de los no respondedores (mediana 64  $\mu\text{g/g}$  [IQR 525] vs 2525  $\mu\text{g/g}$  [IQR 10649],  $p<0.001$ ), así como el  $p_{\text{Mayo}}$  (mediana 0 [IQR 1] vs 5 [IQR 7],  $p<0.001$ ). Los pacientes respondedores tenían niveles de IL-8 al inicio del tratamiento significativamente más bajos que los no respondedores (mediana 1.67  $\text{pg/mL}$  [IQR 6.26] vs 3.03  $\text{pg/mL}$  [IQR 45.15],  $p=0.016$ ). No se encontraron diferencias significativas en las concentraciones basales de las otras CK analizadas.

### CONCLUSIÓN

En nuestra serie de pacientes con CU tratados con Vedolizumab, los pacientes con respuesta a largo plazo mostraron niveles basales de IL-8 inferiores respecto a los no respondedores.



La IL-8 podría servir como marcador predictivo de respuesta en estos pacientes, pero deberá confirmarse en estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.

## 2. LEISHMANIASIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DEL GETECCU

L. Madero Velázquez<sup>1</sup>, V. Moreno<sup>1</sup>, A. Mínguez<sup>2</sup>, L. Mayorga<sup>3</sup>, J.J. Ramírez<sup>4</sup>, N. Moreno<sup>5</sup>, C. Amorós<sup>6</sup>, M.A. Nieto<sup>7</sup>, R. Mena<sup>8</sup>, J.M. Benítez<sup>9</sup>, L. Gimeno-Pitarch<sup>10</sup>, N. Maroto<sup>11</sup>, C. Suria<sup>12</sup>, F. Rodríguez-Moranta<sup>13</sup>, I. Ordás<sup>14</sup>, L. Ruiz<sup>15</sup>, M.A. García-Brenes<sup>16</sup>, A. Martín-Cardona<sup>17</sup>, C. Rubín de Célix<sup>18</sup>, K. Cárdenas<sup>19</sup>, D. Ginard<sup>20</sup>, L. Medina<sup>21</sup>, N. Pedrero<sup>22</sup>, R. Plaza<sup>23</sup>, R. Salmoral<sup>24</sup>, T.J. Martínez-Pérez<sup>25</sup>, V. Algara<sup>26</sup>, E. Merino<sup>27</sup>, Y. Zabana<sup>17</sup>, A. Gutiérrez<sup>28</sup>

1 Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, 2 Hospital Policlínico Universitario La Fe, Valencia, 3 Hospital Universitario Valle de Hebrón, Barcelona, 4 Hospital Lluís Alcanyis de Xativa, Valencia, 5 Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, 6 Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, 7 Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia, 8 Consorci Sanitari de Terrasa, Terrasa, 9 Hospital Universitario Reina Sofía, IMIBIC, Córdoba, 10 Hospital General Universitario de Castellón, 11 Hospital de Manises, Valencia, 12 Hospital Clínico de Valencia, 13 Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, 14 Hospital Clínic, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Institut d'Investigacions Biomèdiques Agustí Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, 15 Consorcio Hospital General Universitario de València, 16 Hospital Clínico San Carlos de Madrid, 17 Hospital Universitari Mútua Terrassa, University of Barcelona, Terrassa, Spain. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREhd), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, 18 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, 19 Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy, Alicante, 20 Hospital Universitario Son Espases, Mallorca, 21 Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, 22 Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, 23 Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid, 24 Hospital General Universitario de Toledo, 25 Hospital Universitario Virgen de la Luz de Cuenca, 26 Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, 27 Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), 28 Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Madrid

### ANTECEDENTES

La leishmaniasis (IL) es una enfermedad transmitida por vectores y causada por protozoo del género *Leishmania*, endémica en algunos países del sur de Europa. Se ha demostrado que existe una relación entre la inmunosupresión y la IL.

### OBJETIVOS

Describir las características de IL en pacientes con EII y la evolución de la EII y IL tras 12 meses de seguimiento e identificar los factores asociados al desarrollo de IL visceral (LV).

## MÉTODOS

Estudio retrospectivo, multicéntrico en 26 centros de España. Se incluyeron todos los pacientes adultos con EII que desarrollaron IL tras el diagnóstico de EII. El diagnóstico de IL se basó en el examen parasitológico directo, y/o en pruebas indirectas con serología y diagnóstico molecular.

## RESULTADOS

Se incluyeron 73 pacientes [edad media 48 años; 65% varones; 68% enfermedad de Crohn (EC)]. Sesenta y dos pacientes (85%) fueron diagnosticados de IL cutánea (LC), 2 (2,7%) de IL mucocutánea (LMC) y 8 (12,3%) de LV). El tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de  $4,7 \pm 4,5$  meses (rango 0-24). Sesenta y nueve (94%) estaban bajo tratamiento biológico en el momento del diagnóstico de IL, siendo el antiTNF el tratamiento biológico en el 97% de estos pacientes. Veintisiete de los 69 pacientes (39%) recibieron terapia combinada con inmunosupresores (IMM) y 6 (8%) corticosteroides añadidos a los biológicos. Dos pacientes fueron tratados con ustekinumab en monoterapia, 3 recibieron monoterapia con IMM y 1 no recibió biológicos ni IMM. Tras un seguimiento de 12 meses se consiguió la resolución de la IL en 96% de los casos. El tratamiento biológico se suspendió definitivamente en 20 pacientes (29%). La edad fue el único factor de riesgo asociado a desarrollar IL (OR 1,2; IC 95% 1,04-1,39;  $p=0,012$ ), por otro lado la terapia biológica se asoció a un mayor riesgo de desarrollar LC o LMC (OR 39,7; IC 95% 1,2-1220,2;  $p=0,035$ ).

## CONCLUSIONES

La LI es una infección oportunista que debe considerarse en pacientes inmunodeprimidos con EII particularmente en aquellos que viven en áreas endémicas con el fin de disminuir el lapso de tiempo hasta el diagnóstico. El antiTNF es el tratamiento más frecuentemente relacionado con IL, pero la monoterapia con IMM o Ustekinumab también puede asociarse a esta infección. Los pacientes de mayor edad podrían tener un mayor riesgo de LV en caso de reactivación o de nueva IL.

## 3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, FACTORES DE RIESGO Y MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y HIDRADENITIS SUPURATIVA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DEL REGISTRO GETECCU ENEIDA

L. Madero Velázquez<sup>1</sup>, R. Muñoz Pérez<sup>1</sup>, R. de Francisco<sup>2</sup>, B. Herreros<sup>3</sup>, C. Yague<sup>4</sup>, L. Bujanda<sup>5</sup>, X. Calvet<sup>6</sup>, A. Ponferrada<sup>7</sup>, M. Aguas<sup>8</sup>, F. Rodríguez-Moranta<sup>9</sup>, I. Marín-Jiménez<sup>10</sup>, L. Catalá<sup>11</sup>, F. Gomollón<sup>12</sup>, J.M. Huguet<sup>13</sup>, F. Mesonero<sup>14</sup>, D. Monfort<sup>15</sup>, M. Sierra<sup>16</sup>, L. Igualada<sup>17</sup>, E. Ricart<sup>18</sup>, M. González-Vivo<sup>19</sup>, M.J. García<sup>20</sup>, A. Hernández-Camba<sup>21</sup>, A. Elorza<sup>22</sup>, L. Zabaiza-San Martín<sup>23</sup>, M.D. Martín-Arranz<sup>24</sup>, I. Ruíz-Núñez<sup>25</sup>, P. Martínez-Montiel<sup>26</sup>, P. Soto<sup>27</sup>, C. Roig<sup>28</sup>, M.L. Molina<sup>29</sup>, M. Mañosa<sup>30</sup>, C. Taxonera<sup>31</sup>, M. Barreiro-de Acosta<sup>32</sup>, J.P. Gisbert<sup>33</sup>, P. Ramírez<sup>34</sup>, R. Lorente<sup>35</sup>, Y. Zabana<sup>36</sup>, B. Botella<sup>37</sup>, S. Riestra<sup>2</sup>, L. Bernal<sup>38</sup>, V. Moreno<sup>38</sup>, D. Busquet<sup>39</sup>, F. Arguelles<sup>40</sup>, J.C. Pascual<sup>38</sup>, P. Zapater<sup>38</sup>, E. Domènech<sup>38</sup>, A. Gutiérrez Casbas<sup>38</sup>



1 Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, 2 Hospital Universitario Central de Asturias, 3 Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, 4 Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, 5 Hospital Universitario Donostia, 6 Parc Taulí Hospital Universitario, Sabadell, 7 Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, 8 Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, 9 Hospital Universitario de Bellvitge, 10 Hospital Gregorio Marañón, Madrid, 11 Hospital General Universitario de Elche, Alicante, 12 Hospital Lorenzo Blesa, Zaragoza, 13 Hospital General Universitario de Valencia, 14 Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, 15 Consorci Sanitari de Terrasa, 16 Hospital Universitario de León, 17 Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, 18 Hospital Clinic, Barcelona, 19 Hospital del Mar, Barcelona, 20 Hospital Universitario Marques de Valdecilla, 21 Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, 22 Hospital de Galdakao, Bizkaia, 23 Hospital Universitario de Navarra, 24 Hospital La Paz, Madrid, 25 Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, 26 Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, 27 Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, 28 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, 29 Hospital General Universitario de Castellón, 30 Hospital Germans Trias y Pujol, Badalona, 31 Hospital Clínico Universitario Madrid, 32 Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, 33 Hospital La Princesa, Madrid, 34 Hospital de Álava, 35 Hospital General Universitario Ciudad Real, 36 Hospital Universitario Mútua Terrassa, 37 Hospital Infanta Cristina, Madrid, 38 Hospital Universitario Dr. Balmis, Alicante, 39 Hospital Universitario de Gerona Doctor Josep Trueta, 40 Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

## INTRODUCCIÓN

Hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica y recurrente que afecta a la piel. El objetivo del estudio es determinar las características de los pacientes con EII y HS (EII-HS) y compararlos con pacientes con EII sin HS (controles).

## MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, multicéntrico, del registro nacional ENEIDA español. Los pacientes se emparejaron 2:1 por hospital y año de diagnóstico. La eficacia del tratamiento de HS se definió como reducción del  $\geq 50\%$  en el número de lesiones en la piel.

## RESULTADOS

273 pacientes (edad media  $43 \pm 12$  años) con EII-HS y 546 controles (edad media  $53 \pm 15$  años). El diagnóstico de EII precedió al de HS en 208 pacientes de EII-HS (77%). Sexo femenino (62 vs. 44%,  $p=0,0001$ ), hábito tabáquico (45 vs. 15%,  $p=0,0001$ ), EC (82 vs. 54%,  $p=0,0001$ ), localización ileocolónica EC (46 vs. 36%,  $p=0,0001$ ), enfermedad perianal (55 vs. 20%,  $p=0,0001$ ), CU extensa (59 vs. 45%,  $p<0,05$ ) y manifestaciones extraintestinales (MEI) (38% vs. 17%,  $p=0,0001$ ) fueron más frecuentes en EII-HS que en controles. El índice de masa corporal fue mayor en EII-HS vs. controles ( $28 \pm 7$  vs.  $26 \pm 4$ ,  $p=0,05$ ). Hipotiroidismo (4,4 vs. 1,1%,  $p < 0,05$ ) y trastornos psiquiátricos (18% vs. 2%,  $p < 0,05$ ) más prevalentes en EII-HS. Los pacientes de EII-HS se sometieron a más cirugías abdominales por EII (29 vs. 23%,  $p=0,04$ ) y perianales (35 vs. 8%,  $p=0,000$ ). El uso de biológicos más frecuente en EII-HS (73 vs. 54%,  $p=0,0001$ ). HS afectó principalmente las regiones axilar (57%) e inguinal (57%). Se observó HS paradójica en 19 (7%) pacientes de EII-HS, asociada a IFX (4, 21%), ADA (11, 58%)

y UST (3, 16%), suspendiéndolo en 7 (41%) pacientes. La eficacia de los tratamientos para HS fue: IFX (30/49, 59%), ADA (49/86, 57%), UST (31/49, 69%) y otros biológicos (5/14, 36%).

## CONCLUSIONES

Es la mayor cohorte de pacientes con EII-HS. El sexo femenino, el IMC, la EC, el hábito tabáquico y la enfermedad perianal son factores de riesgo para HS en los pacientes con EII. Las cirugías relacionadas con EII, las MEIS, las cirugías abdominales y perianales de EII, y la necesidad de terapia biológica son más frecuentes entre los pacientes de EII-HS que en los controles. Más de la mitad de estos pacientes respondieron a los anti-TNF, mientras que dos tercios de aquellos tratados con UST mostraron una respuesta favorable en cuanto a las lesiones de HS.

## 4. UTILIDAD DEL LINFOGRAMA INTRAEPITELIAL COMO HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA EN EL ADULTO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

S. González Padilla, J.M. Varela Fernández, A. Sanahuja Martínez, M.M. Boscá Watts, J. Tosca Cuquerella, P. Mas Mercader, P. Amat Martínez, M.J. Remigia Pellicer, I. Pastor Galán, I. Pascual Ramos

Hospital Clínico Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de enfermedad celíaca (EC) en adultos se establece por la presencia de serología positiva y una biopsia duodenal compatible (Marsh  $\geq$  II), aunque en el 10-15% de casos existe discordancia. El linfograma intraepitelial es una técnica complementaria que permite cuantificar las subpoblaciones de linfocitos intraepiteliales (LIEs) e identificar el patrón específico de EC.

## OBJETIVOS

Evaluar la utilidad del linfograma duodenal como herramienta diagnóstica en pacientes con dudoso diagnóstico de EC o sospecha de refractariedad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de pacientes a los que se realizó linfograma duodenal en un hospital terciario entre 2021-2024. Se excluyeron pacientes menores de 15 años y en seguimiento por otro centro. Se recogieron variables demográficas, serológicas, histológicas y del linfograma (LIE totales, linfocitos CD3- y linfocitos TcR $\gamma\delta$ ). Se definió el patrón de EC como linfocitos T $\gamma\delta$   $>$ 8.5% y CD3-  $<$ 10% o linfocitos T $\gamma\delta$   $>$ 8.5% de forma aislada.

## RESULTADOS

87 pacientes incluidos, 5 de ellos con linfograma no valorable. Los 82 pacientes restantes (59 mujeres), mediana de edad de 41 años. En base a los criterios tradicionales, 22 pacientes (26.8%) no eran celíacos, 33 (40.2%) estaban en la zona gris y 27 (32.9%) eran celíacos confirmados. La indicación principal del linfograma fue por dudas diagnósticas (65.9%), 20 seguían dieta sin gluten (DSG). Comparando el resultado del linfograma con nuestra impresión



diagnóstica con el resto de pruebas complementarias, 39 pacientes fueron catalogados de EC y 40 de otras patologías/sanos. Se observó una sensibilidad 93%, especificidad 100%, VPP 100% y VPN 92.9%. En el subgrupo de zona gris, permitió un correcto diagnóstico en 32 pacientes con sensibilidad 94.4% y especificidad 100%.

El porcentaje de linfocitos  $T\gamma\delta$  fue superior en pacientes celíacos respecto a no celíacos (27.0% vs 3.0%,  $p<0.001$ ) mientras que los linfocitos CD3- fueron inferiores en celíacos (5.0% vs 13%,  $p<0.001$ ). El área bajo la curva ROC del valor de linfocitos  $T\gamma\delta$  para el diagnóstico de EC fue 0.815 (IC95% 0.716-0.914).

### CONCLUSIONES

Se confirma la validez del linfograma intraepitelial para el diagnóstico de EC en nuestra población y su utilidad en casos de diagnóstico dudoso, incluso con DSG. Estos resultados podrían influir en la indicación de DSG a largo plazo.

### 5. MONITORIZACIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN: ¿PODEMOS REVERTIRLO?

S. Albert Palomares, M. Fquihi Chetouani, J. Torrente Sánchez, A.A. Pérez Ibáñez, E. Peiró García, A. Rabadán Mata, M. González Ferrandis, P. Martínez Morcillo, M.J. Martínez Pérez, J.M. Paredes Arquiola

Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn (EC) se caracteriza por una afectación progresiva que conduce a un daño estructural intestinal (DEI). No existe una definición clara de DEI. La presencia de complicaciones en las técnicas de imagen (estenosis, fístulas o abscesos) es ampliamente aceptada para describir el DEI, el cual se relaciona con la gravedad de la enfermedad y predice el riesgo de hospitalización y cirugía.

El objetivo del estudio es valorar la capacidad de los tratamientos biológicos para revertir el DEI monitorizado con ecografía abdominal (EA).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional y prospectivo, que incluye a pacientes con EC que inician tratamiento biológico y son monitorizados con EA durante su seguimiento. Se recogieron variables al inicio del tratamiento biológico, a las 12 semanas y tras un año de tratamiento.

Comparamos el curso evolutivo de los pacientes con EC con DEI inicial (estenosante o penetrante -abscesos y fístulas-) frente a aquellos sin comportamiento complicado. Para ello comparamos la curación transmural ecográfica (CTE), así como la necesidad de tratamiento médico, ingreso hospitalario y cirugía durante el primer año del tratamiento biológico.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 161 pacientes con EC. Al inicio del tratamiento biológico, 64 pacientes (39.8%) presentaban DEI.

Tras 12 semanas de tratamiento, se logró la CTE en el 18.6% de los pacientes. Por grupos, un 7.8% de los pacientes con DEI inicial y 25.8% sin daño estructural, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p$  0.04).

Tras un año de tratamiento, se logró la CTE en el 31.1% de los pacientes. Un 26.6% de pacientes con daño inicial y un 34% sin DEI, sin alcanzar la significación estadística ( $p$  0.317).

Por otra parte, durante el seguimiento, el grupo con DEI presentó una necesidad significativamente mayor de corticoterapia, ingreso hospitalario y cirugía.

## CONCLUSIONES

Los pacientes con DEI presentan una tasa significativamente menor de CTE frente a los pacientes sin, tras 12 semanas de tratamiento biológico. Además, la necesidad de corticoterapia, ingreso hospitalario y cirugía es significativamente mayor entre los pacientes con DEI. Sin embargo, al año, la tasa de TCE no muestra diferencias entre grupos. Ello nos indica que es posible revertir el daño estructural pero que el tratamiento de estos pacientes es más complejo.

## 6. SÍNDROME DE INTESTINO CORTO. ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO

C. Sánchez Cano <sup>1</sup>, C. Biot Monterde <sup>2</sup>, E. Uclés Ramada <sup>1</sup>, A. del Val Antoñana <sup>1</sup>, I. Ortiz Polo <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, <sup>2</sup> Universidad de Valencia

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino corto (SIC) es una alteración gastrointestinal compleja y poco común que resulta de la pérdida, tanto anatómica como funcional, de segmentos de intestino delgado. La consecuencia fisiológica primaria es el fracaso intestinal.

## OBJETIVOS:

Analizar las alteraciones metabólicas y digestivas de los pacientes con SIC y valorar los diferentes abordajes terapéuticos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron 15 pacientes con SIC. Se analizó la prevalencia de manifestaciones digestivas como diarrea, meteorismo, sobrecrecimiento bacteriano (SIBO), colestasis y colelitiasis; manifestaciones metabólicas como enfermedad ósea (EMO), desnutrición calórico-proteica (DCP), deficiencia de vitaminas y minerales, hipoalbuminemia, deshidratación, nefropatía oxalúrica, anemia ferropénica (AF) y acidosis D-léctica. También se analizó la etiología, tipo de SIC, terapias farmacológicas y nutricionales.



## RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes, 8 (53%) hombres y 7 (47%) mujeres. La mediana de edad en el momento del diagnóstico fue 14 años. Las causas más frecuentes de SIC fueron la isquemia intestinal en 4 pacientes (26,7%), la enterocolitis necrotizante en 4 (26,7%) y la enfermedad de Crohn en 3 (20%). El tipo de reconstrucción quirúrgica más frecuente fue el tipo II en 8 (53,3%). Entre las complicaciones metabólicas, la más prevalente fue el déficit de vitamina D en 10 (66,7%), seguido del déficit de vitamina B12 en 9 (60%) y la hipocalcemia en 7 (46,7%). Presentaron EMO 6 pacientes (40%), DCP 5 (33,3%), AF 3 (20%) y deshidratación y nefropatía oxalúrica 3 (20%). La manifestación digestiva más frecuente fue la diarrea en 9 (60%), seguida de meteorismo en 6 (40%) y SIBO en 5 (33,3%). Requhirieron nutrición parenteral un total de 7 pacientes (46,7%) y 9 (60%) nutrición enteral. Los fármacos más empleados fueron vitamina B12 y vitamina D en 11 (73,3%), omeprazol en 8 (53,3%), antidiarreicos y calcio en 7 (46,7%). Fueron tratados con teduglutida 3 pacientes (20%) y mediante enteroplastia transversal (STEP) 2 (13,3%).

## CONCLUSIONES

El SIC se asoció con alta prevalencia de EMO, DPC y diferentes deficiencias vitamínicas. El síntoma más frecuente fue la diarrea. Todos los pacientes precisaron nutrición artificial. Tan solo un 20% recibieron teduglutida.

## 7. ANÁLISIS EN VIDA REAL DE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE VEDOLIZUMAB PARA EL TRATAMIENTO DE LA RESERVORITIS CRÓNICA REFRACTARIA

L. Gimeno Pitarch <sup>1</sup>, M. Iborra Colomino <sup>2</sup>, A. Mínguez Sabater <sup>2</sup>, I. Lorca <sup>3</sup>, M. Boscá <sup>3</sup>, J. Huguet <sup>4</sup>, L. Ruiz <sup>4</sup>, P. Nos Mateu <sup>2</sup>

1 Hospital General Universitario de Castellón, 2 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, 3 Hospital Universitario Clínico de Valencia, 4 Hospital General Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

Casi la mitad de los pacientes con colitis ulcerosa sometidos a proctocolectomía y reservorio ileoanal desarrollarán reservoritis. Tras el ensayo clínico EARNEST (Travis et al, 2023), Vedolizumab (VDZ) fue aprobado para el tratamiento de la reservoritis crónica. Sin embargo, hay pocos estudios posteriores que evalúen su uso.

## OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de VDZ en reservoritis a corto y largo plazo, así como posibles variables que puedan influir en la respuesta al fármaco en vida real.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional multicéntrico y retrospectivo. Se recogieron las variables clínicas, de enfermedad, tratamientos previos, así como el índice de actividad clínica (mPDAI) y parámetros

analíticos, calprotectina fecal (CF) y proteína C reactiva (PCR), al inicio del tratamiento y en semanas 12, 24 y 52.

## RESULTADOS

Se analizaron 47 pacientes con reservoritis, 55% hombres, edad 33,6 años [20.2, 40.9] y seguimiento medio 49 semanas [30.0, 96.0]. El 51% había recibido tratamiento avanzado pre-cirugía: 24 (51%) anti-TNF, 7 (15%) VDZ, 4 (8,5%) ustekinumab y 3 (6%) JAKs. Durante el seguimiento el mPDAI disminuyó significativamente de 5 [3,0-7,0] basal a 3 [2,0-5,0], 3 [2,0-5,0] y 3,5 [1,8-6,0] en semanas 12, 24 y 52 respectivamente. La CF disminuyó significativamente de 443 µg/g [213-746] basal a 329 µg/g [145-701], 193 µg/g [91-412] y 178 µg/g [101-640] en semanas 12, 24 y 52. Sin embargo, la PCR no disminuyó de forma significativa: 4 mg/L [2,3-9,9] basal a 4 mg/L [1,7-7,2], 5,3 mg/L [1,8-14,3] y 4 mg/L [1,4-7,4] en semanas 12, 24 y 52. El análisis univariante mostró diferencias significativas entre el uso de biológicos en pouchitis previo a VDZ y la CF en semana 14 ( $p=0.05$ ) y entre los que recibieron comboterapia de inmunosupresor y VDZ y el mPDAI en semana 52 ( $p=0.04$ ). En el análisis multivariable la exposición de otros biológicos previo a VDZ se correlacionó significativamente con mayores niveles de CF en semana 52 ( $p=0.04$ ). Hubo 4 eventos adversos (8.5%) (2 faringitis, 1 aftas y artralgias y 1 fístula perianal. Durante el primer año se retiró el tratamiento en 11 pacientes (23%), por fallo primario 8, eventos adversos 1 y pérdida de respuesta 2.

## CONCLUSIONES

En vida real, VDZ parece eficaz y seguro en un porcentaje importante de pacientes con reservoritis crónica, sobre todo si se usa precozmente y asociado a inmunosupresor.

## 8. INFlixIMAB SUBCUTÁNEO MANTIENE LA EFICACIA MÁS ALLÁ DE LOS DOS AÑOS TRAS EL CAMBIO DE LA FORMULACIÓN ENDOVENOSA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

J. Gutiérrez<sup>1</sup>, M. Gil<sup>1</sup>, L. Martí<sup>2</sup>, M. Iborra<sup>3</sup>, M.M. Boscá-Watts<sup>4</sup>, J.J. Ramírez<sup>5</sup>, L. Sanchis<sup>6</sup>, L. Ruiz<sup>1</sup>, A. Garrido<sup>7</sup>, G. Alemany<sup>2</sup>, C. Suria<sup>4</sup>, J.M. Paredes<sup>8</sup>, M. Beceiro<sup>1</sup>, A. Montoya<sup>1</sup>, J.M. Huguet<sup>1</sup>

1 Hospital General Universitario de Valencia, 2 Hospital Francesc Borja de Gandía, 3 Hospital Universitari i Politècnic la Fe de Valencia, 4 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 5 Hospital Lluís Alcanyis de Xativa, Valencia, 6 Hospital de Sagunto, Valencia, 7 Hospital Universitari y Politècnic la Fe de Valencia, 8 Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia

## INTRODUCCIÓN

No disponemos de datos a largo plazo del uso de infliximab subcutáneo (IFX SC) en la EI.

## OBJETIVO

Evaluar la persistencia, 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 a 2 años 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 71 pacientes. En dosificación intensificada 33, y 38 en dosificación estándar (5 mg/kg cada 8 semanas). El 52 % eran mujeres, la media de edad fue de 40,8 años. El 59% de los pacientes estaban afectados por una EC. De media 35 meses previos con IFX IV. No se observaron diferencias respecto al biomarcadores séricos (PCR) entre las determinaciones medias basales (IFX IV) [mediana 0.7 mg/dL] y a los 2 años [mediana 0.4 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 los 2 años (8,1 vs 14.3;  $p < 0,001$ ). 38 pacientes estaban en tratamiento inmunosupresor asociado en el momento del cambio, de ellos el 50% lo habían retirado a los 2 años. La persistencia del tratamiento a 2 años fue del 87,3% (se retiró el tratamiento en 2 pacientes por pérdida de eficacia; 3 por deseo de volver a al IFX IV, 2 abandonaron el tratamiento estando en remisión, 1 paciente perdió seguimiento y otro paciente fue exitus). Solo hubo 3 eventos adversos todos ellos leves.

## CONCLUSIONES

La persistencia del fármaco a 2 años fue del 87,3%. 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 el 50% de los pacientes. Realizar el switch de IFX IV a IFX SC es seguro en la EII.

## 9. TENDENCIAS DE PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS ERRADICADORES Y DE SU EFECTIVIDAD EN PACIENTES NAÏVE A LO LARGO DE 12 AÑOS (2013-2024) EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: DATOS DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI-HP-EUREG

A.I. Montoya <sup>1</sup>, J. Gutiérrez <sup>1</sup>, M. Gil <sup>1</sup>, I. Ortiz <sup>2</sup>, L. Gimeno <sup>3</sup>, A. Pozo <sup>4</sup>, R. Antón <sup>5</sup>, N. Gimeno <sup>6</sup>, L. Larrey <sup>7</sup>, G. Ladrón <sup>3</sup>, P. Suárez <sup>1</sup>, C. Torres <sup>1</sup>, M. Mora <sup>6</sup>, A. Canno-Catalá <sup>8</sup>, P. Parra <sup>9</sup>, L. Moreira <sup>10</sup>, O. P. Nyssen <sup>9</sup>, J. P. Gisbert <sup>9</sup>, J.M. Huguet <sup>1</sup>

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 Hospital de Manises, 7 Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, 8 Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, 9 Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, 10 Hospital Clínic de Barcelona

## INTRODUCCIÓN

La infección por *H. pylori* se puede tratar y erradicar con éxito si se siguen correctamente las recomendaciones de los documentos de consenso. Es esencial evaluar de forma continua la aplicabilidad de estas recomendaciones.

## OBJETIVOS

Analizar la prescripción y eficacia de los tratamientos erradicadores de primera línea en la Comunidad Valenciana, tras 12 años de experiencia.

## MÉTODOS

Registro sistemático y prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos sobre el manejo de la infección por *H. pylori* (Hp-EuReg). Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap. Se llevó a cabo la extracción y análisis de los tratamientos empíricos más frecuentes de primera línea prescritos en la Comunidad Valenciana desde 2013 hasta junio 2024. La efectividad de las terapias se analizó por intención de tratar modificada.

## RESULTADOS

Se analizaron 1.478 pacientes naïve a tratamiento, con una edad media de 52 años y el 62% de mujeres. La indicación más frecuente fue la dispepsia no investigada (36%). Los 3 tratamientos más frecuentes fueron: cuádruple con claritromicina-amoxicilina-metronidazol en 829 pacientes, cuádruple con bismuto en cápsula única con metronidazol-tetraciclina-bismuto en 504 pacientes y triple con claritromicina-amoxicilina en 72 pacientes (ver tabla). Las dosis prescritas de IBP fueron bajas (20 mg de omeprazol equivalente cada 12h) en 82%, estándar en el 3.7% y altas en el 12%, observándose un aumento del uso de las dosis altas en los últimos años (alrededor 50%). Se identificó un aumento en la duración de los tratamientos, ya que en los años 2013 a 2017 las terapias de 7 días pasaron del 25% al 0%. La efectividad de las tres terapias más frecuentemente prescritas fue del 75% con la triple, del 88% con la cuádruple y del 94% con la cuádruple con bismuto en cápsula única. El cumplimiento global fue del 98%. La incidencia de al menos un evento adverso fue del 28%, siendo los más frecuentes la disgeusia, diarrea y náuseas. Solo hubo un evento adverso grave grave (0.07%). El 1.8% del total de los pacientes suspendió el tratamiento por un evento adverso.

TRATAMIENTOS ERRADICADORES <i>H. PYLORI</i> EN PRIMERA LÍNEA COMUNIDAD VALENCIANA													Total
Esquema tratamiento	AÑO DE VISITA												
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Triple C-M	0%	3.7%	2.1%	1.8%	0.9%	1.3%	2.3%	0%	0%	0%	0%	0%	1.4%
Triple C-A	30%	24.8%	8.6%	3.7%	0.9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	5%
Quádruple C-A-M	65%	69.7%	86%	84.4%	70.3%	34.2%	19.8%	35.4%	62.5%	29.7%	12.5%	27.5%	57.2%
Pylera*	2.5%	0%	0%	9.2%	27%	63.8%	77.9%	62.5%	35%	67.8%	85%	66.7%	34.8%
Otros	2.5%	1.8%	3.3%	0.9%	0.9%	0.7%	0%	2.1%	2.5%	2.5%	2.5%	3.8%	1.6%

C: Claritromicina; M: Metronidazol; A: Amoxicilina; Pylera\*: Quédruple Bismuto en una única capsula; Otros: incluye 9 terapias con menos de 1% del total cada una de ellas.



## CONCLUSIONES

1. Incorporación progresiva de las recomendaciones de los consensos a la práctica clínica.
2. Solamente la pauta cuádruple con bismuto en cápsula única consigue tasas de erradicación por encima del 90% deseable.
3. Eventos adversos bajos y en general leves.

## 10. OPTIMIZANDO RESULTADOS CON USTEKINUMAB INTRAVENOSO DE MANTENIMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ALTAMENTE BIOEXPUUESTOS

E. Coello Córdoba <sup>1</sup>, A. Mínguez Sabater <sup>1</sup>, C.M. Murcia Moreno <sup>1</sup>, M. Gómez Otero <sup>2</sup>, A. Garrido Marín <sup>1</sup>, P. Ripoll Abadía <sup>1</sup>, M. Aguas Peris <sup>1</sup>, M. Iborra Colomino <sup>1</sup>, E. Cerrillo Bataller <sup>1</sup>, L. Tortosa Seguí <sup>1</sup>, G. Bastida Paz <sup>1</sup>, P. Nos Mateu <sup>1</sup>

1 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, 2 Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

## INTRODUCCIÓN

Ustekinumab (UST) es un tratamiento efectivo en enfermedad de Crohn (EC) y en colitis ulcerosa (CU). Sin embargo, algunos pacientes no responden a las dosis convencionales subcutáneas (SC) y pierden respuesta en el seguimiento. El empleo de UST intravenoso (IV) de mantenimiento podría jugar un papel en estos casos.

## OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de UST IV de mantenimiento en pacientes con fracaso a UST SC.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo unicéntrico en pacientes adultos con UST IV de mantenimiento. Se evaluó el descenso de los marcadores bioquímicos de actividad, los niveles valle de UST y los índices clínicos de actividad pre y post mantenimiento IV. La remisión bioquímica se definió como la disminución porcentual de calprotectina fecal (CF)  $\geq 80\%$  y/o CF final  $\leq 250\mu\text{g/g}$  y proteína C reactiva (PCR)  $< 5\text{mg/l}$ .

## RESULTADOS

Se incluyeron 31 pacientes de los 335 en tratamiento con UST (9,25%): EC 24 (77,4%), CU 7 (22,6%). Hasta 2/3 de los pacientes con EC tenían un fenotipo complicado (B2/B3) y el 50% enfermedad perianal (EPA). Todos los pacientes incluidos estaban bioexpuestos, y el 61,3% habían llevado  $\geq 2$  biológicos.

La mediana del índice Harvey-Bradshaw antes del mantenimiento IV fue de  $6,5 \pm 4,38$  vs.  $5 \pm 3,1$  en la semana 8 ( $p=0,024$ ) vs.  $4,1 \pm 3,1$  en la semana 24 ( $p=0,019$ ).

La mediana de los niveles valle de UST antes del mantenimiento IV fue de 1,40 g/ml (IQR: 2,3) vs. 5,35 g/ml (IQR: 4,1) en la semana 8 ( $p<0,001$ ) vs. 4,8 g/ml (IQR: 3,9) en la semana 24 ( $p<0,001$ ). La mediana de CF antes del mantenimiento IV fue de 809 g/g (IQR: 2.256) vs. 423 g/g (IQR: 999) en la semana 8 ( $p=0,025$ ) vs. 333g/g (508) ( $p=0,001$ ) en la semana 24.

Al final del seguimiento, el 48% entró en remisión bioquímica. La presencia de EPA se asoció a una menor remisión biológica (70,6 vs. 27,3%;  $p=0,025$ ). La mediana del tiempo de mantenimiento con UST IV fue de 8,55 (IQR: 23,9) meses. En el 83,9% de los pacientes no se documentaron infecciones graves ni neoplasias.

## CONCLUSIONES

El uso de UST IV de mantenimiento parece una estrategia efectiva y segura que podría servir como tratamiento de rescate ante el fracaso a UST SC especialmente en pacientes altamente bioexpuestos o con EC con fenotipo complicado.

## 11. POEM PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO: ESTUDIO OBSERVACIONAL Y PROSPECTIVO

J.A. Andreu Viseras, G. Kaur Singh, N. Sala Miquel, F.J. Puchol Rodrigo, V. Moreno Torres, A. Tirado Escuder, V. Ausina Pous, S. Pérez Brotons, C. Mangas Sanjuan, J.F. Martínez Sempere  
Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

## INTRODUCCIÓN

La miotomía endoscópica peroral (POEM) constituye un tratamiento mínimamente invasivo de los trastornos motores esofágicos.

## OBJETIVO

Valorar la eficacia y seguridad de POEM en un hospital de tercer nivel durante la fase inicial de la curva de aprendizaje.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, prospectivo y unicéntrico que incluye pacientes con trastornos motores esofágicos intervenidos mediante POEM entre 2020 y 2024. Se realizó POEM mediante abordaje posterior con miotomía selectiva en esófago y transmural en EEI y estómago. La longitud de la miotomía fue ajustada a los hallazgos manométricos.

## RESULTADOS

POEM realizado en 29 pacientes (15 (52%) mujeres; edad media 54 años ( $\pm 18.5$ )) con trastorno motor esofágico (22 (76%) acalasia tipo 2; 4 (14%) acalasia tipo 3; 3 (10%) EED). Previamente al tratamiento, realizamos una valoración clínica con Eckardt score (mediana de 7 puntos (rango 4-12)) y una manometría para determinar IRP (media de 30.9 mmHg ( $\pm 12.5$ )). La mediana de duración del procedimiento fue de 90 minutos (rango 40-240). A los 3 meses del procedimiento, el valor mediano del Eckardt score fue de 1 punto (rango 0-7;  $n=21$ ), siendo inferior a 3 puntos en 16 pacientes (76%), y el IRP medio fue de 7.3 ( $\pm 4.2$ ). Eckardt score al año ha sido calculado en 10 pacientes obteniendo una mediana de 0 (rango 0-5), siendo inferior a 3 en 9 pacientes (90%). Presentaron complicaciones 5 pacientes (17%): perforación ( $n=3$ ); neumotórax ( $n=1$ ); derrame pleural ( $n=3$ ); fístula esofágica ( $n=1$ ); empiema ( $n=1$ ); dolor abdominal ( $n=1$ ).



## CONCLUSIONES

POEM muestra eficacia técnica en todos los casos. Sin embargo, hay algunos casos sin clara mejoría clínica, probablemente, atribuible a la insuficiente capacidad motora del esófago. Es un procedimiento seguro aún en fase inicial de la curva de aprendizaje.

## 12. MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL (POEM) PARA EL TRATAMIENTO DE LA ACALASIA: EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

J.M. Varela Fernández, S. González Padilla, P. Poyatos García, A. Sanahuja Martínez, M. Ponce Romero, P. Mas Mercader, A. Peña Aldea, V. Merino Murgui, V. Sanchiz Soler, I. Pascual Moreno  
Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

La miotomía endoscópica peroral (POEM) se ha establecido como una técnica de primera línea para el tratamiento de la acalasia por su elevada eficacia en el control de síntomas y su baja tasa de eventos adversos.

### OBJETIVOS

Describir y evaluar la experiencia de nuestro grupo en la realización de POEM en pacientes con acalasia.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo, que incluye a todos los pacientes con acalasia tratados mediante POEM en nuestro centro desde mayo de 2022. Se describe la técnica endoscópica y la incidencia de complicaciones, y se evalúa los cambios en las variables clínicas, manométricas y radiológicas antes y a los 3-6 meses tras POEM. Además, se analiza la incidencia de reflujo gastroesofágico (RGE) tras POEM mediante gastroscopia y pH-metría.

### RESULTADOS

Se incluyen 10 pacientes (7 mujeres), con una edad mediana de 55 años (33-69). El diagnóstico manométrico fue: acalasia tipo II en 6, acalasia tipo I en 2 y acalasia tipo III en 2 pacientes, todos sin tratamientos previos.

Se realizaron 10 miotomías de localización posterior en un tiempo medio de 160 minutos, 9 selectivas y 1 fullthickness parcial, con una longitud de miotomía de 6+2cm salvo 1 paciente con acalasia tipo III que fue de 12+2cm.

Se produjo una perforación de la mucosa gástrica, que se trató con clip over-the-scope, y un defecto de cierre de la mucosotomía por caída de clips en la gastroscopia realizada a las 24 horas, que se resolvió al reponer los clips. Se objetivó neumoperitoneo en un paciente, resuelto tras colocación de catéter de 16G. La estancia mediana hospitalaria fue 3,5 días (3-4).

Se observó una menor puntuación en la escala de Eckardt al mes y a los 6 meses tras POEM.

El estudio manométrico demostró un descenso de la presión media del esfínter esofágico inferior (EEI), un aumento de la relajación del EEI y una reducción de los signos de obstrucción al flujo en el test de sobrecarga. En el esofagrama se apreció una reducción de la altura de la columna de bario tras POEM, sin alcanzar la significación estadística.

El 50% de los pacientes evaluados presentaron un tiempo de exposición al ácido patológico en la pH-metría realizada a los 3-6 meses tras POEM.

## CONCLUSIONES

La miotomía endoscópica peroral ha demostrado eficacia en el control de síntomas y una mejoría en los principales parámetros manométricos, con una baja tasa de complicaciones.

## 13. EFICACIA CLÍNICA DE LA TERAPIA DE VACÍO ENDOLUMINAL (TVE) PARA EL TRATAMIENTO DE FÍSTULAS ESOFÁGICAS POSTQUIRÚRGICAS

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

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

## INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de las fístulas posquirúrgicas del tracto digestivo superior (dehiscencia de anastomosis, perforación aguda, complicaciones de cirugía bariátrica), el uso de la terapia de vacío endoluminal (TVE) es una alternativa emergente y eficaz. EsoSponge (ES) y VACStent (VS) son los dos productos disponibles actualmente.

## OBJETIVOS

Conocer y realizar un estudio comparativo de la tasa de éxito técnico y clínico de EC y VS en un centro hospitalario terciario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional prospectivo entre enero de 2023 y julio de 2024. Se han incluido pacientes con dehiscencia de anastomosis o perforación aguda tras esofagectomía y reconstrucción gástrica tratados con TVE como primera línea (n=12; ES=11 y VS=1) o como segunda línea (n=4), tras fallo a prótesis esofágica (n=1) o a ES (n=4), tratados con ES (n=1) y VS (n=3) respectivamente. Se recogieron variables clínicas y técnicas (duración del tratamiento, número de recambios) y aparición de efectos adversos.

## RESULTADOS

Se incluyeron 14 pacientes con una mediana de edad de 63 años. Los valores medianos del tamaño, distancia a arcadas dentarias y días hasta el diagnóstico de la fuga fueron de 7,5mm; 22,5cm y 10 días respectivamente.

Se alcanzó la resolución de la fuga en primera línea en 7 de 12 pacientes (VC 100%; ES 54,5%).



Se obtuvo un 100% de éxito técnico y clínico con el uso de ETV en segunda línea.

La mediana de días hasta la curación de la fuga fue de 6,5 días (rango 5-26 días) con una media de kits de TVE.

utilizados de 3,5 en primera línea y de 1,75 en segunda línea.

### CONCLUSIÓN

El uso de TVE de forma combinada tiene una eficacia elevada en el tratamiento de fugas esofágicas postquirúrgicas.

La localización y el tamaño de la fuga determinan la mejor opción terapéutica.

## 14. CÁNCER GÁSTRICO Y DUODENAL EN EL SÍNDROME DE LYNCH: INCIDENCIA Y RENDIMIENTO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

V. Ausina Poüs, N. Sala-Miquel, M. Sáez, S. Pérez Brotons, G. Kaur Singh, S. Baile-Maxía, R. Jover  
Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con síndrome de Lynch (SL) presentan predisposición a diferentes tumores, entre ellos cáncer gástrico (CG) y duodenal (CD), especialmente aquellos con mutaciones específicas o agregación familiar. No obstante, es todavía incierto el papel de la endoscopia digestiva alta (EDA) en estos pacientes, con recomendaciones heterogéneas entre las guías.

### OBJETIVO

Estimar la incidencia de CG y CD en pacientes con SL, de forma global y en subgrupos de mayor riesgo, así como esclarecer la utilidad del cribado o vigilancia mediante EDA.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda sistemática en Pubmed y Embase de estudios de cohorte y ensayos clínicos desde el inicio hasta abril 2024. Se calcularon las incidencias de CG y CD, así como el riesgo relativo (RR) e intervalo de confianza al 95% (IC95%) en aquellos estudios que comparaban pacientes en seguimiento bajo EDA vs sin seguimiento. Se realizó un meta-análisis utilizando un modelo de efectos aleatorios. La heterogeneidad fue evaluada con el estadístico I<sup>2</sup>.

### RESULTADOS

Se obtuvieron 584 estudios, de los cuales se incluyeron 28, con 31264 pacientes con SL. La incidencia de CG fue de forma global 2.04% (IC95% 1.63-2.45), en portadores de mutación en MLH1 2.60% (IC95% 1.61-3.6), en MSH2 2.91% (IC95% 2.05-3.78) y en aquellos con SL y antecedentes familiares 25.94% (IC95% 15.01-36.87). La incidencia de CD fue 1.61% (IC95% 1.21-2.00). Únicamente 3 estudios compararon pacientes con SL en seguimiento con EDA vs sin seguimiento, evidenciando un efecto protector de la EDA para CG [RR 0.31 (IC95% 0.14-0.69)], aunque no para CD [RR 0.65 (IC95% 0.22-1.32)].

## CONCLUSIONES

La incidencia de CG y CD en pacientes con SL es mayor que la de la población general, especialmente en aquellos pacientes con mutaciones en MLH1, MSH2 o agregación familiar. La vigilancia con EDA podría ayudar a reducir esta incidencia a través del diagnóstico de lesiones premalignas.

## 15. INFRA Y SOBRETAMIENTO DE LESIONES COLORRECTALES EN EL SERVICIO DE ENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

V. Ausina Poüs, N. Sala-Miquel, M. Sáez, S. Baile-Maxía, R. Jover, C. Mangas-Sanjuan, J. Martínez-Sempere

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

## INTRODUCCIÓN

Las agendas específicas de resección de lesiones colo-rectales (LCR) y los avances endoscópicos han mejorado la caracterización y adecuación de los tratamientos según la predicción de malignidad, aunque existen casos de infra y sobretamiento.

## OBJETIVO

Definir las características de las LCR con sobre- e infra-tratamiento en un hospital de tercer nivel con agenda específica de resección avanzada.

## MÉTODOS:

Periodo 2019-2024.

- Estudio prospectivo: pacientes con lesiones reseçadas endoscópicamente pero enviadas para tratamiento quirúrgico por criterios anatómo-patológicos (grupo 1).
- Estudio retrospectivo: pacientes con LCR enviadas a cirugía por predicción endoscópica de invasión profunda y con histología en la pieza con ausencia de criterios para dicho tratamiento (grupo 2).

## RESULTADOS:

- Grupo 1: 29 pacientes de un total de 464 (6,25%): edad  $67 \pm 11$  años, 55.2% hombres. Mediana de tamaño 30 (10-63) mm; 62.1% en colon distal (CD). Morfología predominante Is (25%) y Isp (17%), siendo el 51,7% lesiones de tipo LST, el 24,1% de estas LST-GM. El 65,5% fueron NICE 2. En 19 pacientes (65,5%) (13 resección fragmentada, 6 resección en bloque) no se encontró evidencia de malignidad en la pieza quirúrgica.
- Grupo 2: 8 pacientes: edad  $74 \pm 10$  años, 50% hombres. Características de las lesiones: tamaño 40 (30-50) mm; 75% en colon proximal (CP); 50% morfología sésil (Is) y 37.5% LST NG-PD. U n 87.5% de las lesiones NICE 3.



## CONCLUSIONES

Las lesiones sobre-elevadas (Is y Isp) fueron aquellas que más se sobre e infra-trataron. Aquellas que se localizaron en CP fueron más susceptibles de sobre-tratamiento, no obstante, las localizadas en CD se infra-trataron. Sin embargo, en el grupo de supuesto infra-tratamiento no se encontró evidencia de malignidad en la pieza quirúrgica. En un elevado porcentaje se podría haber evitado la cirugía si la resección hubiera sido en bloque.

## 16. RESULTADOS CLÍNICOS TRAS LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁNCER COLORRECTAL PT1: SERIE DE CASOS

J. Torrente Sánchez, A.A. Pérez Ibáñez, A. Rabadán Mata, A. López Serrano, G. Vidal Iniesta, S.A. Gómez Abril, M. Fquihi, S. Albert Palomares, E. Peiró García, P. Martínez Morcillo, M. González Ferrandis

Hospital Universitari Doctor Peset, Valencia

## INTRODUCCIÓN

Con la implementación de programas de cribado de cáncer colorrectal (CCR), la incidencia de CCR precoz (pT1) se ha incrementado de forma notable. El tratamiento de elección del CCR es la cirugía con resección ganglionar, pero el CCR pT1 tiene muy buen pronóstico con tasas de supervivencia libre de enfermedad a 5 años superior al 90% y, gracias a la endoscopia avanzada, puede ser tratado localmente con abordaje mínimamente invasivo en muchos casos.

## OBJETIVO

Describir las características de los pT1 resecaos y la evolución de pacientes con CCR precoz sin cirugía complementaria.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes a los que, tras polipectomía endoscópica, se detecta un CCR pT1NOM0, durante 2009-2024 en un centro terciario. Se ha realizado un análisis descriptivo mediante SPSS 22.0. Las variables cuantitativas son expresadas en media (DE) o en mediana (rango).

## RESULTADOS

Se incluyen un total de 38 pacientes con una edad media de 69,2 (8,6) años, de los cuales el 47,4% (18/38) son mujeres. En 15 (39,5%) pacientes se realizó cirugía complementaria por presencia de factores de riesgo de recidiva (10 pacientes), márgenes de resección afectos (3) o imposibilidad técnica de resección endoscópica completa (2).

En 23 (60,5%) pacientes se decidió seguimiento endoscópico estrecho. El CCR pT1 se localizó en sigma en el 61% de los casos, con predominio de morfología Paris 0-Ip (56%) y un tamaño de 20 (6-80) mm de mediana. La resección endoscópica se consideró completa en el 91% de los casos, siendo fragmentada en el 27%. En cuanto a los factores de riesgo de recidiva, el 50%

de los casos eran adenocarcinomas no bien diferenciados (G2/G3), con bordes de resección afectos en el 30% y con una mediana de profundidad de invasión de la submucosa de 2,4 (2,0-7,0) mm.

Se han realizado una mediana de 2 (2-9) colonoscopias de seguimiento en una mediana de 2,7 (0,14-15,75) años, detectándose recidiva en 3 (13%) pacientes, todos ellos con factores de riesgo de recidiva: 2 pacientes con displasia en la cicatriz de polipectomía previa y un paciente con metástasis regionales y a distancia.

## CONCLUSIONES

Los pacientes con CCR precoz resecaados endoscópicamente y que presentan factores de riesgo de recidiva pueden presentar recidiva tumoral a distancia, por lo que hay que insistir en realizarles cirugía oncológica complementaria.

## 17. TASA DE DETECCIÓN DE LESIONES SERRADAS, ¿ES NECESARIO MONITORIZARLA COMO PARÁMETRO DE CALIDAD EN COLONOSCOPIA?

E. Coello Córdoba, C.M. Murcia Moreno, C. Soutullo Castiñeiras, N. Alonso Lázaro, C. Satorres Paniagua, M. García Campos, S. García García, V. Lorenzo-Zúñiga García, L. Argüello Viudez, V. Pons Beltrán, M. Bustamante Balén

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

## INTRODUCCIÓN

Se ha propuesto la inclusión en las guías de calidad de parámetros de detección de lesiones serradas (LS). No existe consenso sobre su utilidad ni sobre los valores propuestos como puntos de corte.

## OBJETIVOS

Valorar si, en un contexto de endoscopistas altos detectores, los indicadores de detección de lesiones serradas permiten identificar endoscopistas con mejor desempeño en la colonoscopia de cribado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva de colonoscopias de cribado de CCR entre Enero-2017 y Enero-2024 en un único centro. Se incluyeron sólo endoscopistas con  $\geq 100$  exploraciones. Parámetros de detección de lesiones serradas: tasa de detección de lesiones serradas sésiles (TDLSS) y de lesiones serradas combinadas (TDLSC = LSS + PH proximales + PH  $\geq 10$ mm + LS proximales + LS  $\geq 10$ mm + adenomas serrados tradicionales). Se dividieron los endoscopistas en Grupo “Mejores” (TDLSS y TDLSC > media) y “Peores” (TDLSS y TDLSC < media). Se compararon ambos grupos para el resto de indicadores: tasa de detección de lesiones (TDL), de detección de adenomas (TDA), TDA-plus, de detección de adenomas avanzados (TDAA), de intubación cecal (TIC) y tiempo de retirada (TR)  $\geq 6$  min o  $\geq 10$  min).



## RESULTADOS

Se evaluaron 9 endoscopistas (TDA  $\geq 55\%$ ). La TDLS media fue 5% y la TDLS media fue 15%. En la tabla se resumen las medias de cada parámetro para ambos grupos de endoscopistas.

	TDL	TDA	TDAA	TDA-plus	TDLS-plus	TIC	TR6	TR10
Peores (n=5)	66,7	59,2	18,1	3,2	2,1	90,6	64,8	11,7
Mejores (n=4)	75,5	67,1	17,4	4,8	2,6	91,5	77,5	36,7
p	0,08	0,08	1	0,01	0,32	0,08	0,32	0,02

TDA/TDLS plus = media de lesiones en colonoscopias con más de una lesión

## CONCLUSIONES

Los endoscopistas con TDLS y TDLS superiores a la media podrían tener mayor TDL, TDA, TDA-plus y tiempos de retirada más prolongados, indicando diferentes niveles de desempeño. Los puntos de corte TDLS 5% y TDLS 15% podrían ser apropiados para hacer esta distinción.

## 18. EFECTO DE UN SISTEMA DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA DETECCIÓN DE DISPLASIAS DURANTE LA COLONOSCOPIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE LARGA EVOLUCIÓN: ESTUDIO CLÍNICO ALEATORIZADO

S. Albert Palomares <sup>1</sup>, M. Fquihi Chetouani <sup>1</sup>, P. Latorre Añó <sup>1</sup>, N. Moreno Sánchez <sup>1</sup>, J. Torrente Sánchez <sup>1</sup>, A.A. Pérez Ibáñez <sup>1</sup>, E. García Peiró <sup>1</sup>, A. Rabadán Mata <sup>1</sup>, F. Santonja <sup>2</sup>, J.M. Paredes Arquiola <sup>1</sup>, A. López Serrano <sup>1</sup>

1 Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia, 2 Servicio de Estadística. Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) colónica de larga evolución presentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer colorrectal (CCR). La cromoendoscopia virtual (CEV) con biopsias es una de las técnicas actuales de cribado de displasia de colon. La inteligencia artificial (IA) pretende aumentar la detección de pólipos y lesiones premalignas.

## OBJETIVO

Comparar la eficacia de la colonoscopia asistida por un Sistema de IA con la CEV en la detección y caracterización de displasias de colon en pacientes con EII de larga evolución.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, unicéntrico, que incluye a pacientes con EII de larga evolución desde septiembre hasta julio 2024. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente en el grupo control (CEV con NBI) o en el grupo caso (IA con Sistema CAde). Durante la endoscopia, se valoró el tiempo de exploración, las alteraciones mucosas y las lesiones detectadas, remitidas

para estudio histológico. Comparamos la proporción de lesiones displásicas en relación con el número total de lesiones y la proporción de pacientes con displasia en relación con el número total de pacientes. Posteriormente comparamos los tiempos de exploración y evaluamos la concordancia entre el diagnóstico endoscópico y la histopatología.

## RESULTADOS

Se incluyeron un total de 64 pacientes, asignados aleatoriamente 32 pacientes al grupo CEV y 32 pacientes al grupo IA. Se resecaron un total de 60 lesiones en 31 (48,4%) pacientes. Un 76,7% de las lesiones se sometieron a análisis histológico. La proporción de lesiones displásicas y no displásicas fue comparable entre los grupos (p 0.353 y p 0.126, respectivamente). Al igual que la proporción de pacientes con y sin displasia (p 0.169 y p 0.545, respectivamente).

El índice Kappa de Cohens mostró escasa concordancia entre el diagnóstico endoscópico de displasia y la histopatología ( $\kappa = 0.338$ ).

## CONCLUSIONES

Este estudio preliminar muestra que no existen diferencias significativas en la detección de displasias entre la CEV con NBI y la IA con CADe en las colonoscopias de cribado de CCR, ni tampoco en el tiempo de retirada ni en la duración total de la exploración. Se necesitaría un mayor número de pacientes incluidos para su adecuada comprobación. Se observó un nivel de concordancia endoscópico e histopatológico de displasia colónica escaso.

## 19. FACTORES PREDICTORES DE ESTENOSIS TRAS LA INGESTA DE CÁUSTICO

T. García, J. Tosca, P. Poyatos, A. Sanahuja, R. Villagrasa, A. Sánchez, I. Lorca, M. Brosel, P. Mas, R. Antón, J.M. Varela, P. Lluch, V. Sánchez, M. Ponce, C. Gálvez, B. Herreros, A. Peña, M. Mínguez, I. Pascual

Hospital Clínic Universitari de València

## INTRODUCCIÓN

Tras un episodio de ingesta de cáustico, la presencia de lesión endoscópica grado IIb de Zargar se ha considerado tradicionalmente un factor de riesgo de desarrollo de estenosis; sin embargo con la elaboración de algoritmos diagnósticos basados en el riesgo que precinden de numerosas exploraciones, es frecuente que no se realice endoscopia durante el período agudo. Sería por tanto útil identificar datos clínicos y analíticos con adecuada capacidad predictora de estenosis para limitar el seguimiento endoscópico a los pacientes en riesgo, sin realizar exploraciones innecesarias.

## OBJETIVOS

Identificar las variables predictoras de estenosis

Elaborar un modelo pronóstico que permita identificar a los pacientes en riesgo y realizar su validación.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo que incluye a todos los pacientes mayores de 15 años que acuden a Urgencias de nuestro centro tras una ingesta de cáustico, durante el período comprendido entre 1995 y 2024. La variable principal analizada es el desarrollo de estenosis. Se evalúa la intensidad de la asociación de variables epidemiológicas, clínicas y analíticas con el desenlace adverso; se realiza un análisis de regresión logística para identificar los factores de riesgo independientes de estenosis y elaborar un modelo pronóstico; se comprueba la validación interna del modelo pronóstico mediante remuestreo (bootstrapping) y la validación externa en una muestra independiente de pacientes.

## RESULTADOS

Se incluye un total de 591 casos de ingesta de cáustico; 441 en la cohorte original para elaborar el modelo predictor y 150 en la cohorte de validación. Las variables predictoras de estenosis son la presencia de síntomas (OR no calculable por separación perfecta), la presencia de neutrofilia relativa (OR 35,3; IC 95% 4,5-279,9), y de acidosis metabólica -valor de  $\text{HCO}_3^-$  (OR 19,5; IC 95% 6,1-62,3), todas validadas mediante remuestreo. El modelo pronóstico elaborado mediante estas variables tiene unos valores de área bajo la curva de 0,91 (IC95% 0,85-0,97) en la cohorte original, de 0,97 (IC95% 0,91-1,00) en la de validación y de 0,92 (IC95% 0,87-0,97) de forma global.

## CONCLUSIONES

El desarrollo de estenosis tras el episodio de ingesta de cáustico puede predecirse de forma fiable mediante la combinación de variables clínicas y analíticas y así orientar la necesidad de endoscopia.

## 20. CAMBIOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS EN LA INGESTA DE CÁUSTICO EN LAS ÚLTIMAS TRES DÉCADAS

P. Poyatos, J. Tosca, T. García, A. Sanahuja, A. Sánchez, R. Villagrasa, I. Lorca, M. Brosel, P. Mas, J. Sánchez, U. Fernández, S. González, M. Boscá, P. Lluch, V. Sánchiz, M. Ponce, C. Gálvez, B. Herreros, A. Peña, M. Mínguez, I. Pascual

Hospital Clínic Universitari de València

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de la ingesta de cáusticos se mantiene estable en los últimos años debido a su difícil prevención y a los pocos cambios en su manejo.

## OBJETIVOS

El objetivo del estudio es conocer los cambios en las características epidemiológicas y clínicas de esta patología a lo largo de las últimas décadas, para identificar grupos de riesgo sobre los que priorizar la prevención.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan los datos de un estudio observacional que recoge de forma prospectiva las ingestas de cáustico de nuestro centro desde 1995 y que incluye a todos los pacientes adultos cuyo episodio agudo fue valorado en urgencias. Se analizan variables epidemiológicas y del tipo de ingesta, los factores de riesgo de evolución grave y los desenlaces clínicos más relevantes, como la necesidad de ingreso en UCI, de cirugía urgente, el fallecimiento del paciente y la formación de estenosis; se comparan los resultados de los períodos comprendidos entre 1995-2009 y 2010-2024.

## RESULTADOS

Se incluye un total de 582 episodios de ingesta de cáustico, 305 durante el primer período y 277 durante el segundo.

Las características epidemiológicas y las del tipo de ingesta son similares en ambos períodos, así como los diversos indicadores de gravedad; tampoco difieren los desenlaces clínicos graves a corto plazo (similar frecuencia de ingreso en unidad de cuidados intensivos, de necesidad de cirugía y de fallecimiento) y a largo plazo (formación de estenosis).

Los principales grupos de riesgo de ingestas graves son los pacientes mayores de 45 años (OR 4,3; 95%CI: 2,3-7,9) y la comorbilidad psiquiátrica (OR 5,2; 95%CI: 3,0-9,1), sobre todo, el síndrome depresivo (OR 7,2; 95%CI: 4,2-12,4). Las ingestas recurrentes son más frecuentes en hombres (OR 1,9; 95%CI: 1,0-3,5) y en caso de enfermedad psiquiátrica (OR 7,6; 95%CI: 3,5-16,5), principalmente en el trastorno de personalidad (OR 11,0; 95%CI: 5,5-21,9).

## CONCLUSIONES

A pesar de los cambios en el manejo de la ingesta de cáusticos, no existen cambios relevantes en las características de la ingesta de cáusticos a lo largo de las últimas décadas ni en su evolución clínica. Los grupos más vulnerables sobre los que priorizar las medidas de prevención serían los pacientes con enfermedad psiquiátrica, en particular, los que pacientes que ya han presentado un episodio de ingesta anterior.

## 21. ENCUESTA INTERNACIONAL SOBRE EL MANEJO DE LA PANCREATITIS AGUDA IDIOPÁTICA. PROYECTO UNKNOWN REGISTRY-PANCREAS2000

J.A. Andreu Viseras <sup>1</sup>, S. Pérez Brotóns <sup>1</sup>, A. Panaitescu <sup>2</sup>, A. Aronen <sup>3</sup>, A. Hadi <sup>4</sup>, V. Kyudelis <sup>5</sup>, B. Włodarczyk <sup>6</sup>, J. Laukkarinen <sup>3</sup>, S. Regnér <sup>7</sup>, L. Guilabert Sanz <sup>1</sup>

1 Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, 2 Bucharest Clinical Emergency Hospital, 3 Tampere University Hospital, 4 Copenhagen University Hospital-Amager and Hvidovre, 5 Lithuanian University of Health Sciences, 6 Medical University of Lodz, 7 Skane University Hospital

## INTRODUCCIÓN

A pesar de que conocer la causa es un pilar fundamental en el manejo de la pancreatitis aguda (PA), no existe un protocolo validado para determinar su etiología.



## OBJETIVOS

Evaluación del manejo actual internacional de la pancreatitis aguda idiopática (PAI).

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta internacional anónima de 37 preguntas sobre la demografía, las características del centro de trabajo y sus estrategias para establecer el diagnóstico y el seguimiento de las PAI. Estas fueron desarrolladas por un equipo internacional multidisciplinar.

## RESULTADOS

Los participantes (n=247) pertenecían a más de 35 países; el 39% tenía más de 10 años de experiencia clínica; 73% trabajaban en centros terciarios; 56% eran gastroenterólogos y el resto cirujanos. El mismo número de participantes (n=85, 34%) eligió la colangiografía resonancia (c-RMN) y la ultrasonografía endoscópica (USE) como primer examen a realizar de forma ideal en el caso de no haber identificado una causa de la PA después de las pruebas etiológicas básicas. Los gastroenterólogos en comparación con los cirujanos, elegían más frecuentemente la USE como test avanzado y la consideraban el test ideal tras el estudio básico 29% vs 5% ( $p < 0,0001$ ) y 41% vs 17% ( $p = 0,0001$ ) respectivamente. La mayoría de los encuestados (79% n=194) no realizarían colecistectomía en ausencia de etiología biliar, mientras que un 21% sí lo indicaría. La recurrencia o la elevación de enzimas hepáticas fueron el motivo principal de colecistectomía (n=44, 83%). No se encontraron diferencias al comparar centros terciarios y no terciarios o con disponibilidad de USE en cuanto a la indicación de colecistectomía. La mayoría de los encuestados (n=220, 89%) recomendaba seguimiento a las PAI moderadas o graves en el primer episodio; 33% (n=82) recomendaban seguimiento cada 6 meses y un 17% no recomendaban seguimiento alguno.

## CONCLUSIONES

Esta encuesta muestra las diferencias existentes en los métodos utilizados para el diagnóstico etiológico de la PA entre centros y países, particularmente en Europa.

A pesar de que se conoce la importancia de conocer la causa de la PA para la prevención de su recurrencia, la ausencia de un protocolo estandarizado y validado para este proceso sigue siendo un problema patente en nuestra práctica clínica.

## 22. MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES DE LA FIBROSIS QUÍSTICA: RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

C.M. Murcia Moreno, A. Aristizabal Cases, V. Argumánz Tello, E. Coello Córdoba, A. Solé Jover, I. Ortiz Polo, A. del Val Antoñana

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

## INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones gastrointestinales (GI) de la fibrosis quística (FQ) tienen actualmente una alta prevalencia. El incremento de la esperanza de vida de estos pacientes ha inducido un mejor conocimiento de nuevas GI, sin embargo, no existen estudios de alta calidad sobre este tema.

## OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de las GI en pacientes atendidos en una unidad de referencia de FQ de adultos y trasplante pulmonar e investigar el impacto clínico de los inmunomoduladores del regulador de la conductancia transmembrana de la FQ (CFTR) sobre las GI.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con FQ mayores de 14 años. Se registraron de la historia clínica las siguientes GI : insuficiencia pancreática exocrina (IPE), enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), gastroparesia, meteorismo, estreñimiento crónico, diarrea, síndrome de obstrucción intestinal distal (SOID), pancreatitis aguda (PA), cáncer digestivo (CD) e infecciones biliares (IB). Asimismo, se investigó la frecuencia de cáncer digestivo y el cumplimiento del cribado de cáncer colorrectal (CCR).

## RESULTADOS

Se incluyeron 234 pacientes, de los cuales 77 (32,9%) habían recibido un trasplante pulmonar. La edad media fue de 33 años (14-60), 124 (53%) hombres. La prevalencia de las GI fue la siguiente: IPE en 176 pacientes (75,2%), ERGE en 69 (29,5%), gastroparesia en 3 (1,3%), meteorismo en 23 (9,8%), estreñimiento crónico en 45 (19,2%), diarrea en 55 (35,8%), SOID en 16 (6,8%), PA en 14 (6%), CD en 8 (3,4%) e IB en 58 (21,9%). La prevalencia global de GI fue del 72%. De los 83 pacientes que fueron tratados con inmunomoduladores CFTR, 30 (36,1%) mejoraron en sus GI. De los 106 pacientes mayores de 40 años o trasplantados pulmonares desde hacía más de dos años, sólo 10 (9,6%) se habían sometido a cribado de CCR.

## CONCLUSIONES

Las GI en pacientes adultos con FQ tienen actualmente una alta prevalencia. Las GI más frecuente fueron la IPE y la ERGE. Un tercio de los pacientes tratados con inmunomoduladores CFTR experimentaron mejoría en sus GI. El cumplimiento del cribado de CCR fue bajo en esta serie de pacientes.

## 23. IMPACTO DE LA FLUIDOTERAPIA EN URGENCIAS EN LA PANCREATITIS AGUDA. ANÁLISIS POST HOC DEL ENSAYO CLÍNICO WATERFALL

S. Pérez Brotóns <sup>1</sup>, J. Andreu Viseras <sup>1</sup>, K. Cárdenas <sup>1</sup>, A. Vaillo Rocamora <sup>1</sup>, A.M. Sánchez Pardo <sup>2</sup>, I. Pascual Moreno <sup>2</sup>, P. Navarro <sup>2</sup>, E. de Madaria <sup>1</sup>, L. Guilabert <sup>1</sup>

1 Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, 2 Hospital Clínico Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El ensayo clínico WATERFALL demostró que la reanimación con fluidoterapia agresiva se asocia a una sobrecarga de fluidos en la pancreatitis aguda (PA), pero el volumen de fluidos recibido en el servicio de urgencias (VFSU) antes de la aleatorización, no se analizó.

El objetivo de este estudio fue investigar si el VFSU influye en la evolución de la enfermedad.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Ciento ochenta y seis de los 249 pacientes del ensayo clínico WATERFALL (aquellos con datos sobre el VFSU) se incluyeron en este análisis post hoc. El VFSU se definió como el volumen recibido desde su llegada a urgencias hasta la aleatorización. La mediana del VFSU fue de 700 ml; en consecuencia, clasificamos el VFSU en VFSU alto (>700 ml, 92 pacientes) frente a VFSU bajo ( $\leq$ 700 ml, 94 pacientes). La variable resultado principal fue el desarrollo de PA de moderada a grave. La variable resultado principal de seguridad fue el desarrollo de sobrecarga de fluidos. Se realizó un análisis univariante y multivariante (regresión logística) ajustado por posibles factores de confusión (etiología biliar, urea basal, escala de comorbilidad de Charlson, brazo de tratamiento WATERFALL, BISAP >2 y centro hospitalario).

## RESULTADOS

La frecuencia de PA moderada a grave fue similar en ambos grupos: 19,6% vs. 21,3% en VFSU de alto y bajo volumen respectivamente, con una odds ratio ajustada (aOR) e intervalo de confianza del 95% de 0,83 (0,38-1,83),  $p=0,65$ . La sobrecarga de fluidos también fue similar: 9,8% y 16% respectivamente, aOR 0,75 (0,27-2,10),  $p=0,58$ . Se detectó una mayor intensidad de los síntomas en el grupo de VFSU alto según la puntuación PAN-PROMISE, aOR 2,12 (1,12-4,01),  $p=0,02$ .

## CONCLUSIÓN

Un alto VFSU no está relacionado con mejores resultados clínicos en la PA, sin embargo, tampoco se asocia a un mayor riesgo de sobrecarga de fluidos.

## 24. BRAQUITERAPIA CON MICROPARTÍCULAS 32P GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO: EXPERIENCIA INICIAL

M. Fquihi Chetouani <sup>1</sup>, S. Albert Palomares <sup>1</sup>, A.A. Pérez Ibáñez <sup>1</sup>, J. Torrente Sánchez <sup>2</sup>, P. del Pozo del Valle <sup>2</sup>, E. Caballero Calabuig <sup>2</sup>, J.M. Paredes Arquiola <sup>1</sup>, A. López Serrano <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia, <sup>2</sup> Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de páncreas (CP) tiene una elevada mortalidad. Al diagnóstico, tan sólo un tercio de los pacientes son candidatos a cirugía con intención curativa. Recientemente, la braquiterapia pancreática con micropartículas de fósforo radiactivo (32P) como parte del tratamiento neoadyuvante, permite aumentar la tasa de resecciones en más del 20%.

## OBJETIVO

Presentar la experiencia en nuestro departamento con la administración de micropartículas 32P guiadas por ecoendoscopia en pacientes con CP localmente avanzado (CPLA).

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en el que se incluyen 3 pacientes mujeres con CPLA que han recibido tratamiento con micropartículas 32P (Oncosil™), desde enero a mayo de 2024. Se utilizó una aguja de 22G Expect™ Slimline (Boston Scientific) a través de un Ecoendoscopio modelo EG-3870UTK (Pentax) con Plataforma Avius (Hitachi Vision).

## RESULTADOS

Las pacientes tenían una edad media (rango) de 75 (73-78) años. Habían recibido 6-8 ciclos de Gemcitabina-nabpaclitaxel. El tiempo medio (DS) desde el diagnóstico fue de 14.3 (2.94) meses (mín-máx: 11-17 meses). En el momento del tratamiento ecoendoscópico, el volumen tumoral medio (DS) fue de 8.6 (0.69) cm<sup>3</sup> (mín-máx: 6-12.5 cm<sup>3</sup>). Se aplicó sedación profunda en 2 pacientes y anestesia general en uno. El tiempo medio (DS) de procedimiento fue de 51 (7.87) minutos (mín-máx: 40-58 min). En 2 casos se aplicó 32P en un punto y en uno en dos puntos del lecho tumoral. Mediante gammagrafía se comprobó éxito técnico en las 3 pacientes. No hubo complicaciones inmediatas ni tardías. Hubo un aumento transitorio de CA19.9 en sangre en una paciente. A los 17 (15) meses de seguimiento, la enfermedad permaneció estable y una paciente fue propuesta para rescate quirúrgico.

## CONCLUSIONES

La braquiterapia pancreática con micropartículas de 32P mediante ecoendoscopia es un procedimiento seguro y técnicamente factible en pacientes con CPLA. Es necesario un seguimiento a largo plazo para comprobar su utilidad real.

## 25. VALORACIÓN DE ENFERMEDAD HEPÁTICA ALCOHÓLICA NO CONOCIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA CON DISFUNCIÓN METABÓLICA MEDIANTE EL ANI SCORE: RESULTADOS PRELIMINARES

C. Alventosa Mateu <sup>1</sup>, M. Latorre Sánchez <sup>1</sup>, I. Castelló Miralles <sup>1</sup>, L. González González <sup>2</sup>, B. Climent Díaz <sup>3</sup>, J.J. Urquijo Ponce <sup>1</sup>, M. Diago <sup>1</sup>

1 Sección de Hepatología. Servicio de Patología Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, 2 Servicio de Patología Digestiva. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, 3 Unidad de Toxicología. Servicio de Medicina Interno. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

La guía EASL-EASD-EASO sobre enfermedad hepática esteatósica incide en distinguir entre enfermedad hepática esteatósica con disfunción metabólica (MAFLD) y enfermedad hepática mixta esteatósica y alcohol (MetALD). Para ello recomienda registrar el consumo de alcohol y/o emplear biomarcadores validados para detectarlo. Sin embargo, el paciente puede referir un consumo de alcohol menor del real y no existe un biomarcador ampliamente distribuido y de fácil aplicabilidad. No obstante, el ALD/NAFLD (ANI) score ha demostrado capacidad para identificar pacientes con alto riesgo de enfermedad hepática alcohólica en base a parámetros analíticos rutinarios.



## OBJETIVOS

Determinar mediante ANI score la potencial presencia de MetALD no conocida en pacientes con MAFLD.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto unicéntrico retrospectivo en pacientes controlados por MAFLD en consultas de Digestivo durante mayo y junio de 2024. Consideramos MAFLD la presencia de esteatosis hepática con ingesta de alcohol <20 gr/día en mujeres y <30 gr/día en hombres,  $\geq 1$  factor de riesgo cardiovascular y sin otras causas etiológicas. Excluimos pacientes con hepatopatía crónica avanzada. Se consideró probabilidad de MetALD si ANI>0 (equivalente a probabilidad >50%). Se registraron variables sociodemográficas, consumo de alcohol (durante los últimos 12 meses) y grado de fibrosis hepática y CAP mediante Fibroscan. Se compararon estas variables entre los grupos ANI >0 y ANI<0, siendo significativo  $p<0.05$ .

## RESULTADOS

Incluimos 85 pacientes, edad media  $61,8\pm 9.7$  años, 52.9% varones. En el 63.3% (54/85) estaba registrado en la historia clínica si el paciente consumía alcohol, de los cuales el 53.4% (29/54) referían no consumirlo. Según ANI score el 21.2% (18/85) presentaban probabilidad de MetALD (ANI>0), la mitad (9/18) con una probabilidad >90%. El consumo de alcohol 10-20/30 gr/día fue significativamente mayor en el grupo ANI>0 (53.9 vs 19.5%,  $p=0.03$ ), siendo todos varones. La fibrosis hepática resultó mayor en este grupo ( $7.6\pm 3.6$  vs  $5.9\pm 1.7$ ), pero sin significación estadística.

## CONCLUSIONES

ANI score no está validado para discriminar MAFLD de MetALD pero en este estudio detectamos un porcentaje relevante de enfermedad hepática por alcohol no conocida. Por tanto, podría ser una herramienta útil para evitar clasificar como MAFLD pacientes que refieran un consumo de alcohol menor del real.

## 26. IMPACTO DE LA SUPERPOSICIÓN DE HEPATITIS AUTOINMUNE Y ENFERMEDAD ESTATÓSICA HEPÁTICA ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA EN LA EVOLUCIÓN DE LA FIBROSIS HEPÁTICA

A.I. Montoya Filardi, I. Castelló Miralles, C. Alventosa Mateu, M. Rodríguez Gil, M. Latorre Sánchez, J.J. Urquijo Ponce

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

Aproximadamente un 20% de los pacientes con Hepatitis autoinmune (HAI) tienen datos de enfermedad Hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica (MASLD). Aún así se desconoce el impacto de la superposición de ambas enfermedades en el pronóstico del daño hepático.

## OBJETIVO

Determinar la prevalencia de MASLD en pacientes con HAI, así como el impacto en la respuesta al tratamiento y la evolución de la fibrosis.

## MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo con pacientes con HAI según Score Simplificado de HAI con  $\geq 6$  puntos. Se excluyeron pacientes con otra enfermedad hepática concomitante y sin biopsia hepática al diagnóstico. MASLD se definió como la presencia de esteatosis y/o esteatohepatitis en la biopsia inicial. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 60 meses (IC 5-192 meses). Se analizó la presencia de Síndrome metabólico y la relación con la progresión a fibrosis hepática. Se comparó en ambos grupos (HAI vs HAI/MASLD) la respuesta al tratamiento y la evolución a Cirrosis hepática. Consideramos significativa  $p < 0.05$ .

## RESULTADOS

Incluimos 60 pacientes, 43 pacientes HAI y 17 HAI/ MASLD. Apreciamos asociación entre la presencia MASLD y el IMC ( $p:0.023$ ), la DM2( $p:0.011$ ), la elevación de GPT( $p:0.004$ ) Y GOT basales( $p:0.002$ ), la elevación de Bilirrubina( $p:0.04$ ), así como los datos de fibroscan y el CAP( $p:0.002$  y  $p:0.001$ ).

El parámetro asociado a desarrollo de cirrosis en el evolutivo fue principalmente la presencia de Diabetes Mellitus ( $p:0.018$ ), el resto de parámetros fueron no significativos aunque con tendencia en MASLD en la biopsia y en el  $IMC > 30$  ( $p:0.058$  y  $p:0.053$  respectivamente). Un 72,4 % y un 27,6% presentaron respuesta bioquímica completa en los grupos de HAI y HAI/MASLD ( $p:0.016$ ). Se describió la presencia de Cirrosis en la biopsia basal en un 33% de los pacientes con HAI y en 66,7 % del grupo HAI/MASLD ( $p:0.043$ ). Un 5,3% y un 7% en los grupos HAI y HAI/MASLD desarrollaron cirrosis durante el evolutivo ( $p:0.070$ ). El tiempo medio de corticoides en el grupo de HAI fue de 30,58 meses y en el grupo de esteatosis de 28,44 meses sin correlación significativa.

## CONCLUSIONES

Un 28% de los pacientes presentaba MASLD, sin asociación con mayor fibrosis en el evolutivo pero con mayor fibrosis al diagnóstico y peor respuesta bioquímica al tratamiento.

## 27. ADHERENCIA LONGITUDINAL, PATRONES DE PARTICIPACIÓN Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL CON TEST DE SANGRE OCULTA EN HECES INMUNOHISTOQUÍMICO

V. Ausina Poüs, N. Sala-Miquel, M. Sáez, S. Pérez Brotons, G. Kaur Singh, S. Baile-Maxía, R. Jover  
Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante



## ANTECEDENTES

Los programas de cribado basados en test de sangre oculta en heces inmunohistoquímico (SOHi) han demostrado ser eficaces en disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal (CCR). No obstante, se desconoce cómo se modifica la adherencia longitudinal de la población y el rendimiento diagnóstico de la técnica a lo largo de sucesivas rondas de cribado.

## OBJETIVOS

Describir la adherencia poblacional, patrones de participación y rendimiento diagnóstico [en términos de tasa de positividad (TP), tasa de detección de adenomas (TDA), adenomas avanzados (TDAA) y de CCR (TDCCR)] del cribado de CCR con SOHi a lo largo de sucesivas rondas.

## MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática tras una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Embase y Cochrane. Se definieron los distintos patrones de participación en: participantes consistentes (participación en 100% de las rondas), participantes intermitentes, y rechazadores consistentes (no participación en ninguna ronda).

## RESULTADOS

La búsqueda inicial devolvió 7,293 estudios de los cuales finalmente se incluyeron 32. 15 estudios reportaron la adherencia longitudinal en una población estable con una adherencia en primera ronda de 61,44%, en segunda ronda 69,54%, en tercera ronda de 67,42%, en cuarta ronda 71,01%. 13 estudios reportaron los distintos patrones de participación con un promedio de 39,37% de participantes consistentes, 33,99% de participantes intermitentes y 29,70% de rechazadores consistentes. 19 estudios analizaron la tasa de positividad con una tasa en primera ronda 6,58%, segunda ronda 5,52%, tercera ronda 5,15%, cuarta ronda 4,83%. 7 estudios analizaron la TDA con una tasa en primera ronda 48,72%, segunda ronda 46,56%, tercera ronda 45,41%, cuarta ronda 42,12%. 10 estudios analizaron la TDAA con una tasa en primera ronda 32,77%, segunda ronda 28,85%, tercera ronda 24,41%, cuarta ronda 23,32%. Finalmente, 9 estudios evaluaron la TDCCR con una tasa en primera ronda 6,15%, segunda ronda 3,96%, tercera ronda 3,15%, cuarta ronda 2,69%.

## CONCLUSIONES

En una población estable, la tasa de participación se mantiene estable a lo largo de las rondas, con aproximadamente un 40% de participantes consistentes.

La TP y la TDCCR parece disminuir a lo largo de las sucesivas rondas, mientras que la TDA y la TDAA parecen permanecer más estables.

## 28. RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL O ADENOMA AVANZADO TRAS LA RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ADENOMAS PROXIMALES VS DISTALES: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

V. Ausina Poüs, N. Sala-Miquel, M. Sáez, S. Pérez Brotons, G. Kaur Singh, S. Baile-Maxía, R. Jover  
Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

### INTRODUCCIÓN

Hasta el momento, distintos estudios han mostrado resultados contradictorios sobre si los adenomas localizados proximalmente al ángulo esplénico presentan un mayor riesgo de cáncer colorrectal (CCR) metacrónico. Por ello, las guías actuales de vigilancia post-polipectomía no tienen en cuenta la localización de los adenomas como un factor de riesgo a tener en cuenta en las recomendaciones de vigilancia.

### OBJETIVOS

Revisión sistemática y metaanálisis para determinar el riesgo de CCR y adenoma avanzado (AA) metacrónica en pacientes con una colonoscopia basal con adenomas proximales vs sólo distales.

### MÉTODOS

Búsqueda en Pubmed, EMBASE y Cochrane de estudios de cohortes y ensayos clínicos que detallaran la incidencia de CRC o AA en la vigilancia estratificada la localización de los adenomas basales. Se consideró AA aquel >10mm, componente vellosa o con displasia de alto grado. Se definió adenoma proximal como aquel situado entre el ciego y el ángulo esplénico, y adenoma distal aquel situado distalmente al ángulo esplénico. Se calcularon los riesgos relativos (RR) agrupados y sus intervalos de confianza (IC) al 95% y se construyeron los Forest Plots usando un modelo de efectos aleatorios.

### RESULTADOS

5907 artículos fueron revisados y 12 incluidos, con 202912 pacientes (edad media 62.3 años, 64% hombres) y seguimiento medio de 7.5 años. En comparación con individuos con adenomas distales, aquellos con adenomas proximales presentaron un riesgo significativamente superior de CCR metacrónico (1.76, IC95% 1.12-2.77) y de AA (1.74, IC95% 1.27-2.38).

### CONCLUSIONES

El riesgo de CCR metacrónico es significativamente mayor en pacientes con adenomas proximales en la colonoscopia basal. Estos resultados enfatizan la importancia de la adecuada limpieza colónica y la minuciosa inspección del colon derecho, y abren la puerta a valorar la incorporación de la localización de los adenomas como un factor de riesgo que ayude a guiar las recomendaciones de vigilancia.



## 29. EPIDEMIOLOGÍA DE LA HEMORRAGIA DIGESTIVA. ¿HA CAMBIADO ALGO?

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

Hospital Universitari Doctor Peset, Valencia

### INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva es una patología muy relevante por su frecuencia, gravedad e impacto económico. En la última década su epidemiología ha aumentado, pasando de 47 a 67 casos por cada 100.000 habitantes. Esto es debido al envejecimiento poblacional y a cambios en los factores de riesgo (menor tasa de *H. pylori*, mayor uso de antitrombóticos, consumo de IBP). Es esencial actualizar el patrón de las hemorragias en nuestra población para optimizar su manejo.

### OBJETIVOS

1. Actualizar la epidemiología de la hemorragia digestiva.
2. Analizar la tasa de mortalidad y reingreso.
3. Analizar las características de los pacientes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal con recogida de datos prospectiva en un servicio de Medicina Digestiva de un hospital terciario (junio de 2023 a junio de 2024). La cohorte incluyó ingresos por sospecha de hemorragia digestiva. Se analizaron características demográficas y clínicas, estudios endoscópicos, diagnóstico, evolución, tasas de reingreso y mortalidad.

### RESULTADOS

Se incluyeron 267 pacientes (58% hombres), con una edad media de 72 años. El 68% de los pacientes presentaba más de 2 comorbilidades. El 47% tomaba anticoagulantes, el 15% antiagregantes, y el 2% combinación de ambos. El 14% había consumido AINEs. La HDA fue la hemorragia más frecuente con un 42% de los pacientes (101 no varicosas, 9 varicosas, 3 neoplasias gástricas). Las causas más frecuentes de HDA no varicosa fueron úlcera péptica (51'5%), hernia de hiato erosionada (10%), esofagitis (10%) y lesiones vasculares como Dieulafoy o GAVE (8%). La HDB fue la segunda causa de hemorragia con un 36%. El 18% de los casos se clasificaron como HDO por falta de estudios, y 3% como HDI. La mortalidad global fue del 3,4% (4 casos de HDA no varicosa, 1 de HDA varicosa, 2 de HDB, 1 de HDI, 1 de HDO), estando el 50% anticoagulados, y todos ellos con NACOs. La tasa de reingreso global fue del 17% (19% HDA no varicosa, 44% varicosa, 14'4% HDB).

## CONCLUSIONES

La HDA sigue siendo la causa más frecuente de hemorragia digestiva. Existe un aumento de los casos de HDB en relación con el envejecimiento, las comorbilidades y el uso de antitrombóticos, con mayor tasa de recurrencia y gasto sanitario. Es necesario analizar este cambio a nivel nacional para actualizar los protocolos de manejo y promover la investigación sobre las nuevas etiologías más frecuentes.

## 30. ESTUDIO DE LA MORTALIDAD POR TUMORES DIGESTIVOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: DIFERENCIAS ENTRE PROVINCIAS Y EVOLUCIÓN TEMPORAL

D. Robles de la Osa, C. Pérez Urra, P. Espinel Pinedo, C.B. Bulnes Labrador, L.F. Aguilar Argeñal, A.M. Montero Moretón, E. González de Castro, F. Santos Santamarta, L. Pérez Citores, J. Santos Fernández, M. Cimavilla Román, J. Barcenilla Laguna, B.A. Moreira da Silva, S. Maestro Antolín, F.J. Rancel Medina, M. Curieses Luengo, A.G. Pérez Millán

Complejo Asistencial Universitario de Palencia

## INTRODUCCIÓN

Los datos de mortalidad permiten medir el impacto poblacional de enfermedades como el cáncer, segunda causa de muerte en España.

## OBJETIVOS

Analizar las variaciones geográficas y temporales de mortalidad por tumores digestivos en la Comunidad Valenciana.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio ecológico de mortalidad de los tres tumores digestivos más incidentes en España (colorrectal, gástrico y pancreático) entre 2015-2021 con los datos de defunción del Instituto Nacional de Estadística. Se han calculado las tasas de mortalidad ajustadas por edad por 100.000 habitantes de las provincias tomando como referencia la población estándar española. Las variables se compararon con ANOVA. Nivel significación  $\alpha=0.05$ . Análisis con SPSS.

## RESULTADOS

Se han encontrado diferencias de mortalidad entre las provincias de la Comunidad Valenciana para el cáncer colorrectal ( $p = 0.002$ ) y de páncreas ( $p = 0.0497$ ), no alcanzando significación estadística para el gástrico ( $p = 0.572$ ). La mayor tasa de mortalidad corresponde al cáncer colorrectal (media de 33.51 fallecidos por 100.000 habitantes/año) con la menor mortalidad en Alicante y la mayor en Valencia; en segundo lugar, el de páncreas (14.99 fallecidos por 100.000 habitantes/año) con la menor mortalidad en Castellón y la mayor en Valencia. Por último, la menor mortalidad corresponde al cáncer gástrico (10.35 fallecidos por 100.000 habitantes/año).



Comparando la Comunidad Valenciana con el resto del país, se ha observado una mayor mortalidad de cáncer colorrectal que en el centro peninsular y una menor mortalidad de gástrico que en el norte y oeste. El cáncer de páncreas sigue una distribución geográfica heterogénea.

No se han observado diferencias significativas de mortalidad de ninguno de los cánceres entre los años estudiados.

### CONCLUSIONES

El cáncer colorrectal y de páncreas muestran una mayor mortalidad en la provincia de Valencia; no existiendo diferencias en la mortalidad por cáncer gástrico entre las tres provincias. En la Comunidad Valenciana existe una mayor mortalidad por cáncer colorrectal que en el centro y una menor mortalidad por gástrico que en el noroeste del país. La mortalidad por los tres tumores no ha variado de forma significativa a lo largo de los años. Son necesarios estudios que esclarezcan factores de riesgo que expliquen las diferencias geográficas de mortalidad de tumores digestivos.

## **1. DISFUNCIÓN DE GASTROEYUNOSTOMÍA ENDOSCÓPICA Y TRATAMIENTO MEDIANTE PRÓTESIS ESOFÁGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

J. Sánchez Serrano, S. González Padilla, J.M. Varela Fernández, R. Villagrasa Manzano, I. Pascual Moreno, A. Peña Aldea, V. Sanchiz Soler

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### **INTRODUCCIÓN**

El adenocarcinoma de páncreas, en estadíos avanzados, puede ocasionar obstrucción al vaciamiento gástrico y requiere intervenciones para mejorar la calidad de vida del paciente. La gastroeyunostomía endoscópica es una alternativa menos invasiva que los tratamientos quirúrgicos tradicionales. Sin embargo, en ocasiones surgen complicaciones que pueden requerir de procedimientos endoscópicos adicionales para resolverse.

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 32 años. Adenocarcinoma de páncreas avanzado. Cuadro de obstrucción al vaciamiento gástrico, se realiza gastroeyunostomía endoscópica mediante prótesis de aposición luminal (LAMS) Hot-Axios?. Presenta migración tardía a colon, por lo que se realiza nueva gastroeyunostomía.

Ingresa de nuevo por sospecha de obstrucción al vaciamiento gástrico. Se realiza en primer lugar un TC en el que no se observan complicaciones y la LAMS se encuentra en adecuada localización. Ante la sospecha de disfunción de la prótesis de gastroeyunostomía se realiza gastroscopia.

En esta se observa LAMS en curvatura mayor de cuerpo gástrico embebida parcialmente en la mucosa gástrica, aunque permite el paso del gastroscopio terapéutico. A través de la prótesis se pasa cánula tándem con guía y se identifica mediante la instilación de contraste y control radiológico el asa yeyunal eferente. Se coloca prótesis esofágica parcialmente recubierta de 20mm x 90mm desde asa yeyunal eferente a estómago por dentro de axios (stent intra stent).

### **CONCLUSIÓN**

El manejo de la obstrucción al vaciamiento gástrico de origen maligno mediante gastroeyunostomía endoscópica puede presentar complicaciones como la intrusión de esta en la mucosa, el uso de prótesis esofágicas puede ser eficaz para resolver dicha disfunción.

## **2. FRACASO DE CIERRE DE FISTULA ESOFAGOBRONQUIAL TRAS RADIOTERAPIA MEDIANTE SUTURA ENDOSCÓPICA A TRAVÉS DE ENDOSCOPIO**

E. Peiró García, A. Rabadán Mata, S. Albert Palomares, M. Fquihi Chetouani, A.A. Pérez Ibáñez, J. Torrent Sánchez, P. del Pozo del Valle, A. Machancoses Primo, A. López Serrano

Hospital Universitari Doctor Peset, Valencia



## ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Cada vez es mayor el número de resecciones endoscópicas que se realizan de tumores precoces del tubo digestivo, así como de procedimientos a nivel submucoso. Por ello, en la actualidad existe un gran interés en el desarrollo de sistemas de cierre de grandes defectos mucosos, incluso en espacios reducidos. Estos sistemas permiten, además, el cierre de fístulas, perforaciones o fugas anastomóticas.

El objetivo es presentar un paciente con fístula esófagobronquial tras radioterapia torácica en el que ha fracasado su cierre con un sistema de sutura endoscópica aplicado a través del canal de trabajo del endoscopio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 68 años, con antecedentes de tabaquismo y etilismo, que presenta un segundo tumor escamoso pulmonar tratado con quimioterapia y radioterapia, con respuesta tumoral completa. Disfagia a los 5 meses, objetivándose esofagitis actínica y estenosis esofágica que requiere dilatación. Desarrollo posterior de fístula a bronquio lobar superior derecho de gran diámetro tratada con en dos ocasiones con prótesis metálica recubierta, no efectivas, presentando tos crónica y neumonías de repetición, siendo portador de sonda de gastroyeyunostomía para alimentación. Valorado en Comité de Tumores, se desestima intervención quirúrgica y prótesis bronquial. Se decide intento de cierre endoscópico de fístula esófagobronquial mediante sistema X-Tack (Apollo Endosurgery).

## RESULTADOS

Bajo anestesia general se procede a sutura casi completa de fístula esofágica de 20 mm de diámetro aplicando dos sistemas X-Tack, con aparente mejoría clínica. En la endoscopia a las 3 semanas se observa de nuevo gran apertura de la fístula, por lo que se retira con pinza de cuerpos extraños el sistema de sutura y se coloca una nueva prótesis metálica autoexpandible completamente recubierta, como tratamiento paliativo.

## CONCLUSIONES

Los sistemas de sutura endoscópico a través del endoscopio podrían no ser efectivos ante fístulas esófagobronquiales de gran tamaño secundarias a radioterapia.

### 3. DISFAGIA MIXTA A ESTUDIO. DE LA SOSPECHA INICIAL A LA ANATOMÍA PATOLÓGICA DEFINITIVA

C. Sánchez Cano, E. Uclés Ramada, N. Alonso Lázaro, C. Soutullo Castiñeiras, C. Satorres Paniagua, L. Argüello Viudez, V. Lorenzo-Zúñiga García, M. Bustamante Balén, V. Pons Beltrán  
Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

Varón de 63 años exfumador con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, parálisis diafragmática postraumática y adenocarcinoma de colon intervenido, en estudio por disfagia mixta.

En la gastroscopia inicial, nódulo submucoso de 25 mm de diámetro en tercio distal esofágico. Se realiza TC de tórax que identifica el nódulo submucoso esofágico, sin otros hallazgos. En la primera ecoendoscopia, nódulo esofágico bien definido, de ecogenicidad homogénea y con calcificaciones puntiformes, que parece depender de la segunda o tercera capa, sugestivo de leiomioma. Dado que no se obtiene muestra adecuada para estudio anatomopatológico, se repite ecoendoscopia, que indica que el nódulo depende de la capa submucosa, que no es de naturaleza vascular y que no presenta hallazgos típicos de leiomioma. Se realiza gastroscopia con toma de biopsia sobre biopsia sin obtener representación de tejido submucoso.

Finalmente, se decide resección endoscópica de la lesión en quirófano mediante inyección por debajo de la submucosa de suero fisiológico e índigo carmín y resección con asa de diatermia. Tras ello, cierre de la escara. Se intenta con sistema de sutura X-Track pero ante imposibilidad del cierre, se procede al mismo mediante clips. La anatomía patológica revela que se trata de un hemangioma. Tras la resección endoscópica, mejoría sintomática y esofagograma sin signos de complicación.

Los hemangiomas representan el 3% de los tumores esofágicos benignos. La esofagectomía es el tratamiento estándar para este tipo de lesiones. Sin embargo, la resección endoscópica es una alternativa segura y eficiente a la intervención quirúrgica en estos casos.

#### 4. EN BUSCA DE LA LESIÓN PERDIDA

V. Ausina-Poüs, N. Sala Miquel, V. Moreno Torres, O. Belén Galipienso, F. Puchol Rodrigo, J. Andreu Viseras, A. Tirado Escuder, G. Kaur Singh, C. Mangas Sanjuán, J. Martínez Sempere

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

Varón de 65 años sin antecedentes de interés. En TC abdominal se identifica un engrosamiento nodular de 16x8mm en curvatura mayor gástrica, a descartar GIST. Se solicita una ecoendoscopia diagnóstica, describiendo una lesión subepitelial dependiente de la cuarta capa hipocogénica, homogénea de unos 15mm compatible con GIST. Para evitar el seguimiento a largo plazo con ecoendoscopia semestral, se decidió excisión endoscópica.

#### ENDOSCOPIA

Se realizó técnica de STER (submucosal tunnelling endoscopic resection). Se inicia mucosotomía proximal a 5cm de la lesión, con tunelización submucosa hasta la lesión y posterior disección de la misma. No fue posible realizar una separación de planos entre la capa muscular y serosa en el margen profundo, por lo que se hizo resección de la capa externa. Se consiguió disecar de forma completa, cayendo la lesión a cavidad peritoneal. Se realizó peritoneoscopia tanto con endoscopio estándar como ultrafino, sin encontrar la lesión inicialmente. Se optó por explorar más detenidamente realizando neumoperitoneo con CO2 e inmersión con suero fisiológico en las áreas más declives de la cavidad peritoneal, hallando la lesión y extrayéndola con cesta de Roth. Tras el cierre de la mucosotomía y dado el neumoperitoneo ocasionado, realizamos



paracentesis evacuadora de aire para alivio de la tensión abdominal. Posteriormente, el paciente permaneció asintomático bajo cobertura antibiótica y fue dado de alta días después.

### CONCLUSIONES

La resección endoscópica de lesiones subepiteliales gástricas conlleva el riesgo de pérdida de la lesión en la cavidad peritoneal. Su recuperación, no obstante, es factible con las precauciones adecuadas.

## 5. EXPERIENCIA DE SUTURA ENDOSCÓPICA CON X-TACK EN NUESTRO CENTRO

C.M. Murcia Moreno, E. Coello Córdoba, C. Satorres Paniagua, N. Alonso Lázaro, M. García Campos, C. Soutullo Castiñeiras, M. Bustamante Balén, V. Lorenzo-Zúñiga García, L. Argüello Viudez, V. Pons Beltrán

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

### INTRODUCCIÓN

El X-Tack™ es un instrumento de sutura endoscópica comercializado recientemente en España por Boston Scientific para el cierre de defectos grandes o irregulares del tracto gastrointestinal. Presentamos una serie de 4 casos en los que se empleó este sistema para el cierre de defectos, tanto en el tracto gastrointestinal superior como inferior. Las indicaciones fueron: perforación yatrogénica en esófago inferior, úlcus gástrico perforado, fístula recto-vaginal y dehiscencia de sutura de anastomosis esofagogástrica. En todos los casos existía un fallo previo de la sutura quirúrgica, o bien, de otras técnicas endoscópicas (clips, endoloop, argon) para intentar el cierre. Todos los orificios tenían un diámetro de 5-20 mm y se pudieron suturar con 1 o 2 kits de X-Tack cada uno.

### DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Cada kit de X-Tack dispone de 4 hélices con púas que quedan unidas de forma continua mediante un hilo de sutura. Se insertan en la mucosa de los bordes del defecto dibujando diferentes patrones según la morfología del orificio a cerrar. Este sistema permite un cinche controlado del hilo, pudiendo tensar y destensar para comprobar correcta aproximación de los bordes antes de bloquear y finalizar la sutura.

Se muestran los vídeos de dos de los casos presentados: el primero de ellos, una sutura de perforación gástrica con dos kits de X-Tack; y el segundo, cierre de una fístula recto-vaginal.

### CONCLUSIONES

El X-Tack™ es un dispositivo de sutura endoscópica que parece útil para el cierre de diferentes tipos de fístulas o dehiscencias donde fracasan otras técnicas.

## 6. MIOTOMÍA PERORAL ENDOSCÓPICA (POEM): RESULTADOS INICIALES EN UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Gil Rodríguez, J. Sempere García-Argüelles, P. Suárez Callol, J. Gutiérrez Basoa, M. Beceiro Castillo, A.I. Montoya Filardi, P. Jarque Macián, A. Buxaus Ventura

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

La miotomía peroral endoscópica (POEM) es una técnica endoscópica que ha revolucionado el tratamiento de la acalasia. Numerosos estudios han demostrado su eficacia y seguridad posicionándose por encima de otros tratamientos e igualando en eficacia a la miotomía quirúrgica.

Este año se ha implementado la realización de la técnica en nuestro centro. En una consulta especializada se realiza una evaluación pre-procedimiento en la que se revisan las exploraciones realizadas (incluyendo manometría esofágica de alta resolución, pHmetría, gastroscopia y tránsito baritado) y se realiza una valoración clínica con la escala de Eckardt. Posteriormente se consensúa la indicación del procedimiento con un seguimiento posterior a los 1,3,6 y 12 meses.

Hasta el momento se han realizado tres POEM con éxito técnico y sin ninguna complicación mayor. Se trata de 3 pacientes diagnosticados de Acalasia, 2 de ellos tipo 2 y uno tipo 1 con manometría de alta resolución compatible, así como gastroscopia y tránsito baritado. Los pacientes tenían edades entre 19 y 42 años y presentaban una valoración en la Escala de Eckardt pre-procedimiento de  $\geq 4$  puntos.

Realizamos una mucosotomía y tunelización submucosa mediante hidrodissección sobrepasando 2-3 cm del cardias por debajo de la UGE, realizando una miotomía gástrica de 2 cm de fibras circulares y longitudinales (Full-Thickness), así como miotomía esofágica de 6 cm de fibras circulares. Finalmente, se cierra la mucosotomía con hemoclips. Se administró profilaxis antibiótica periprocedimiento y durante una semana.

Disponemos de seguimiento posterior a 6 meses del primer paciente, a 3 meses del segundo, y a un mes del tercero. Todos ellos han presentado una adecuada respuesta clínica con un Eckardt score  $<3$  y mejoría tanto a nivel endoscópico como en la manometría esofágica.

En conclusión, el POEM es una técnica segura y eficaz que supone una alternativa menos invasiva a la miotomía quirúrgica. En los casos realizados en nuestro centro se han obtenido buenos resultados, así como buena tolerancia a la técnica. Cabe destacar que uno de los pacientes había presentado refractariedad a múltiples líneas de tratamiento y tras el POEM ha presentado buena respuesta clínica. Es fundamental la incorporación de esta técnica para establecerla como tratamiento de primera línea, así como proporcionar una alternativa terapéutica a pacientes refractarios.



## 7. PANCREATOSCOPIA MEDIANTE CPRE TRANSGÁSTRICA GUIADA POR USE (EDGE)

O. Belén Galipienso, V. Moreno Torres, B. Martínez Moreno, J.A. Andreu Viseras, A. Tirado Escuder, N. Sala Miquel, F.J. Puchol Rodrigo, V. Ausina Poüs, S. Pérez Brotons, G. Kaur Singh, J.R. Aparicio Tormes

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

### CASO

Varón de 51 años diagnosticado de pancreatitis cónica (PC) y con antecedente de by-pass gástrico. Tras episodio de reagudización, se observa en una RM dilatación difusa del Wirsung con quiste comunicado de 15 mm a nivel del cuerpo. Ante la sospecha de NMPI se realiza ecoendoscopia en la que no se puede descartar el diagnóstico. Se plantea la realización de pancreatoscopia para confirmar.

### ENDOSCOPIA

Se realiza en un primer tiempo gastro-gastrostomía entre el reservorio gástrico y el estómago excluido mediante prótesis de aposición luminal (PAL) de 20 x 10 mm para posterior CPRE. Se utilizó para la CPRE un duodenoscopio desechable EXALT por antecedentes de colonización por germen multirresistente.

En un segundo tiempo, se accede al estómago excluido a través de la prótesis Axios, alcanzando segunda porción duodenal. Se canula el conducto pancreático objetivando en la pancreatografía dilatación del conducto en cuerpo y cola, con menor calibre a nivel de cabeza. Se dilata el conducto con balón Hurricane de 6mm y se realiza pancreatoscopia. Se avanza con el Spyglass hasta cuerpo-cola, observando una mucosa lisa, pálida, con contenido turbio sin visualizar papilas. En la transición cuello-cuerpo se observa una forma sacular de pared friable, en cuyo interior presenta litiasis y áreas de aspecto inflamatorio. Se coloca una prótesis pancreática 10Fx7cm.

### CONCLUSIÓN

La gastro-gastroenteroanastomosis mediante PAL, permite el acceso al estómago excluido de una forma eficaz y segura para la realización de múltiples procedimientos incluido la pancreatoscopia.

## 1. ESTRICTUROPLASTIA MEDIANTE NEEDLE-KNIFE COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS BILIAR TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

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

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

### INTRODUCCIÓN

La estenosis benigna de la anastomosis biliar es una complicación secundaria al trasplante hepático. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con dilatación y/o colocación de prótesis permite la resolución de la estenosis habitualmente. Sin embargo, en ocasiones, es necesaria la realización de técnicas alternativas para completar la técnica.

### DESCRIPCIÓN BREVE DE LA TÉCNICA

Presentamos dos pacientes con antecedente de trasplante hepático. En ambos casos se detectó un deterioro en las pruebas de función hepática y en las pruebas de imagen se confirmó una estenosis de la anastomosis biliar. Se realizó una CPRE objetivando la estenosis conocida, no franqueable. Con ayuda del colangioscopio SpyGlass se consigue el paso de la guía 0,6 mm y, con el canulótomo needle-knife se recanaliza la estenosis mediante estricturoplastia, observando durante el proceso fuga de contraste. A continuación, se realiza dilatación con balón Hurricane de 4 mm en el primer caso y, de 4 y 8 mm en el segundo, con buen paso a la vía intrahepática. Finalmente se coloca una prótesis metálica totalmente recubierta de 10mmx60mm en el primer caso y, de 10mmx10mm en el segundo, comprobando la correcta ubicación y ausencia de fuga de contraste. El primer caso precisó nueva colocación de prótesis por migración de la primera con buena evolución posterior. En el segundo caso la evolución fue satisfactoria.

### CONCLUSIÓN

La recanalización de estenosis mediante el canulótomo needleknife es un tratamiento alternativo, seguro y eficaz en aquellas estenosis en las que no es posible completar el tratamiento mediante las técnicas habituales.

## 2. MANEJO ENDOSCÓPICO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA POR GIST YEYUNAL

C.M. Murcia Moreno, E. Coello Córdoba, N. Alonso Lázaro, C. Satorres Paniagua, M. García Campos, C. Soutullo Castiñeiras, M. Bustamante Balén, V. Lorenzo-Zúñiga García, L. Argüello Viudez, V. Pons Beltrán

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

### INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) constituyen las neoplasias subepiteliales más frecuentes y un 1-2% de las neoplasias gastrointestinales. Las localizaciones más frecuentes



de estos tumores son gástrica e intestinal y habitualmente se diagnostican de forma incidental, siendo la hemorragia digestiva el síntoma más frecuente.

### OBJETIVOS

Describir un caso de un paciente con una hemorragia digestiva manifiesta por un GIST.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 70 años que ingresó en UCI por hemorragia digestiva manifiesta (melenas) con inestabilidad hemodinámica y anemia de 7 puntos (de 13,3 g/dL hasta 6,2g/dl). Se realizaron una gastroscopia urgente, que resultó normal, y una colonoscopia donde se objetivaron restos hemáticos oscuros, sin identificar un punto de sangrado.

Ante persistencia de sangrado y anemia con inestabilidad hemodinámica, se realizó una angioTAC urgente, sin sangrado activo, y una cápsula endoscópica, donde se hallaron restos hemáticos frescos en yeyuno proximal, por lo que se realizó enteroscopia anterógrada.

### RESULTADOS

En yeyuno proximal se visualizó una lesión subepitelial bilobulada con ulceración central profunda con fondo de fibrina y dos vasos visibles con coágulo adherido. Ambos se trataron inicialmente con colocación de sendos clips. Sin embargo, en ambos se produjo un sangrado arterial en jet que se logró controlar con dos clips y 2 cc de adrenalina.

Tras el tratamiento endoscópico el paciente permaneció estable clínica y analíticamente. Se revisó la TC, visualizándose una lesión compatible con GIST de 6 cm. El paciente se intervino de forma programada a las tres semanas de la enteroscopia.

### CONCLUSIONES

Los tumores de GIST son una causa de hemorragia digestiva de intestino delgado y, en casos seleccionados, el tratamiento endoscópico puede ser útil para demorar la cirugía hasta la estabilización del paciente.

### 3. CIERRE COMPLETO CON SUTURA ENDOSCÓPICA X-TACK DE FÍSTULA DE COLON COMPLICADA CON INFECCIONES GRAVES RECURRENTE DE PARED ABDOMINAL

P. Olcina Domínguez, G. Alemany Pérez, P. Villar Espinal, V. Martínez Escapa, C. Navarro Peiró, C. Boix Clemente, M.D. Pérez Zahonero, L. Martí Romero

Hospital Francesc de Borja, Gandía

Mujer de 75 años, con antecedente de hemicolectomía derecha ampliada en marzo 2024 por adenocarcinoma de colon T2N1aMO, que en el postoperatorio temprano presenta dehiscencia de anastomosis, que requiere reintervención con realización de ileostomía. Tras la misma presenta fuga del muñón del colon requiriendo nueva cirugía realizando una fistula mucosa.

Tras la tercera cirugía la paciente acude en múltiples ocasiones a urgencias por infecciones de pared abdominal tratados de manera conservadora. Ingresa en mayo 2024 por sepsis

cutánea con infección de herida quirúrgica y detección de orificio fistuloso externo adyacente a cicatriz de laparotomía media, con salida de contenido purulento. En TC abdominal se describen cambios inflamatorios en grasa subcutánea con engrosamiento de la musculatura abdominal, sin identificarse colecciones. Se decide tratamiento con terapia de cierre asistido por vacío (VAC) sin éxito. Posteriormente se realiza fistulografía con pase de contraste a colon excluido.

Dado el diagnóstico de colección/absceso recurrente en pared abdominal con comunicación a colon se realiza colonoscopia bajo control fluoroscópico. Mediante cánula se contrasta el interior de la fistula mucosa visualizándose trayecto fistuloso desde la propia fístula mucosa hasta el orificio adyacente a la cicatriz de laparotomía media, con trayecto subcutáneo. Se realiza tratamiento con argón-plasma de los bordes del orificio interno de la fistula mucosa del colon y posteriormente se realiza sutura endoscópica con sistema de sutura helicoidal a través del canal X-Tack®. Con contraste y bajo control fluoroscópico, se comprueba estanqueidad y cierre completo del trayecto fistuloso, sin identificar fuga de contraste. Sin complicaciones inmediatas tras la exploración.

#### **4. TRES AÑOS TRAS EL CAMBIO DE LA FORMULACIÓN ENDOVENOSA DE INFLIXIMAB A LA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

M. Gil, J. Gutiérrez, A. Montoya, M. Beceiro, P. Jarque, A. Buxaus, L. Ruiz, I. Bort, A. Monzó, J. Sempere, J.M. Huguet

Hospital General Universitario de 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 de seguimiento a medio-largo plazo.

#### **OBJETIVO**

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

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional, descriptivo, unicéntrico 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 162 tras el inicio de CT-P13 SC. Se evaluó la persistencia del fármaco a los tres años y el motivo de su retirada/perdida de seguimiento.

#### **RESULTADOS**

Se incluyeron 15 pacientes. En dosificación intensificada 4, y 11 en dosificación estándar (5 mg/kg cada 8 semanas). 7 eran mujeres, la media de edad fue de 41,6 años. 8 pacientes con EC.



No se observaron diferencias respecto a biomarcadores séricos (PCR) entre las determinaciones medias basales (IFX IV) [media 0.27 mg/dL] y la semana 162 [media 0.1 mg/dL]. El valor de calprotectina fecal mediana se mantuvo <200 ug/mg entre las determinaciones basal y a los 36 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 los 3 años (4 vs 14.7;  $p < 0,001$ ). 7 pacientes estaban en tratamiento inmunosupresor asociado en el momento del cambio, de ellos 4 lo han retirado a los 3 años del cambio. La persistencia del tratamiento a 3 años fue del 86,6% (2 pacientes abandonaron el tratamiento estando en remisión). Solo hubo 2 eventos adversos leves.

### CONCLUSIONES

La persistencia del fármaco a 3 años fue del 86,6%. El switch de IFX IV a IFX SC mantiene la remisión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal a los 3 años de seguimiento. Niveles de IFX más altos a pesar de retirar el inmunosupresor en más de la mitad de los pacientes. Realizar el switch de IFX IV a IFX SC es seguro en la EI.

## 5. MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ESPAÑA MÁS ALLÁ DEL REGISTRO EUROPEO. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA DE ÁMBITO NACIONAL

L. Hernández <sup>1</sup>, B.J. Gómez Rodríguez <sup>2</sup>, R. Pajares Villarroya <sup>3</sup>, J.M. Huguet Malavés <sup>4</sup>, J.D. Fernández-de Castro <sup>5</sup>, M. Jiménez-Moreno <sup>1</sup>, G. Hernández Mesa <sup>6</sup>, P. Pazo Mejide <sup>7</sup>, M. Sánchez Alonso <sup>8</sup>, S. Moran Sánchez <sup>9</sup>, S.J. Martínez-Domínguez <sup>10</sup>, A. Perelló <sup>11</sup>, P. Mata-Romero <sup>12</sup>, J. Tejedor-Tejada <sup>13</sup>, E. Albéniz <sup>14</sup>, A. Cuadrado <sup>15</sup>, M. Fraile González <sup>16</sup>, E. Barba <sup>17</sup>, A. Cano-Català <sup>18</sup>, P. Parra <sup>19</sup>, L. Moreira <sup>17</sup>, O. P. Nyssen <sup>19</sup>, J. P. Gisbert <sup>19</sup>

1 Hospital Santos Reyes, Aranda de Duero, 2 Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, 3 Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, 4 Hospital General Universitario de Valencia, 5 Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, 6 Hospital Universitario de Canarias, 7 Hospital de Cruces, Barakaldo, 8 Hospital Universitario Santa Bárbara, Puertollano, 9 Servicio Murciano de Salud, Cartagena, 10 Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, 11 Hospital Universitari Son Espases, 12 Hospital Universitario de Cáceres, 13 Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, 14 Hospital Universitario de Navarra, 15 Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, 16 Hospital San Pedro, Logroño, 17 Hospital Clínic de Barcelona, 18 Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, 19 Hospital Universitario de La Princesa

### ANTECEDENTES

El manejo de la infección por *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) abarca diferentes procedimientos terapéuticos y diagnósticos, que pueden variar geográficamente y dentro de los centros.

### MÉTODOS

Se desarrolló una encuesta anónima para investigar otros factores de la práctica clínica de los gastroenterólogos relacionados con el manejo de la infección por *H. pylori* que actualmente no están recogidos en el e-CRD del Registro Europeo sobre el manejo de *H. pylori* (Hp-EuReg).

La encuesta se distribuyó entre los investigadores españoles del Hp-EuReg, los miembros de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y a través de las redes sociales, recogiendo la siguiente información: métodos diagnósticos disponibles, indicación de tratamiento, prescripción de tratamiento basado en cultivo y presencia de resistencia a antibióticos, entre otros.

## RESULTADOS

Participaron 131 gastroenterólogos de las 17 comunidades autónomas españolas, de los cuales el 78% pertenecían a centros que incorporaban datos de pacientes en el Hp-EuReg. La mayoría de los centros (66%) informaron de la disponibilidad de al menos cinco métodos diagnósticos diferentes. El cultivo de *H. pylori* se realizó habitualmente a partir del fracaso de segunda línea. Alrededor del 18% no investigaron la infección por *H. pylori* en pacientes ingresados por hemorragia gastrointestinal debido a úlcera péptica, y el 37% no trató la infección de inmediato.

La mayoría (83%) siguieron el Consenso español y hasta el 35% también siguieron las recomendaciones de Maastricht VI. La mayoría (95%) no investigaron la infección en los convivientes tras detectar una infección, y un tercio (34%) no realizaron pruebas de infección en familiares con cáncer gástrico tras su diagnóstico. En cuanto a la estrategia de test-and-treat, el 84% la utilizó en pacientes menores de 55 años sin síntomas de alarma, pero también se utilizó en el 15% de los mayores de 55 años. La mayoría (72%) no confirmó el diagnóstico de alergia a la penicilina con pruebas objetivas, y solo el 25% conocía la tasa local de resistencia bacteriana a la claritromicina.

No hubo diferencias significativas entre los investigadores del Hp-EuReg y el resto de encuestados.

## CONCLUSIÓN

El manejo de la infección por *H. pylori* es subóptimo. Abordar la necesidad de optimizar el manejo de *H. Pylori* implementando medidas educativas adaptadas a cada entorno.

## 6. LUPUS CUTÁNEO INDUCIDO POR INFLIXIMAB

J. Sáez Fuster, A. Gurbillón Hirano, R. Pardo Robles, L. Saorín López, S. Lao Segarra, V. Cegarra Alcañiz, L. Catalá López, M.F. García Sepulcre

Hospital General Universitario de Elche

## INTRODUCCIÓN

El uso de anticuerpos anti TNF ha cambiado drásticamente el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal. Como consecuencia del seguimiento a largo plazo, las reacciones adversas atribuidas a esto fármacos ha aumentado, siendo las más frecuentes las cutáneas.

## OBJETIVOS

Describir un caso de lupus cutáneo inducido por infliximab.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente con colitis ulcerosa que desarrolla lupus cutáneo inducido por infliximab y se realiza una revisión bibliográfica de la literatura.

## RESULTADOS

Mujer de 39 años con CU en tratamiento con Infliximab. Al año consulta por lesiones dermatológicas en forma de placas psoriasiformes en espalda, miembros superiores y muslos, algunas con forma anular. Valorada por dermatología que solicita autoinmunidad siendo únicamente positivos los ANA y realiza biopsia cutánea ante la sospecha de dermatomiositis. El resultado de la biopsia informa de dermatitis de interfase tipo degeneración vacuolar de la basal concordante con lupus eritematoso cutáneo. Tratada con prednisona oral y dolquine y suspensión del fármaco con remisión.

El lupus inducido por antiTNF es una entidad infrecuente con una incidencia de 0,19-0,22%. Es más frecuente en mujeres y el infliximab causa la mayoría de los casos. Se desarrolla entre el mes y los 4 años del comienzo del fármaco. La fisiopatología se desconoce, aunque existen múltiples teorías basadas en la regulación del sistema inmune ya que los fármacos antiTNF han demostrado inducir autoinmunidad en forma ANA y antiDNAs. Tiene dos variantes clínicas: la limitada a la piel y la completa. Se asocia en todos los casos a títulos elevados de ANA y a veces a anticuerpos antiDNA. Los criterios diagnósticos son: criterio temporal entre inicio del fármaco y aparición de síntomas, al menos un criterio serológico para el diagnóstico de LES, y al menos un criterio no serológico. El manejo consiste en interrumpir el fármaco y, en algunos casos se necesitará el uso de corticoides e inmunosupresores.

## CONCLUSIONES

El lupus inducido por antiTNF es infrecuente y su diagnóstico es difícil debido a la falta de reconocimiento de esta entidad y a la presencia de síntomas inespecíficos. La combinación de síntomas, correlación temporal y la presencia de marcadores serológicos ayuda a los especialistas a llegar al diagnóstico.

## 7. EL ORIGEN DE LA DIARREA NO ES SIEMPRE FUNCIONAL

P. Jarque Macian, I. Pérez Álvarez, M. Beceiro Castillo, C. Torres González, M. Lujan Sanchís, A.M. Monzó Gallego, L. Ruiz Sánchez, R. Pastor Mateu, J.M. Huguet Malavés, J. Sempere Argüelles

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

La enfermedad de Whipple es un proceso infeccioso, multisistémico e infrecuente, causado por la bacteria *Tropheryma whippelii*.

Presentamos a un varón de 57 años, con antecedente de poliartralgias en tratamiento con Colchicina y Leflunomida e introducción de Adalimumab los 3 meses previos.

El paciente ingresa por diarrea de un mes de evolución y pérdida de 10kg de peso. Analíticamente destaca anemia microcítica de perfil inflamatorio, leve leucocitosis, PCR elevada y parámetros de malnutrición. En el estudio inicial de diarrea: microbiológico en heces, serología de celiaquía, calprotectina fecal, TAC-TAP, gastroscopia, ileocolonoscopia; únicamente se objetiva esofagitis péptica grado A, erosiones gástricas y una úlcera de 8mm en bulbo duodenal. Se decide alta con omeprazol y resincolestiramina, retirando Adalimumab.

Reingresa 10 días después por persistencia de la clínica y se completa estudio con despistaje de tumores neuroendocrinos y cápsula endoscópica. Además, se retira Colchicina y Leflunomida por posible relación con la diarrea.

En la cápsula endoscópica (tras test de permeabilidad intestinal normal) se aprecia afectación continua desde tercera porción duodenal hasta íleon preterminal, con mucosa atrófica, aplanamiento de las vellosidades, linfangiectasias múltiples y con áreas denudadas y erosionadas sin úlceras.

El resultado de anatomía patológica es: mucosa duodenal con vellosidades ensanchadas y acortadas y lámina propia ocupada por un infiltrado de histiocitos espumosos con material PAS positivo, sugestivo de Enfermedad de Whipple, que se confirma con PCR positiva de *Tropheryma whippelii*.

Se inicia tratamiento con Cotrimoxazol, con buena respuesta clínica y mejoría de los parámetros nutricionales.

Debido a la baja prevalencia de la Enfermedad de Whipple y la aparición tardía de síntomas digestivos, es frecuente el retraso diagnóstico. Dada la existencia de un tratamiento antibiótico efectivo que resuelve un proceso potencialmente letal, es importante sospecharla en pacientes con diarrea crónica con exploraciones convencionales normales.

## 8. ANEURISMA MICÓTICO POR SALMONELLA TYPHI COMPLICADO CON ROTURA DE AORTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Rabadán Mata, E. Peiró García, J. Torrente Sánchez, A.A. Pérez Ibáñez, S. Albert Palomares, M. Fquihi Chetouani, M. González Ferrandis, P. Martínez Morcillo, L. Piles Roger, M. Civera Barrachina

Hospital Universitari Doctor Peset, Valencia

### INTRODUCCIÓN

La salmonella entérica serotipo typhi es el patógeno clásico responsable de la fiebre entérica. Este microorganismo invade el intestino, generando dolor abdominal, diarrea o estreñimiento. De ahí puede pasar al tejido linfoide y diseminarse, causando la salmonella hasta el 24% de aneurismas micóticos. El diagnóstico deberá realizarse mediante coprocultivo y hemocultivos.



## OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico que pone de manifiesto una complicación poco frecuente de salmonella, y la importancia de los antecedentes digestivos y de la solicitud de estudios microbiológicos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 79 años que ingresa por dolor abdominal epigástrico junto con estreñimiento de 4 días de evolución, sin fiebre ni otra clínica. En la analítica destaca elevación de PCR, sin otras alteraciones. La endoscopia alta y la ecografía abdominal son normales y el TC revela como hallazgo incidental una úlcera de 15 mm en pared posterior de aorta descendente. El coprocultivo descartó *C. Difficile*. Ante la estabilidad clínica y la ausencia de fiebre no se instaura antibioterapia. El paciente aporta informes de ingreso en otro centro hospitalario, 20 días antes por diarrea aguda, tratado con meropenem iv y posteriormente con ciprofloxacino oral 5 días. Durante dicho ingreso se realizó una endoscopia digestiva alta que objetivó una hernia de hiato, sin obtenerse muestras para coprocultivo ni hemocultivos.

## RESULTADOS

Ante empeoramiento de dolor epigástrico y elevación de PCR (269 mg/L), se solicitan hemocultivos y un nuevo TC, donde se observa aumento de tamaño de la úlcera aórtica y alrededor de la misma un aneurisma micótico. Se instaura antibioterapia y se coloca endoprótesis aórtica de forma urgente. A las 24 horas los hemocultivos son positivos para *Salmonella*. El paciente evoluciona favorablemente a nivel clínico y analítico, completando tratamiento con ciprofloxacino iv dos semanas y posteriormente oral indefinidamente.

## CONCLUSIONES

La afección cardiovascular por salmonella es poco frecuente, entre el 1 y el 5% de los casos. Por ello es importante tener en cuenta los antecedentes digestivos y la solicitud de pruebas microbiológicas. El tratamiento de elección en estos casos es ciprofloxacino durante al menos 6 semanas, pudiendo mantener antibioterapia indefinida si ha habido reconstrucción con material protésico mientras la infección estaba activa.

## 9. DESAFÍOS Y COMPLICACIONES DE LA GASTROEYUNOSTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN AL VACIAMIENTO GÁSTRICO DE ORIGEN MALIGNO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Sánchez Serrano, P. Poyatos García, T. García Ballester, R. Villagrasa Manzano, I. Pascual Moreno, A. Peña Aldea, V. Sanchiz Soler

Hospital Clínico Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

Un 15-20% de pacientes con adenocarcinoma de páncreas desarrollan obstrucción al vaciamiento gástrico. La gastroeyunostomía endoscópica es una alternativa a los tratamientos

tradicionales (gastroeyunostomía quirúrgica y prótesis antroduodenales), mostrando una menor tasa de disfunción y menos eventos adversos, sin embargo pueden surgir complicaciones.

### ENDOSCOPIA

Varón de 32 años. Adenocarcinoma de páncreas avanzado. Presenta obstrucción al vaciamiento gástrico, por lo que se realiza gastroeyunostomía endoscópica mediante prótesis de aposición luminal (LAMS) Hot-Axios? de 10x20 mm.

Tras un mes asintomático, nuevo cuadro de vómitos por el que se realiza gastroscopia, objetivando LAMS obstruida parcialmente por tejido de granulación. Se coloca nueva LAMS coaxial a la previa.

Días después comienza con clínica de retención gástrica, realizándose nueva gastroscopia que evidencia LAMS coaxial migrada parcialmente hacia el asa yeyunal. Con pinza raptor y mediante tracción, se reposicionan ambas prótesis y se fijan a la mucosa con OVESCO?.

Persiste clínica de disfunción y presenta diarrea de nueva aparición a las 48 horas, apreciando en gastroscopia migración a asa de colon. Se fragmenta OVESCO? y se extraen ambas prótesis mediante pinza raptor. Se realiza colonoscopia y se cierra orificio colónico con OVESCO?.

Ante la persistencia de parte orificio gástrico, se cierra mediante sistema de sutura endoscópica X-Track? y se realiza nueva gastroeyunostomía con Hot-Axios? de 10x15 mm quedando el paciente asintomático.

### CONCLUSIÓN

Pese a que la gastroeyunostomía endoscópica es un tratamiento efectivo y seguro, en ocasiones puede aparecer disfunción de esta por diferentes causas.

## 10. MIGRACIÓN DE CATÉTER DOBLE PIG-TAIL A COLON EN PACIENTE CON NECROSIS PANCREÁTICA ENCAPSULADA: UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE DEL DRENAJE ENDOSCÓPICO

J. Sánchez Serrano, S. González Padilla, U. Fernández de la Peña Echevarría, P. Navarro Cortés, R. Villagrasa Manzano, I. Pascual Moreno, A. Peña Aldea, V. Sanchiz Soler

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

El drenaje endoscópico es el tratamiento de primera línea para la necrosis encapsulada infectada. El uso de catéteres pigtail es frecuente en su manejo, siendo las complicaciones de su uso a largo plazo escasas. Sin embargo, pueden surgir ciertas complicaciones.

### CASO CLÍNICO

Varón de 70 años. Pancreatitis aguda biliar grave con colecciones necróticas organizadas infectadas. La primera impronta en cuerpo gástrico en su porción craneal y su porción caudal se extiende a nivel intrapancreático, espacio pararenal anterior izquierdo, surco duodeno-pancreático, mesenterio y gotiera paracólica derecha. La segunda a nivel de ligamento gastro-



hepático.

Se realiza drenaje mediante prótesis de aposición luminal (LAMS) Hot-Axios? de 10x15mm y catéter pig-tail coaxial. Posteriormente se realizan 4 sesiones sucesivas de necrosectomía endoscópica, resolviendo las colecciones.

En TC de seguimiento, se identifica LAMS normoposicionada y pig-tail coaxial a través de esta con extremo distal en colon descendente, estando el paciente asintomático.

Se realiza gastroscopia y colonoscopia simultánea. En colon descendente se objetiva extremo de pig-tail a través de orificio con tejido de granulación. En cavidad gástrica se observa LAMS en cuerpo gástrico con pig-tail en su interior que se retira con pinza raptor. Desde el colon se cierra el orificio con OVESCO. Tras esto desde el estómago, a través de LAMS se observa cavidad totalmente colapsada, por lo que se retira mediante tracción con pinza raptor.

### CONCLUSIÓN

Aunque infrecuente, pueden surgir complicaciones relacionadas con el uso prolongado de catéteres pig-tail en el drenaje de necrosis encapsulada, siendo la migración a clon una de ellas.

## 11. COLANGITIS ESCLEROSANTE SECUNDARIA A PEMBROLIZUMAB

L. Abad Martínez, M. Cambralla Martínez, M. Cabacino Ibáñez, M.L. Molina Fernández-Murga, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, M.R. Blasco Igual, A. Forés Bosch, A. Figuerola Soria, A. Palau Canós, P. Almela Notari

Hospital General Universitario de Castellón

### INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la inmunoterapia ha supuesto un gran avance en el tratamiento de algunas neoplasias. En ocasiones puede resultar en efectos adversos, algunos de ellos inmunomediados. La colangitis esclerosante secundaria a la inmunoterapia es una enfermedad hepática y de los conductos biliares apenas descrita. Al igual que su forma primaria, se caracteriza por la inflamación progresiva, fibrosis y estenosis de los conductos biliares.

### OBJETIVOS

Describir un caso de toxicidad hepática asociado a inmunoterapia.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 58 años con antecedentes de carcinoma renal metastásico. Se interviene mediante nefrectomía y, posteriormente, se inicia inmunoterapia con Pembrolizumab y Axitinib. Se interrumpe Pembrolizumab tras un total de 35 ciclos, manteniendo Axitinib.

### RESULTADOS

Semanas tras la retirada del fármaco ingresa por dolor en hipocondrio derecho con murphy positivo, siendo diagnosticado de colecistitis aguda mediante TC e intervenido de colecistectomía urgente.

Dos semanas tras el alta reingresa por nuevo episodio de dolor abdominal, esta vez acompañado de coluria e hipocolia, con bilirrubina de 3.83mg/dL. Se realizaron Colangio-RM y Ecoendoscopia sin evidenciar alteraciones. Se obtuvo positividad para anticuerpos anti-músculo liso. Se retira axitinib, produciéndose descenso espontáneo de los parámetros de colestasis, siendo dado de alta con la sospecha de “drug induced liver injury”.

A pesar de la retirada del fármaco, el paciente reingresa hasta en dos ocasiones más por la clínica descrita, en ambos ingresos se repiten las pruebas complementarias sin identificar la etiología del cuadro. Finalmente se realiza biopsia hepática y se inicia tratamiento empírico con ácido ursodesoxicólico, logrando mejoría clínica y analítica, procediéndose al alta hospitalaria sin reingresos.

En el informe de la biopsia se describe hepatitis de localización portal, con colangitis aguda y fibrosis periductal “en capas de cebolla”, siendo sugestivo de colangitis esclerosante-like, secundaria al tratamiento con pembrolizumab.

## CONCLUSIONES

Cada vez son más las indicaciones de inmunoterapia y, a medida que éstas crecen, vemos más efectos adversos inmunomediados. El reconocimiento temprano y adecuado manejo de éstos es fundamental para evitar complicaciones y reconocer en que situaciones debemos retirar el fármaco.

## 12. PÓLIPO ATÍPICO COMO CAUSA DE HEMATOQUECIA: CASO CLÍNICO

E. Coello Córdoba, V. Argumánz Tello, A. Garrido Marín, M. Bustamante Balén, F. Giner Segura, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

## INTRODUCCIÓN

El melanoma cutáneo es el carcinoma que más frecuentemente metastatiza en el tracto gastrointestinal (TGI), principalmente en el intestino delgado. Los melanomas primarios son relativamente poco comunes, más agresivos y usualmente se localizan en el recto o el ano.

## OBJETIVO

Presentar el caso de un paciente de 83 años que presentó una causa inusual de hematoquecia.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta el caso de un hombre de 83 años que consultó por hematoquecia y caídas recurrentes durante el último mes. Una tomografía computarizada (TC) cerebral demostró múltiples áreas hipodensas, confirmadas como metástasis en una resonancia magnética posterior. La TC toracoabdominal reveló una masa pulmonar de 5 cm, múltiples metástasis hepáticas y carcinomatosis.



## RESULTADO

Se realizó una colonoscopia que mostró en colon transverso una lesión plana de 9 mm con depresión central (París 0-Ila + IIc) y un patrón vascular superficial alterado (Figura 1). La histología de las biopsias del pólipo reveló un melanoma mucoso. La tinción con hematoxilina y eosina fue inconclusa, requiriendo inmunohistoquímica, resultando positiva para HMB45, S100 y Melan-A (Figura 2).

## CONCLUSIONES

Las lesiones de melanoma en el TGI a menudo son asintomáticas, pero pueden provocar múltiples síntomas, incluyendo la hemorragia gastrointestinal. La apariencia endoscópica puede ser engañosa ya que se han documentado metástasis gástricas amelanóticas incluso en pacientes con melanoma primario melanótico. Por lo tanto, se requiere un diagnóstico histológico con resultados positivos para S-100, que muestra alta sensibilidad (90%), mientras que HMB-45 exhibe una especificidad del 100%. El melanoma de colon es una entidad rara en la literatura médica y ante la detección de un melanoma en una ubicación inusual es esencial evaluar la posibilidad de enfermedad metastásica.

## 13. LESIÓN SUBEPITELIAL DUODENAL DE ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE

M.C. Brosel Martínez, T. García Ballester, R. Villagrasa Manzano, C. Gálvez Castillo, M. Benito Serrano, I. Lorca Antón, J.M. Varela Fernández, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno  
Hospital Clínico Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

El 10% de los tumores subepiteliales (TSE) del tracto gastrointestinal se localizan en duodeno. Aparecen como lesiones prominentes, de consistencia dura y cubiertas de mucosa normal con biopsias superficiales negativas. La Ecoendoscopia-PAAF es la técnica de elección para su diagnóstico.

## CASO CLÍNICO

Hombre de 73 años diagnosticado de carcinoma renal de células claras (ccRCC) e intervenido mediante nefrectomía radical derecha. Posteriormente, progresión con metástasis pulmonar e intervenido mediante lobectomía.

Tras 3 años, acude a urgencias por hemorragia digestiva alta realizándose gastroscopia urgente con evidencia de lesión subepitelial duodenal de 40mm con áreas eritematosas en cara anterior de rodilla duodenal, sin sangrado activo. TC abdominal describe engrosamiento de pared en segunda porción duodenal hipercaptante, sin sangrado.

Ante sospecha de tumor del estroma gastrointestinal (GIST), se realiza Ecoendoscopia con lesión de 45x35mm en pared duodenal dependiente de la muscularis mucosae, heterogénea, hipocogénica, con áreas anecoicas y abundante vascularización, compatible con GIST. Se realiza

PAAF con aguja de 19G. La histología es compatible con metástasis por (ccRCC). Se interviene mediante duodenopancreatectomía cefálica sin incidencias confirmando el diagnóstico.

### CONCLUSIÓN

Las metástasis duodenales de (ccRCC) son excepcionales, siendo el duodeno la localización del tubo digestivo menos frecuente. Suelen producirse en contexto de enfermedad diseminada, y ocasionalmente son de localización única (1-8%). La Ecoendoscopia-PAAF tiene una precisión del 90% en el diagnóstico de TSE. Su alta resolución permite discriminar el origen de la capa de la pared intestinal de la lesión y sus características, además de tomar biopsias profundas para su diagnóstico definitivo.

## 14. PRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE EN LA OBSTRUCCIÓN COLÓNICA MALIGNA. UNA SERIE DE CASOS

P. Villar Espinal, C. Navarro Peiró, G. Alemany Pérez, L. Martí Romero, C. Boix Clemente, V. Martínez Escapa, P. Olcina Domínguez, M.D. Pérez Zahonero

Hospital Francesc de Borja, Gandía

### INTRODUCCIÓN

La incidencia de la obstrucción colónica aguda maligna, que requiere descompresión urgente, es del 8-13%. El desarrollo de la clínica se relaciona con la localización del tumor, siendo los situados distalmente al ángulo esplénico los de más riesgo.

Comparado con la cirugía urgente, la colocación endoscópica de una prótesis presenta menor porcentaje de complicaciones, menor necesidad de estoma de urgencia y menor estancia hospitalaria. Permite el estadiaje tumoral, optimización del paciente, preparación intestinal y mayor tasa de anastomosis primaria.

Las principales complicaciones agudas son perforación, migración y obstrucción de la prótesis. Las tardías, el mal funcionamiento de la prótesis y perforación.

Las indicaciones para la prótesis son transformar una cirugía urgente en programada y el uso paliativo.

### OBJETIVO

Describir el uso de las prótesis metálicas autoexpandibles en cáncer colorrectal con clínica obstructiva como puente a cirugía y como tratamiento paliativo, así como la evolución posterior.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos 11 pacientes con diagnóstico de neoplasia de colon maligna obstructiva, a los que se ha colocado prótesis metálica autoexpandible en nuestro centro entre Enero de 2022 y Mayo de 2024, como puente a cirugía o con intención paliativa.



## RESULTADOS

Presentamos 11 pacientes con edad media 76,54 años (65-94). En todos se colocó prótesis por obstrucción colónica maligna. En 7 se colocó como puente a cirugía de resección y en los 5 restantes como tratamiento paliativo. 7 de las neoplasias se encontraban en sigma, 2 en colon descendente y 2 en recto superior. En ningún caso hubo complicaciones inmediatas y los pacientes fueron dados de alta. En todos los pacientes en los que la prótesis se utilizaba como puente a cirugía se pudo realizar la intervención con éxito.

Un paciente (intención paliativa), presentó perforación intestinal a los 6 meses de la colocación de la prótesis. En el resto no ha habido complicaciones tardías.

## CONCLUSIONES

El uso de las prótesis metálicas autoexpandibles como puente a cirugía o tratamiento paliativo en las obstrucciones colónicas malignas es una técnica segura. Evitan la necesidad de cirugía urgente, permiten una tasa de anastomosis primaria superior durante la cirugía, menor estancia hospitalaria durante el proceso agudo y menor morbilidad a corto plazo.

## 15. EL HILO OCULTO: ÚLCERA TARDÍA POR SUTURA DE ENDOMANGA

P.M. Urbán Garbayo, A. Moreno Lario, I. Navarrete Pérez, N. Alonso Lázaro, A. Garrido Marín, M. Bustamante Balen, V. Argumáñez Tello

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

## INTRODUCCIÓN

La gastroplastia endoscópica con manga (ESG) es una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía bariátrica restrictiva. Consiste en realizar plicaturas endoluminales en serie a lo largo de la curvatura mayor del estómago, desde el antro hasta el fundus, conformando un tubo o manga gástrica. La tasa de complicaciones mayores es <2%, siendo las más frecuentes la hemorragia y la infección.

## OBJETIVO

Describir un caso de úlcera gástrica y duodenal por decúbito de hilo de sutura de ESG tratado endoscópicamente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 63 años que ingresa por epigastralgia continua que empeora con la ingesta, náuseas diarias, vómitos ocasionales, pérdida de 23kg de peso y astenia de 5 meses de evolución.

Como antecedente destaca que se sometió a una ESG tipo Apollo® en 2020, con “tunelización completa del cuerpo y fundus, sin complicaciones”.

La exploración física era anodina y analíticamente presentaba hipoalbuminemia y ferropenia, sin otras alteraciones.

## RESULTADOS

Se completó el estudio con gastroscopia (EDA) en la que se identificaron varios hilos de sutura que cruzaban la cavidad gástrica de cara anterior a posterior. Uno de ellos, desde la región distal de la curvatura menor, se introducía en píloro, provocando con su roce una úlcera antral lineal cubierta de fibrina. En el teórico trayecto duodenal del hilo se observaba una úlcera lineal y profunda cubierta de fibrina.

Se realizó un TC en el que destacaba un engrosamiento homogéneo de duodeno y primeras asas yeyunales con dilatación de asa en ángulo de Treitz pero sin evidenciar causa obstructiva ni otras complicaciones.

En una segunda EDA con colonoscopia pediátrica se siguió el hilo descrito hasta yeyuno proximal, donde producía una aparente tracción mucosa. A ese nivel se objetivó una imagen sacular de mucosa normal rodeada por una erosión lineal, observándose en uno de sus bordes la luz yeyunal, franqueable y sin lesiones. Se cortaron con tijeras endoscópicas sin incidencias tanto ese hilo como el resto, ya que no presentaban ningún efecto reductor sobre el estómago. Tras el tratamiento endoscópico la paciente no presentó nuevos episodios de vómitos o dolor tras la ingesta, con mejoría subjetiva clara.

## CONCLUSIONES

Aunque la ESG es una técnica segura, no está exenta de complicaciones. Este es el primer caso descrito de úlceras por decúbito iatrogénicas asociadas a ESG a largo plazo

## 16. ICTERICIA COMO DEBUT DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

T. García Ballester, A. Ferrández, S. González Padilla, J.M. Varela Fernández, I. Lorca Antón, M.C. Broseil Martínez, R. Villagrasa Manzano, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno  
Hospital Clínico Universitario de Valencia

Hombre de 24 años natural de Brasil que acude a urgencias por ictericia de dos días de evolución y epigastralgia desde hace tres meses.

En analítica destaca hiperbilirrubinemia, aumento de reactantes de fase aguda, anemia y eosinofilia. Exploración física con ictericia.

Se realiza TC abdominal que describe masa en región pancreático-duodenal de 33mmx27mm que condiciona dilatación de vía biliar intrahepática con colédoco normal. Esplenomegalia.

Ante sospecha de síndrome linfoproliferativo se realiza Ecoendoscopia, que evidencia lesión hipodensa en hilio hepático de 40mm x 35mm que dilata vía biliar intrahepática, comprime estructuras vasculares y desplaza parénquima pancreático, con adenopatías adyacentes. Se realiza PAAF con aguja de 19G.

La citología e histología evidencia estructuras fúngicas basófilas y material necrótico-inflamatorio de predominio eosinófilo. La tinción de Grocott muestra imágenes en “rueda de



timón” determinando como diagnóstico anatómico-patológico infección por *Paracoccidioides brasiliensis*.

Se pauta itraconazol durante 6 meses con resolución de la ictericia.

La paracoccidioidomicosis es la micosis sistémica más frecuente en América Central y del Sur. Producida por el hongo dimórfico *Paracoccidioides brasiliensis*.

Presenta dos formas clínicas: la forma crónica y la aguda/subaguda.

La forma crónica es la más frecuente (90-95%) y supone la reactivación meses tras la primoinfección. La forma aguda/subaguda es infrecuente (<10%) y supone la progresión agresiva tras la primoinfección en jóvenes.

Se presenta como linfadenopatías generalizadas con manifestaciones por compresión, fiebre, hepatoesplenomegalia y disfunción de la médula ósea.

El diagnóstico diferencial incluye el linfoma y enfermedades granulomatosas infecciosas (histoplasmosis, tuberculosis, sífilis, toxoplasmosis, etcétera) y no infecciosas (sarcoidosis). El diagnóstico definitivo se establece por estudio anatomopatológico de linfadenopatías.

En zonas no endémicas el bajo índice de sospecha supone el retraso del diagnóstico y tratamiento, con riesgo de presentar evolución agresiva de mal pronóstico.

Destacamos el caso de un joven procedente de área endémica con ictericia como debut de paracoccidioidomicosis aguda/subaguda. Una revisión sistemática reciente reporta 35 casos en España, la mayoría en forma crónica y ninguno con ictericia como síntoma debut.

## 17. TUMOR PSEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS, LA IMPORTANCIA DE LA ECOENDOSCOPIA

T. García Ballester, S. González Padilla, U. Fernández de Lapeña Echevarría, J. Sánchez Serrano, R. Villagrasa Manzano, E. García Gómez, P. Olcina Domínguez, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### CASO ENDOSCÓPICO

Mujer de 19 años acude a urgencias por epigastralgia con vómitos de tres semanas de evolución.

Análiticamente destaca aumento de reactantes de fase aguda con amilasa, transaminasas, Ca<sup>19.9</sup> y CEA normales. Se realiza ecografía con presencia de masa de 90mm en cola pancreática.

En TC y RM abdominal se evidencia lesión quística en cola pancreática de 65x75mm sugestiva de pseudoquiste secundario a pancreatitis aguda.

Se solicita Ecoendoscopia para drenaje de pseudoquiste con evidencia de lesión de 70x55mm en cuerpo pancreático bien delimitada, de contenido denso con septos y áreas anecoicas junto con componente sólido en la periferia. Se realiza PAAF con aguja de 19G. La citología describe tejido necrótico.

Ante sospecha ecoendoscópica de neoplasia quística pancreática (NPQ) compatible con cistadenoma seroso o tumor sólido pseudopapilar (TSSP) se realiza esplenopancreatectomía corporocaudal laparoscópica. La histología e inmunohistoquímica confirman TSSP.

Sin recidiva tras 6 meses.

### DISCUSIÓN

El TSSP es infrecuente (5% de NPQ). Afecta a mujeres (80-90%) entre 20-40 años. Produce síntomas por compresión, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente.

Se presenta como masa encapsulada de mediano-gran tamaño, sólido-quística con áreas necrótico-hemorrágicas y en ocasiones calcificaciones, localizada en cuerpo-cola (55-60%).

El estudio anatomopatológico establece el diagnóstico definitivo. La Ecoendoscopia-PAAF puede confirmar el diagnóstico preoperatorio con precisión diagnóstica del 82%.

Presenta bajo potencial de malignización y la resección quirúrgica es el tratamiento de elección con supervivencia en 5 años del 95-97%.

En conclusión, el TSSP es un tumor poco frecuente y para su diagnóstico la Ecoendoscopia es la técnica de elección, con una precisión superior a la RM y TC.

## 18. LISTERIA MONOCYTOGENES COMO INFECCIÓN OPORTUNISTA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN EN TRATAMIENTO CON UPADACITINIB

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, R. Monzó Castellets, P. Lombart Conesa, M. Muñoz Vicente, P. Almela Notari

Hospital General Universitario de Castellón

### INTRODUCCIÓN

El uso de fármacos inmunomoduladores y biológicos, cada vez más frecuente en la práctica clínica, ofrece un amplio arsenal terapéutico en el manejo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). No obstante, incrementan a su vez el riesgo de infecciones oportunistas.

Listeria monocytogenes es un bacilo grampositivo que en individuos inmunocompetentes produce gastroenteritis autolimitadas, mientras que en ancianos, embarazadas o inmunodeprimidos puede causar bacteriemia o infecciones del sistema nervioso central. Además, la propia EII se considera factor predisponente por la disrupción mucosa, dismotilidad o malnutrición.

No se han descrito casos de infección por Listeria en pacientes con EII en tratamiento con fármacos anti-JAK.

### OBJETIVOS

Revisión y presentación de un caso clínico de infección por L. monocytogenes en un paciente con EII tratado con Upadacitinib.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 49 años con Enfermedad de Crohn colónica (A3L2B1) que ingresa en marzo de 2024 por brote moderado, siendo tratado con Upadacitinib y pauta descendente de corticoides.

Ingresa mes y medio más tarde por fiebre sin clínica digestiva ni focalidad infecciosa. Destaca leve elevación de PCR (42 mg/L); orina, Rx de tórax y PCR de virus respiratorios negativos. Se realiza TC con mínimos signos inflamatorios en sigma, colon descendente y colon transverso (en probable relación con brote reciente).

## RESULTADOS

Durante el ingreso se aísla en hemocultivos *L.monocytogenes*; se inicia antibioterapia con Ampicilina y Cotrimoxazol y se suspende Upadacitinib mientras continúa la pauta descendente de corticoides. Presenta nuevo brote moderado por lo que se aumenta corticoterapia y se inicia Ustekinumab. Evoluciona favorablemente y es dado de alta.

## CONCLUSIÓN

Upadacitinib es un inhibidor de Janus quinasas (JAK) que actúa preferentemente sobre JAK1 o JAK1/3, modulando la señalización de citoquinas (IL-6, IL-7, IL-15 e IFN- $\gamma$ ) involucradas en la patogénesis de la EI.

Entre las infecciones oportunistas notificadas con upadacitinib se encuentran: tuberculosis, herpes zóster multidermatómico, candidiasis oral/esofágica y criptococosis. Se han descrito casos de *Listeria* en relación con anti-TNF y un único caso con tofacitinib.

Es por ello por lo que en un paciente con EI tratado con upadacitinib que presente fiebre de origen desconocido se debe considerar la infección por *L.monocytogenes*.

## 19. PROCTITIS POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

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, R. Monzó Castelletts, P. Lombart Conesa, M. Muñoz Vicente, P. Almela Notari

Hospital General Universitario de Castellón

## INTRODUCCIÓN

Las características clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) no son específicas de dicha entidad. Por tanto, el diagnóstico diferencial incluye un amplio espectro de patologías intestinales que simulan una EII y con etiologías muy diversas, ya sea de origen infeccioso, medicamentoso o isquémico, entre otras.

## OBJETIVOS

Revisión y presentación de un caso clínico de infección por *Chlamydia trachomatis* como parte del diagnóstico diferencial de la EII.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 37 años, con infección por VIH y antecedentes de sífilis, remitido por aumento del ritmo deposicional, rectorragia y tenesmo rectal.

Análiticamente sin hallazgos reseñables (hemograma y CD4 en rango, ausencia de elevación de RFA); carga viral VIH 443 copias/ml y serología con infecciones por virus del grupo herpes y sífilis pasadas y virus de hepatitis negativos. En heces, calprotectina fecal elevada (545,9 mg/Kg); coprocultivo y parásitos negativos.

## RESULTADOS

Se realiza colonoscopia: desde margen anal hasta 10 cm múltiples úlceras con fondo fibrinoso y mucosa entre ellas conservada. Se inicia tratamiento con supositorios de Mesalazina 1 gramo al día. Los resultados de anatomía patológica son compatibles con proctitis ulcerosa; PCR CMV negativa.

El paciente presenta mejoría clínica progresiva, pero persistencia de tenesmo rectal; analíticamente descenso de CF (131,7 mg/Kg). Se realiza rectoscopia a los 4 meses evidenciando hasta 5-10 cm del margen anal 6 úlceras con fondo de fibrina y mucosa superficial friable. Se toman biopsias para AP y microbiología: en AP se identifica material fibrinoleucocitario de probable origen infeccioso; PCR C.trachomatis positiva.

## CONCLUSIONES

Si bien la EII puede cursar en forma de diarrea inflamatoria, otras etiologías pueden presentarse con una clínica superpuesta. Aunque la diarrea crónica inflamatoria de origen infeccioso es poco frecuente en individuos inmunocompetentes, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la EII, sobre todo en inmunodeprimidos.

Hay que mantener un elevado índice de sospecha de infecciones digestivas por transmisión sexual en pacientes con síndrome rectal, ya que pueden simular lesiones inflamatorias en la endoscopia y requieren métodos diagnósticos específicos. Para ello, será esencial el papel de una anamnesis e historia clínica detallada, así como la toma de biopsias y estudio microbiológico.

## 20. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN EN PRÁCTICA CLÍNICA ANTE LA DETERMINACIÓN EN SALIVA DEL ALELO HLA-DQ1\*A5 EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (PROGRAMA POHLAR). RESULTADOS A LOS 6 MESES

M. Fquihi Chetouani, J.R. Lorente Montoro, A. Voces Cabaleiro, A.A. Pérez Ibáñez, J. Torrente Sánchez, S. Albert Palomares, E. Peiró García, A. Rabadán Mata, M. González Ferrandis, P. Martínez Morcillo, P. Latorre Año, N. Moreno Sánchez, J.M. Paredes Arquiola

Hospital Universitari Dr. Peset, Valencia



## INTRODUCCIÓN

Recientemente, un elevado interés se ha mostrado en la determinación de los portadores del HLA-DQ1\*05 por el riesgo de 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 estandarizado.

## OBJETIVO

Describir los resultados en la práctica clínica de la aplicación de la determinación del HLA-DQ1\*05 a los pacientes con EII.

## MÉTODO

Estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal que valora los resultados obtenidos a los 6 meses tras las decisiones clínicas tomadas en base a la determinación del HLA-DQ1\*05. Los resultados se valoraron en base a la remisión clínica, niveles de fármaco anti-TNF, calprotectina, curación transmural en la ecografía y persistencia del fármaco a los 6 meses.

## RESULTADOS

Entre marzo de 2023 y julio de 2024, en una cohorte de 1.200 pacientes atendidos en una U-EII, se ha determinado el HLA-DQ1\*05 a 124 pacientes (55% mujeres; edad media 44 años con desviación estándar de 13,3 años). Las indicaciones para realizar el test fueron: inicio anti-TNF (30.6%), persistencia de actividad (21.8%), niveles bajos de anti-TNF (18.5%), desintensificación del tratamiento combo (20.2%) u otros (8.9%). La determinación de HLA fue positiva en un 51.3%.

Las decisiones clínicas tomadas tras los resultados se agruparon en proactivas: mantener monoterapia (36.6%), mantenimiento de combo (19.4%), inicio de biológico no anti-TNF (8.1%), inicio de tratamiento combo (7.3%), asociar inmunosupresor (3.2%), desescalar inmunosupresor (3.2%) y cambio de diana (2.4%); o mantener el esquema terapéutico y monitorizar estrechamente los niveles de fármaco (20.2%). No se ha objetivado una asociación significativa entre los grupos de decisiones terapéuticas respecto a una mayor actividad de la enfermedad: remisión clínica (71% vs 85% p 0.8), calprotectina (mediana 78 vs 88 mcgr/gr p 0.7) y ecográfica (curación transmural 36% vs 30% p 0.1), concentración de fármaco (mediana 8.2 vs 8.2 mcgr/mL p 0.89) ni a su persistencia (suspendido 0 vs 12 p 0.11) a los 6 meses.

## CONCLUSIONES

Aplicar estrategia de monitorización estrecha de la concentración plasmática de anti-TNF consigue resultados clínicos similares a los 6 meses que la modificación del esquema terapéutico en pacientes con HLA-DQA5\*01 positivo.

## 21. REACCIÓN GRANULOMATOSA A HIERRO ORAL EN COLON, UN HALLAZGO INUSUAL

T. García Ballester, C. Gálvez Castillo, S. González Padilla, U. Fernández de Lapeña Echevarría, J.M. Varela Fernández, M.C. Brosel Martínez, I. Lorca Antón, M. Ponce Romero, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Presentamos el caso de una mujer de 67 años sin antecedentes de interés que se realiza gastroscopia y colonoscopia por anemia ferropénica asociada a astenia de larga evolución. Había recibido tratamiento con hierro oral durante 1 mes.

Se realiza gastroscopia sin hallazgos patológicos. En la colonoscopia se observa en colon ascendente pólipo plano de 18mm de extensión lateral LST no granular (Paris 0-IIa) que se reseca mediante mucosectomía en fragmentos, con histología de adenoma tubular. Además, se visualizan en sigma múltiples lesiones de 7 a 20 mm planas sobreelevadas y sésiles (Paris 0-IIa y Paris 0-Is, respectivamente) con mucosa regular de coloración negra, sugestivas de metástasis de melanoma (figura 1, 2, 3). El estudio anatomopatológico de las biopsias describe células gigantes multinucleadas con material extraño de color negro en su interior que tiñe con tinción de Perls, todo ello compatible con reacción granulomatosa frente a hierro (figura 4 y 5).

Se realiza colonoscopia a los 4 meses que evidencia en sigma dichas lesiones polipoideas de 8 a 12mm sésiles (Paris 0-Is) en resolución, de aspecto eritematoso con discreto punteado negro sugestivas de origen inflamatorio (figura 6 y 7). Se toman biopsias que lo confirman.

Un granuloma de cuerpo extraño se caracteriza por la presencia de un material extraño identificable, rodeado de histiocitos, células gigantes multinucleadas y un número variable de otras células inflamatorias, aunque en algunos casos como el presente, la reacción granulomatosa se compone exclusivamente de células multinucleadas.

Por otro lado, las metástasis de melanoma maligno en el tracto gastrointestinal son raras y se diagnostican en más del 95% post-mortem. Afectan con mayor frecuencia al intestino delgado, afectando por igual a yeyuno e íleon. Suelen diagnosticarse por síntomas gastrointestinales inespecíficos y su pronóstico es infausto, con una supervivencia a los 5 años menor al 10%.

Presentamos este caso por su singularidad, ya que no hay en la literatura ningún caso publicado de hallazgo en colonoscopia de reacción granulomatosa por depósito de hierro, pese a la alta prevalencia de toma de hierro oral en pacientes sometidos a estudios endoscópicos por anemia. Se trata de una entidad de carácter benigno con buen pronóstico.

## 22. RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DEL COLANGIOMATOSIS PERIHILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Moreno Lario <sup>1</sup>, P.M. Urbán Garbayo <sup>1</sup>, I. Navarrete Pérez <sup>1</sup>, V. Argumánez Tello <sup>1</sup>, I. Conde Amiel <sup>1</sup>, C. Vinaixa Aunes <sup>1</sup>, M. García Eliz <sup>1</sup>, J. del Hoyo Francisco <sup>1</sup>, E. Rodríguez Marcos <sup>2</sup>, M. Berenguer Haym <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, <sup>2</sup> Hospital Lluís Alcanyís



## INTRODUCCIÓN

El colangiocarcinoma es un tumor de la vía biliar que puede clasificarse en intrahepático, perihiliar y distal. Es una neoplasia de mal pronóstico por su diagnóstico tardío y en ocasiones complejo, y un abordaje terapéutico limitado.

## OBJETIVOS

Describir un caso de colangiocarcinoma hiliar de difícil diagnóstico y tratamiento.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 51 años con artritis psoriásica tratada con Secukinumab, ingresado con sospecha de hepatopatía autoinmune (HAI). El estudio etiológico inicial resultó negativo (incluyendo autoinmunidad). La biopsia hepática mostró características no claramente compatibles con HAI, aunque con fibrosis F3. Ante falta de respuesta al tratamiento esteroideo iniciado, el paciente fue trasladado a nuestro centro para una evaluación más exhaustiva.

## RESULTADOS

- Hiperbilirrubinemia marcada y alteración de enzimas de predominio colestásico.
- Serología, Igs, autoanticuerpos, proteinograma, IgG4 y marcadores tumorales negativos.
- Colangio-RM: tejido de partes blandas que estenosa porta y vía biliar de probable causa inflamatoria.
- Biopsia hepática: colestasis canalicular asociada a colangitis aguda con leve expansión fibrótica periportal.
- PET-TC: tejido de partes blandas perihiliar, sin hipermetabolismo, que sugiere etiología inflamatoria-autoinmune.

Se realizan biopsias de la masa hiliar mediante USE e intervencionismo, sin éxito (falta de muestra). El resultado de la 3ª biopsia es compatible con fibrosis intersticial sin criterios de malignidad. La IHQ descarta fibromatosis abdominal/fibrosis retroperitoneal por IgG4.

Estudios microbiológicos negativos.

Persiste ictericia obstructiva que requiere drenaje biliar interno-externo y desarrollo de colangitis de repetición que precisan cobertura antibiótica y antifúngica amplia. Ante evolución tórpida, ausencia de malignidad e irreseccabilidad quirúrgica, se decide TH (complejo por localización de la masa que engloba estructuras biliares y vasculares). Biopsias extemporáneas negativas para malignidad. Presenta complicación hemorrágica post-TH y disfunción primaria del injerto con re-TH. Finalmente fallece por FMO. La AP de la hepatectomía mostró un colangiocarcinoma hiliar esclerosante de ducto grande con crecimiento periductal radial (pT2N0).

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico diferencial de las masas hiliares puede suponer un reto diagnóstico, lo que retrasa y dificulta su tratamiento

### 23. UPADACITINIB COMO MONOTERAPIA EFICAZ EN ENFERMEDAD DE CROHN Y LIQUEN PLANO PILAR REFRACTARIO: REPORTE DE UN CASO

J.L. Ontaneda Cueva, M. Marín Hermosa, I. Martí Lluch, V. Argumánz Tello, A. Mínguez Sabater, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

#### INTRODUCCIÓN

El liquen plano pilar (LPP) es una alopecia cicatricial primaria que presenta desafíos terapéuticos debido a la falta de guías específicas y limitada eficacia de los tratamientos convencionales. Entre las opciones más recientes se encuentran los inhibidores de JAK como upadacitinib (UPA), selectivo para JAK1, que ha demostrado eficacia en varias enfermedades inflamatorias. UPA está aprobado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn (EC) moderada a grave y, aunque los datos son muy limitados, ha mostrado resultados prometedores en casos aislados de LPP refractario.

#### OBJETIVOS

Describir un caso de EC que inicia tratamiento con UPA por coexistencia de LPP recalcitrante.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un hombre de 32 años con diagnóstico de EC desde 2006. Inicialmente tratado con azatioprina y tandas de corticoides, el paciente recibió infliximab (IFX) tras desarrollar corticodependencia, siendo sometido a resección ileal en 2012. Posteriormente, mantuvo varias líneas de tratamiento, logrando remisión con IFX en monoterapia desde 2018.

A nivel dermatológico, a pesar de recibir desde 2019 múltiples tratamientos tópicos, sistémicos e infiltraciones periódicas de corticoides, el paciente continuaba con lesiones de LPP activas.

#### RESULTADOS

En febrero 2023, dada la refractariedad del LPP y agotadas otras opciones terapéuticas, se inició UPA. Durante los siguientes meses se observó una notable mejoría en las lesiones del cuero cabelludo, con disminución del índice de actividad de LPP (LPPAI) de 8.7 a 2 y reducción en la pérdida de cabello, con nuevo crecimiento.

Mantuvo remisión clínica de la EC, decidiendo tras deliberación suspender IFX en julio 2023, confirmando remisión analítica y endoscópica mediante calprotectina negativa en mayo 2024 y colonoscopia quiescente en septiembre 2024.

A lo largo del tratamiento con UPA se presentaron algunos efectos adversos leves, todos resueltos con tratamiento adecuado.

#### CONCLUSIONES

- El uso de UPA mostró una mejora significativa tanto en las manifestaciones dermatológicas del LPP como en la EC del paciente, sugiriendo que los inhibidores de JAK pueden ser una



opción terapéutica viable en casos complejos, con afectación inmunológica dual o refractarios a terapias convencionales.

- Se puede atribuir al UPA los efectos adversos hiperhidrosis, acné leve y tiña pedis. No se observaron eventos adversos graves

## 24. CARACTERÍSTICAS DE LA AFECTACIÓN HEPÁTICA EN UN PACIENTE CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

A.I. Montoya Filardi, C. Alventosa Mateu, M. Latorre Sánchez, I. Castelló Miralles, A. Fernández Soro, I. Pérez Álvarez, M. Gil Rodríguez, J. Gutiérrez Basoa, M. Beceiro Castillo, P. Jarque Macián, A. Buxaus Ventura, I.A. Riera Vidal, J.E. Páez Soto, J.J. Urquijo Ponce

Servicio Aparato Digestivo del Hospital General Valencia

### INTRODUCCION

La anemia falciforme o drepanocitosis es una hemoglobinopatía hereditaria caracterizada por la presencia de hemoglobina S patológica, que condiciona cambios en la membrana de los eritrocitos, formando las células falciformes, que pueden producir crisis vasooclusivas y hemólisis, provocando daño tisular en los órganos diana, entre ellos el hígado. La afectación hepática en esta enfermedad se denomina hepatopatía de células falciformes e incluye distintos patrones de lesión hepática como la crisis hepática falciforme, el secuestro hepático y la colestasis intrahepática aguda.

### CASO CLÍNICO

Varón de 16 años, con drepanocitosis homocigota en tratamiento con hidroxiurea. Ingresos previos por crisis vasooclusivas con afectación renal y requerimientos transfusionales. Ingreso por dolor en hipocondrio derecho, fiebre y vómitos, con elevación de bilirrubina total hasta 17 mg/dL, de predominio directo, con GOT 80 U/L GPT 90 U/L, FA 220 U/L y GGT 230 U/L junto con parámetros de hemólisis (Hb 8.6 mg/dl, haptoglobina <30 mg/dl, LDH 930 U/L).

La ecografía descartó patología biliar y mostró dos lesiones hepáticas de 35 y 45 mm sugestivas en TAC y RMN dinámicos, de infarto hepático sobreinfectado. También se observó esplenomegalia (22 cm) con área de infarto, sin otros signos de hipertensión portal. Se instauró tratamiento antibiótico y antifúngico de amplio espectro con difícil control de la fiebre, observando mejoría de las cifras de bilirrubina hasta su normalización. Tras descartar otros focos infecciosos, se realizó biopsia de la lesión hepática, de consistencia flemonosa pero sin obtener aislamiento microbiológico. En la biopsia del parénquima se observó dilatación y obstrucción sinusoidal secundarias a depósito masivo de drepanocitos intrasinusoidales y eritrogafocitosis, sin fibrosis, todo ello compatible con crisis hepática falciforme aguda. La elastografía de transición hepática y esplénica mostraron valores normales (5.5 y 17.5 kpa, respectivamente).

## CONCLUSIONES

En nuestro paciente la afectación hepática fue por depósito de drepanocitos, con oclusión sinusoidal y áreas de infarto sobreinfectadas. No se observó fibrosis ni signos indirectos de HTP, salvo esplenomegalia de origen hematológico. Dado que la afectación hepática en la drepanocitosis puede presentar patrones diversos, ante su sospecha se recomienda realizar biopsia hepática.

## 25. ÍLEO BILIAR. LA IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA

M. Beceiro Castillo, C. Alventosa Mateu, I. Pérez Álvarez, M. Gil Rodríguez, J. Gutiérrez Basoa, A.I. Filardi Montoya, A. Buxaus Ventura, P. Jarque Marcian, J. Sempere García-Argüelles

Hospital General de Valencia

## INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una obstrucción intestinal secundaria a la impactación de un cálculo biliar, que llega al intestino a través de una fístula entre la vesícula biliar y el duodeno. Es una complicación rara de la colelitiasis.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 87 años con vómitos biliosos y dolor abdominal de 4 días de evolución, manteniendo el tránsito intestinal. Presenta dolor en hipocondrio derecho sin distensión abdominal ni signo de Murphy. Analíticamente: bilirrubina 1.37 mg/dl, 10 400 leucocitos, PCR 6.5 mg/dl y fallo renal agudo (creatinina 1.85 mg/dl). En la radiografía de abdomen aerobilia sin dilatación de asas intestinales, y en la ecografía colelitiasis y dilatación de la vía biliar.

Se ingresa por sospecha de coledocolitiasis y durante el ingreso los vómitos comienzan a ser fecaloideos. En la endoscopia se objetiva gran cantidad de líquido en estómago y dos úlceras duodenales: una profunda de 2 cm en la cara anterosuperior de rodilla y otra de 1.5 cm en segunda porción. El TC confirma la fístula entre el duodeno y el fundus vesicular, y ve un cálculo de 30 mm en yeyuno que distiende la luz intestinal.

La paciente es intervenida mediante enterotomía longitudinal y extracción del cálculo, evolucionando favorablemente y siendo dada de alta a los 3 días.

## DISCUSIÓN

El íleo biliar es más frecuente en personas mayores, especialmente mujeres. Los síntomas son secundarios a la obstrucción intestinal, y en ocasiones asocian colecistitis aguda. En la radiografía se puede observar la tríada de Rigler: distensión de asas, neumobilia y cálculo ectópico radioopaco (<10%). El TC es más sensible y específico, identificando la fístula y la litiasis.

El lugar más común de impactación es la válvula ileocecal, aunque puede ocurrir en el estómago o duodeno (Síndrome de Bouveret). En nuestro caso, la úlcera en segunda porción duodenal sugiere que la litiasis estuvo enclavada ahí antes de migrar a yeyuno.



El tratamiento es quirúrgico. La enterolitotomía es la opción principal en pacientes mayores con comorbilidades. En personas jóvenes, puede asociarse colecistectomía y cierre de la fístula en el mismo acto o diferido.

El íleo biliar es una entidad de difícil diagnóstico, ya que en más del 50% de los casos no presentan la tríada clásica. El diagnóstico temprano es crucial debido a su elevada morbimortalidad, asociada al retraso en el tratamiento.

## 26. METÁSTASIS DE COLON POR CARCINOMA LOBULILLAR INFILTRANTE

I. Lorca Antón, M.C. Brosel Martínez, S. González Padilla, R. Villagrasa Manzano, M. Ponce Romero, M. Huerta Álvaro, M. Benito Serrano, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno  
Hospital Clínico Valencia

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama metastatiza frecuentemente a hígado, pulmón, cerebro y hueso. El subtipo lobulillar infiltrante puede tener afectación gastrointestinal (5%) siendo infrecuente en el colon y con mal pronóstico debido al retraso diagnóstico por baja sospecha clínica.

Mujer de 64 años con antecedente de carcinoma de mama lobulillar infiltrante (pT2 pN3 M0) diagnosticado en 2017 e intervenido mediante mastectomía y linfadenectomía, quimioterapia y radioterapia adyuvante y posteriormente hormonoterapia durante 5 años. A los 4 años recibió ciclo de quimioterapia por progresión ósea con respuesta completa.

En agosto de 2023 comienza con diarrea (3 deposiciones/día líquidas sin productos patológicos) y dolor abdominal. Analíticamente destaca mínima elevación de CEA y Ca 15.3. Coproparasitológico negativo. TAC abdomino-pélvico: engrosamiento de pared de ciego sugestivo de enfermedad inflamatoria intestinal, sin poder descartar proceso neofornativo.

### ENDOSCOPIA

Gastroscopia sin alteraciones. Colonoscopia: en colon transversal distal-descendente mucosa de aspecto infiltrativo pseudonodular con patrón cuarteado en empedrado, ocupando media circunferencia y condiciona disminución del calibre de la luz que no permite el paso del endoscopio. El estudio anatomopatológico evidenció infiltración metastásica por carcinoma lobulillar de origen mamario.

### CONCLUSIÓN

El cáncer de mama es infrecuente que evolucione con metástasis colónicas; si éstas aparecen, suele ser años más tarde del diagnóstico. Los hallazgos endoscópicos son muy variables (úlceras, nódulos aislados, mucosa infiltrativa) siendo muy importante para el diagnóstico la sospecha clínica (por el subtipo de neoplasia primaria) y el diagnóstico histológico.

## 27. IMPACTO DEL GENOTIPO HLA-DQA1\*05 EN LA INMUNOGENICIDAD Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

V. Moreno Torres <sup>1</sup>, C. Mira <sup>1</sup>, L. Madero Velázquez <sup>1</sup>, R. Muñoz Pérez <sup>1</sup>, O. Belén Galipienso <sup>1</sup>, J.I. Cameo <sup>1</sup>, L. Bernal <sup>1</sup>, A. García Trueba <sup>1</sup>, L. Sempere <sup>1</sup>, A. Gutiérrez Casbas <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Gastroenterología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante, <sup>2</sup> Departamento de Gastroenterología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante. ISABIAL. CIBERehd

### INTRODUCCIÓN

Portar el gen HLA-DQA1\*05 se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar inmunogenicidad en pacientes con EI tratadas con anti-TNF-alfa. Sin embargo, los estudios han mostrado evidencia no concluyente respecto a su relación con la pérdida de respuesta o los eventos adversos en estos pacientes.

### OBJETIVOS

Determinar el impacto de portar este alelo en la efectividad, persistencia del fármaco y seguridad del mismo en pacientes con EI que han recibido tratamiento con fármacos anti-TNF-alfa.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes, retrospectivo, unicéntrico, incluye pacientes con EI que han recibido terapia anti-TNF. El alelo HLA-DQA1\*05 se determinó a partir de muestra de saliva. Evaluamos la persistencia del fármaco, la retirada del mismo, respuesta clínica/remisión, pérdida de respuesta primaria y secundaria, niveles de anti-TNF, desarrollo de anticuerpos anti-TNF y los eventos adversos en pacientes distribuidos según la presencia o no del alelo.

### RESULTADOS

Se incluyeron un total de 82 pacientes. El HLA-DQA1\*05 fue positivo en 42.7% de la muestra. El 77% recibió infliximab y 23.2% adalimumab. El anti-TNF fue la primera terapia avanzada en 95% de la cohorte. Treinta y cuatro de los 82 pacientes (41%) recibieron una intensificación del anti-TNF-a, así como el 41% fue tratado con terapia combinada con inmunosupresores. El anti-TNF-a se retiró en el 42.7% de pacientes durante el seguimiento, y la tasa de eventos adversos que llevaron a la discontinuación del fármaco fue del 16%. Al comparar la tasa de no respuesta primaria y secundaria, la persistencia de la terapia anti-TNF-a o el uso de comboterapia, no encontramos diferencias significativas entre los pacientes según el estado de HLA-DQA1\*05. La tasa de reacciones a la infusión, el desarrollo de anticuerpos anti-TNF o eventos adversos que llevaron a la retirada del fármaco también fueron similares entre pacientes HLA-DQA1\*05 positivos o negativos. Solo la necesidad de un régimen optimizado de anti-TNF-a fue más frecuente entre los pacientes HLA-DQA1\*05 positivos (19 (54.3%) vs 15 (31.9%, p=0.028).

### CONCLUSIONES

En nuestra cohorte, ser portador del alelo no actuó como predictor de pérdida de respuesta. La seguridad del tratamiento anti-TNF tampoco se vio influenciada por la variante.



Sin embargo, los pacientes HLA-DQA1\*05 positivos requirieron un régimen optimizado de anti-TNF-a con mayor frecuencia.

## 28. CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTE JOVEN SANO. UN CASO ATÍPICO

M. Escrig Veses, A. Íñigo Arce, M. Bravo Buitrón, M. Brosel Martínez, I. Lorca Antón, P. Lluch García, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma hepatocelular (CHC) es el tumor primario hepático más frecuente. La edad promedio de diagnóstico se sitúa entre los 50 y 70 años y aparece en el contexto de hepatopatía crónica subyacente en más del 80% de los casos. Su sintomatología suele ser inespecífica (síndrome constitucional).

Presentamos un caso atípico en un paciente joven.

### CASO CLÍNICO

Varón de 23 años con antecedente de absceso hepático amebiano tratado hace 5 años en Venezuela, con RM hepática y marcadores tumorales no sugerentes de proceso neoplásico. Actualmente acude a urgencias por deterioro del estado general y dolor en hipocondrio derecho. A la exploración, masa dolorosa que ocupa hemiabdomen derecho. Presenta leve elevación de transaminasas y LDH, PCR 145 mg/L, trombocitosis, AFP 24 ng/ml, autoanticuerpos negativos e IgG elevada. Serología negativa. En ecografía y TAC se observa masa de 18x11x15 cm dependiente de lóbulo hepático derecho que plantea diagnóstico diferencial entre CHC fibrolamelar y colangiocarcinoma. La RM hepática sugiere CHC fibrolamelar con necrosis, pero la biopsia percutánea es compatible con adenoma hepatocelular. Debido a esta discordancia, y ante evolución tórpida por dolor, anemia leve, fiebre y elevación de PCR hasta 400 mg/L, con aparición de áreas de necrosis y sangrado intratumoral en pruebas de imagen, se valora en comité hepatobiliar y se decide cirugía. Se realiza hepatectomía parcial con linfadenectomía, siendo la muestra compatible con CHC bien diferenciado con invasión vascular e infiltración de 2 ganglios linfáticos. Parénquima no tumoral, sano. Ante CHC bien diferenciado, BCLC-C, con función hepática preservada, se inicia atezolizumab-bevacizumab y se incluye en ensayo clínico (placebo vs tiragolumab añadido). Hasta la fecha, el paciente permanece libre de enfermedad.

### CONCLUSIÓN

Con este paciente queremos ilustrar un caso atípico de CHC en adulto joven sin factores de riesgo previos. En el estudio de una lesión hepática de gran tamaño que plantea diagnóstico diferencial entre adenoma y CHC, la biopsia percutánea es insuficiente y hay que considerar la heterogeneidad del parénquima tumoral y los signos radiológicos de malignidad como necrosis y hemorragia.

## 29. DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE MELANOMA METASTÁSICO EN ESTÓMAGO CON TUMOR PRIMARIO DESCONOCIDO

M.C. Brosel Martínez, T. García Ballester, I. Lorca Antón, J. Sánchez Serrano, M. Benito Serrano, V. Merino Murgui, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

El melanoma es el 11º y 8º cáncer más frecuente en hombres y mujeres, respectivamente. Aproximadamente, un 4% de los nuevos diagnósticos presentan lesiones a distancia correspondiéndose con un melanoma metastásico (MM) y, de estos, menos de un 3% son MM sin evidencia de tumor primario. El melanoma es el tumor que más frecuentemente metastatiza en el tracto gastrointestinal en números relativos; afectando mayoritariamente al intestino delgado, el colon y el recto, siendo muy poco frecuentes a nivel gástrico y excepcional el diagnóstico de melanoma primario gástrico.

### CASO CLÍNICO

Varón de 86 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por anemia a estudio y síndrome constitucional.

La exploración física era anodina. La analítica constató la anemia ferropénica (hemoglobina 6,5 g/dL con volumen corpuscular medio disminuido y hierro de 12 µg/dL) sin otras alteraciones. Se realizó un TC abdomino-pélvico que mostró múltiples nódulos peritoneales, adenopatías inguinales e ilíacas derechas y un dudoso engrosamiento en antro - píloro.

La gastroscopia mostró en cuerpo y cara anterior de rodilla duodenal, 7 lesiones de entre 1-3 cm, nodulares, estrelladas, algunas de ellas ulceradas con fondo de fibrina, melanocíticas en su superficie y duras a la toma de biopsias. En la colonoscopia no se objetivaron alteraciones patológicas.

Ante la sospecha endoscópica de MM se amplió el estudio con la proteína S-100B que se encontraba aumentada y se solicitó valoración dermatológica y oftalmológica para buscar el primario en dichas localizaciones, ambas sin hallazgos significativos. Además de un PET- TC y una RM cerebral para completar el estudio de extensión, con metástasis óseas, musculares, hepáticas y cerebrales.

La anatomía patológica evidenció depósitos de melanina asociados a proliferación neoplásica con un estudio inmunohistoquímico negativo para CKAE1/AE3 y positivo para S100 y melan-A todo ello compatible con infiltración por melanoma. El estudio genético fue de BRAF Wild-Type (WT).

El diagnóstico final fue de un melanoma estadio IV BRAF-WT de origen desconocido.



## CONCLUSIÓN

El melanoma avanzado de origen desconocido es una entidad muy poco frecuente. La afectación intestinal puede ser la única manifestación demostrable de la misma por lo que el diagnóstico óptico endoscópico de las lesiones es fundamental para guiar el estudio.

### 30. CIERRE DE FÍSTULA YEYUNO-CUTÁNEA TRAS YEYUNOSTOMÍA QUIRÚRGICA

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

Hospital Clínico Universitario de Valencia

Hombre de 47 años, VIH+, portador de yeyunostomía quirúrgica tipo Witzel (YEQ) tras esofagogastroplastia por leiomioma gástrico. Tras 20 meses se procede a retirada de la YEQ. Por ausencia de cierre de la fístula, inicialmente se trata el orificio mediante clip-TTS previa desvitalización de bordes con argón plasma.

Por persistencia de fístula entero-cutánea (FEC), se retiran los clip-TTS y se cierra el orificio interno con clip-OTS OVESCO 11/6t por succión, utilizando un colonoscopio pediátrico alargando el sistema de liberación del clip, comprobando ausencia de salida del contraste.

Tras recidiva precoz, se realiza curetaje del trayecto fistuloso y se añaden dos clips-TTS y fibrina (Tissucol). Ante la persistencia de la FEC se retira OVESCO con sistema remOVE-DC-Cutter, se cepilla el trayecto y se coloca OVESCO 11/6t por succión (imposibilidad con la pinza Twin Grasper) instilando Tissucol a presión por el orificio externo con cierre definitivo de la fístula.

La yeyunostomía quirúrgica es un método de nutrición enteral que se utiliza tras cirugía mayor gastrointestinal. La tasa de complicaciones es muy variable (1,5- 35,6%), siendo la FEC infrecuente.

Su tratamiento incluye técnicas endoscópicas de abrasión con cierre con adhesivos, clips o suturas, solas o combinadas y, por último, cirugía.

En conclusión, las FEC tras YEQ son raras y su abordaje resulta complejo, necesitando en ocasiones la utilización de varios procedimientos endoscópicos. En este caso, el tiempo prolongado de la YEQ y la desnutrición influyeron en la evolución tórpida de la FEC.

### **31. CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA DE INTESTINO DELGADO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN INTERVENIDO**

I. Martí Lluch, M. Marín Hermosa, J.L. Ontaneda Cueva, A. Mínguez Sabater, P. Ripoll Abadía, M. Aguas Peris, P. Nos Mateu

Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia

#### **INTRODUCCIÓN**

La hemorragia digestiva procedente del intestino delgado representa entre el 5 y el 10% de las hemorragias digestivas y puede manifestarse como melenas o hematoquecia.

Su causa más frecuente son las malformaciones vasculares, seguidas por las neoplasias.

#### **OBJETIVOS**

Describir un caso de sangrado digestivo de origen en intestino delgado en un paciente con Enfermedad de Crohn (EC) con antecedentes de una cirugía de resección ileocecal y en tratamiento médico inicialmente con azatioprina (AZA) y posteriormente con fármacos biológicos.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Varón de 52 años diagnosticado de EC A2 B2 L1 que requirió cirugía de resección ileocecal en 2009 debido a cuadros suboclusivos, a partir de 2014 presenta episodios de hemorragia digestiva en forma de melenas y hematoquecia, condicionando múltiples visitas a urgencias, transfusiones de hemoderivados e ingresos hospitalarios.

En las pruebas diagnósticas se observa una estenosis de la vena mesentérica superior que condiciona un aumento de la circulación colateral, con cordones varicosos en zona perianastomótica y en zona de yeyuno de 5 centímetros de longitud.

#### **RESULTADOS**

En base a dichos hallazgos se decide realizar una segunda resección intestinal de los cordones varicosos de yeyuno ya que las varices perianastomóticas no mostraban estigmas de sangrado en la colonoscopia.

Pese a ello el paciente sufre nuevos episodios de sangrado digestivo entre 2016 y 2020 sin apreciarse una causa clara en las sucesivas colonoscopias y gastroscopias.

Tras unos años sin reaparición del sangrado, en 2024 el paciente vuelve a presentar episodios de hemorragia digestiva que requieren ingreso, y que son refractarios al tratamiento con betabloqueantes y octreótido.

Finalmente se realiza estudio de trombofilias sin hallazgos, angiotomografía computarizada (angioTC) y enteroscopia, objetivando varices con puntos rojos en la anastomosis yeyunal. Dados los hallazgos se plantea en comité multidisciplinar una angioplastia de la vena mesentérica superior, que se realiza en septiembre de 2024.



## CONCLUSIONES

El sangrado digestivo de origen en el intestino delgado presenta un reto no solo por la dificultad de identificar las lesiones mediante gastroscopia y colonoscopia, cápsula endoscópica o entero-RM, si no por su abordaje terapéutico posterior por enteroscopia, radiología intervencionista o cirugía.

## 32. COLESTASIS INTRAHEPÁTICA RECURRENTE BENIGNA, UN RETO DIAGNÓSTICO

S. Lao Segarra, J. Sáez Fuster, A. Gurbillón Hirano, R. Pardo Robles, L. Saorín López, V. Cegarra Alcañiz, M.F. García Sepulcre, I. Pascual Sánchez

Hospital General Universitario de Elche

## INTRODUCCIÓN

La colestasis intrahepática recurrente benigna (BRIC) es una enfermedad hepática hereditaria caracterizada por episodios intermitentes de colestasis intrahepática que generalmente no progresa a daño hepático crónico.

## OBJETIVOS

Describir un caso de colestasis intrahepática recurrente benigna.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente con episodios de ictericia intermitentes autolimitados asociados a prurito intenso en los cuales se observa analíticamente un patrón colestásico intrahepático. Se realiza revisión bibliográfica de la literatura.

## RESULTADOS

Varón de 25 años que presenta cada 2-3 años episodios de ictericia, prurito y coluria.

La ecografía objetiva hígado de características normales y vía biliar no dilatada, la biopsia hepática muestra colestasis hepatocitaria y canalicular sin cambios inflamatorios y sin fibrosis, y los genes ATP8B1 y ABCB11 no están mutados.

En la analítica al inicio de uno de los episodios presenta bilirrubina total de 6,1, GOT 94, GPT 206, FA 141 y función renal, hemograma y coagulación normales. Progresivamente se evidencia aumento de ictericia y del prurito precisando tratamiento sintomático, ácido ursodesoxicólico (AUDC) y vitamina K profiláctica. A las tres semanas alcanza una bilirrubina de 20,3 y no es hasta la cuarta semana cuando se observa el descenso de la misma presentando mejoría de los síntomas. Es dado de alta con AUDC.

Dado el curso de los episodios y los resultados de las pruebas se descarta colestasis familiar intrahepática progresiva (PFIC), siendo el diagnóstico más concluyente: Colestasis recurrente benigna, con mejor pronóstico.

## CONCLUSIONES

La BRIC es una enfermedad que se hereda de forma autosómica recesiva cuyo diagnóstico está basado en la historia clínica, el análisis bioquímico con elevación bilirrubina durante los episodios, la histología hepática y la confirmación se llevaría a cabo mediante test genéticos moleculares. En el diagnóstico diferencial se incluye la colestasis medicamentosa, la colestasis intrahepática del embarazo, la cirrosis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria, y para poder distinguir la BRIC de la PFIC nos basamos principalmente en el curso de la enfermedad y la histología hepática. Su tratamiento es principalmente sintomático y el pronóstico es bueno con una tendencia a la reducción de la frecuencia de los episodios con la edad.

### 33. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA RECURRENTE DE ORIGEN VASCULAR SECUNDARIA A PANCREATITIS CRÓNICA

J. Gutiérrez Basoa, M. Gil Rodríguez, A.I. Montoya Filardi, M. Beceiro Castillo, P. Jarque Macian, A. Buxaus Ventura, R. Pastor Mateu, J.M. Huguet Malavés, J. Sempere García-Argüelles

Hospital General Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

La incidencia de hemorragia digestiva alta (HDA) está en aumento en los últimos años aunque su mortalidad ha disminuido gracias a la erradicación del *H. pylori*, los IBP y la terapéutica endoscópica. Aunque en la mayoría de los casos se logra la hemostasia primaria endoscópicamente, en el 10-30% se produce un resangrado que precisa del manejo por los servicios de radiología y cirugía general.

## CASO CLÍNICO

Varón de 46 años con pancreatitis crónica (PC) de origen alcohólico. Ingresa por un 1º episodio de HDA con sangrado activo sobre un pliegue gástrico discretamente engrosado pero sin claras lesiones mucosas a nivel subcardial en curvatura menor, hallazgos sugestivos de HDA por Dieulafoy que se trata con hemoclips y termocoagulación con argón. En los siguientes 4 años, ingresa en 5 ocasiones más por HDA con punto de sangrado al mismo nivel precisando de la realización de 9 gastroscopias y de la transfusión de 31 concentrados de hematíes por lo que se amplía el estudio vascular. En angioTAC y angiografía realizados se objetiva una circulación vascular aberrante con múltiples vasos de aspecto tortuoso que infiltran la pared gástrica en el área de sangrado y dependen de la arteria gastrointestinal derecha (AGD) que presenta un aumento de su calibre secundario a una estenosis de la arteria gastroduodenal a su paso por la vecindad de la cabeza pancreática. Esta estenosis parece ser secundaria al proceso fibroinflamatorio presente a ese nivel en relación a la PC. Ante el fallo de las múltiples terapias endoscópicas empleadas, se emboliza la AGD. Tras la misma, persisten los episodios de HDA. Se revisa el caso con el servicio de radiología y cirugía general y se realiza una gastrectomía total ante el fracaso del manejo endoscópico y radiológico. El estudio histológico de la pieza



quirúrgica confirma la presencia de una vascularización aberrante en la pared gástrica. Tras la intervención, el paciente no vuelve a presentar HDA ni precisa de transfusiones.

### CONCLUSIÓN

En casos de HDA con sangrados de repetición sin lograr el control hemostático mediante endoscopia, la valoración por radiología y cirugía general no debería diferirse. A pesar de no tratarse de una complicación vascular claramente definida en las guías, la actividad fibroinflamatoria mantenida de la PC impresiona de ser el origen de las malformaciones vasculares causantes de HDA de repetición.

### 34. TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA

A. Íñigo Arce, M. Escrig Veses, M. Bravo Buitrón, M. Brosel Martínez, I. Lorca Antón, P. Navarro Cortés, P. Lluch García, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son lesiones mesenquimales poco frecuentes. Su localización principal es el estómago, seguida de yeyuno e íleon, aunque pueden aparecer en cualquier tramo del aparato digestivo. Presentan una mutación característica en el gen c-KIT.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 61 años, sin antecedentes relevantes, que acude a Urgencias por un cuadro de 12h de evolución con tres deposiciones de tipo hematoquecia, cortejo vegetativo y vómitos alimentarios con restos hemáticos. Niega dolor abdominal, toma de gastrolesivos, síndrome constitucional o episodios previos similares.

EF: Estable hemodinámicamente. Auscultación y abdomen anodino. Tacto rectal con restos de sangre rojo vinosa y ampolla rectal vacía, sin masas palpables.

Análítica sanguínea: Función renal conservada, elevación de urea y disociación urea/creatinina. Anemización de 13 a 9.5 g/dl de hemoglobina.

Gastroscoopia urgente: Cavidad gástrica con restos hemáticos oscuros en posos de café, mucosa atrófica y áreas de metaplasia intestinal. En píloro se objetiva una úlcera cubierta de fibrina (Forrest III) sin signos de sangrado que se biopsia.

Se decide ingreso hospitalario. La paciente continúa con hematoquecia y hematemesis, descendiendo la hemoglobina hasta 5.5 g/dl. Se estabiliza hemodinámicamente y se transfunden hemoderivados.

AngioTC: Masa exofítica polilobulada de 55x 45 mm dependiente de asas de yeyuno, con vascularización dependiente de arteria mesentérica superior. Otra lesión adyacente de 6 mm de posible mismo origen. No colecciones hemáticas ni signos de sangrado activo. Resto sin alteraciones.

Se comenta el caso con Cirugía General, decidiendo intervención quirúrgica urgente.

Informe quirúrgico: Laparotomía media supra-umbilical. Se revisa el intestino delgado evidenciando masa exofítica de 4-5 cm en yeyuno, a 20 cm del ángulo de Treitz. Se realiza resección del yeyuno y anastomosis isoperistáltica latero-lateral mecánica.

Anatomía patológica pieza quirúrgica: 80% de celularidad tumoral, compatible con GIST.

Estudio molecular: Mutación gen KIT patogénica. Sin alteraciones en ARN.

## CONCLUSIONES

Los tumores GIST son lesiones poco frecuentes. Su presentación clínica es muy variada, incluyendo la hemorragia digestiva. En dichos casos, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica urgente, ya que la hemorragia puede llegar a ser masiva.

## 35. COLEDCOLITIASIS EN PACIENTE CON BYPASS GÁSTRICO EN Y DE ROUX MEDIANTE TÉCNICA EDGE

A. Buxaus Ventura, M. Gil Rodríguez, J. Gutiérrez Basoa, M. Beceiro Castillo, A.I. Montoya Filardi, P. Jarque Macian, I.A. Riera Vida, J.E. Páez Soto, A.B. Dura Ayet, P. Suárez Callol, J. Sempere García-Argüelles

Hospital General Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

El drenaje biliar y la antibioterapia son el tratamiento de elección de la colangitis aguda. Los pacientes con antecedentes de Bypass gástrico en Y de Roux presentan una anatomía alterada que dificulta el acceso endoscópico a la vía biliar, siendo el manejo de estos un desafío. Alternativas terapéuticas más invasivas son la colangiografía transparietohepática o la CPRE guiada por enteroscopia.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 76 años, colecistectomizada en 2021, con antecedentes de bypass gástrico en Y de Roux, que ha presentado varios episodios de colangitis aguda de repetición desde la colecistectomía secundarias a coledocolitiasis. El manejo de la colangitis ha sido exclusivamente conservador mediante antibioterapia dada imposibilidad de drenaje biliar por CPRE debido a la anatomía modificada. En este contexto, ingresa por nuevo episodio de colangitis aguda a pesar de tratamiento profiláctico con Cefixima. En la ecografía se observa colédoco proximal de 10mm y ausencia de ectasia biliar intrahepática. Dados los antecedentes quirúrgicos, y ante fracaso del tratamiento antibiótico profiláctico se decide realizar CPRE transgástrica guiada por ecoendoscopia (EDGE). Para ello se lleva a cabo una anastomosis entre el remanente gástrico y el estómago excluido (gastro-gastrostomía) utilizando una endoprótesis de aposición luminal (Hot AXIOS de 20x10mm). Se realiza una dilatación con balón hidrostático CRE hasta 18mm. Transcurridos 7 días se procede a realizar CPRE de forma convencional con duodenoscopia, accediendo a segunda porción duodenal a través de la endoprótesis luminal.



Se canula la vía biliar selectivamente, objetivando varios defectos de repleción compatibles con litiasis. Tras esfinterotomía, se llevan a cabo arrastres con balón de Fogarty con extracción completa de los cálculos. La paciente evoluciona favorablemente y se mantiene la prótesis programando su retirada una vez disminuido el riesgo de complicaciones tardías tras CPRE.

### DISCUSIÓN

Abordar la causa subyacente tras un episodio de colangitis aguda es fundamental para evitar nuevos episodios así como complicaciones a largo plazo. La EDGE es una técnica segura, efectiva y con aceptable tasa de eventos adversos para el abordaje de pacientes con anatomía modificada y que presentan enfermedad pancreatobiliar, representando una alternativa viable y a considerar en este grupo de pacientes.

### 36. 'SIGNO DE LA BOCA DE PEZ' COMO HALLAZGO ENDOSCÓPICO PATOGNOMÓNICO DE TMPI Y UNA FORMA DE PRESENTACIÓN SUGESTIVA DE MALIGNIZACIÓN

C. García Ródenas, A. Crespo Catalá, A.M. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, L. Pretel Vicea, A. Escudero Sanchis, F. Grau García, C. Amorós García

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

### INTRODUCCIÓN

El tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI), representa el 12% de las neoplasias quísticas pancreáticas. Los de conducto principal (CP-TMPI), tienen una prevalencia de malignización del 70%. Resulta crucial conocer hallazgos característicos que ayuden al clínico tanto a identificar esta entidad clínica, como a sospechar su progresión maligna.

### OBJETIVOS

Exponer un caso clínico para dar a conocer un signo endoscópico patognomónico de TMPI-CP, así como una forma de presentación sugestiva de malignización.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción retrospectiva de datos e imágenes extraídas a partir de la historia clínica informatizada de una paciente hospitalizada en nuestro centro.

### RESULTADOS

Mujer de 78 años con antecedente de TPMP no intervenido por la comorbilidad de la paciente, portadora de prótesis biliar por historia de colangitis agudas de repetición en relación con el carácter compresivo del tumor. Ingresa por nuevo episodio de sepsis de origen biliar.

Se solicita colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que objetiva salida de mucina a través de la papila duodenal ('signo de la boca de pez'), y a través de un orificio fistuloso gástrico y duodenal, sugiriendo progresión de la enfermedad en forma de fístula quistogástrica y quistoduodenal. Se desobstruye el material mucinoso y purulento que condicionaba obstrucción séptica de la vía biliar, se toman biopsias y se recambia la endoprótesis.

Tras la CPRE, mejoría clínica con descenso progresivo de los parámetros de colestasis, pero repunte posterior por sospecha de continua producción de mucina con tendencia a la obstrucción de la vía biliar y del conducto pancreático. Se realiza gastroscopia a las 48 horas, para limpieza y desobstrucción de los orificios fistulosos y de la papila duodenal.

Finalmente, el resultado anatomopatológico de la biopsia confirmó la sospecha diagnóstica, objetivando hallazgos histológicos compatibles con carcinoma intraductal papilar mucinoso.

### CONCLUSIONES

- Los TMPI representan el 5-20% de las neoplasias pancreáticas, siendo los TMPI-CP aquellos con mayor riesgo de malignización.
- Se ha descrito un signo endoscópico patognomónico de TMPI-CP, así como complicaciones que sugieren su progresión maligna.
- El conocimiento y la identificación de los mismos, puede ayudar a la toma de decisiones y al manejo de este tipo de tumores en auge.

## 37. UN GIST MUY POCO FRECUENTE

W.X. Ladino Romero

Hospital General Universitario de Castellón

### INTRODUCCIÓN

El tumor del estroma gastrointestinal-GIST es el sarcoma más frecuente en el tracto digestivo. La incidencia anual en España es de 1,24/100.000 habitantes. Con un pico en la 7ª década de vida, sin diferencias de distribución en cuanto a sexo, geografía o raza.

Es una neoplasia mesenquimal que deriva de las células de Cajal, mayormente por mutaciones activadoras en oncogenes C-KIT o del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA).

La localización más frecuente es estómago (55%), intestino delgado (31%), colorrectal (6%), esófago (<1%) o extraintestinales (<5%). Al diagnóstico se encuentran metástasis hasta en el 15% de los pacientes, típicamente en peritoneo e hígado.

Suele ser un hallazgo incidental asintomático. En caso de clínica al diagnóstico, esta es inespecífica: dolor abdominal, hemorragia digestiva (HD) o clínica de perforación intestinal.

### OBJETIVOS

Presentación y revisión de un caso clínico de GIST de localización poco frecuente, que debuta como HD aguda.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 51 años, sin antecedentes de interés, que presenta HD baja aguda en forma de hematoquecia. Se realiza gastroscopia urgente que descarta HDA, sin hallazgos. En ecografía abdominal destaca lesión hipoeoica en pseudorrión de 117 x 65 mm en la transición entre



mesogastrio y FID, metástasis hepáticas bilobares e implante en omento mayor, con sospecha de neoplasia de ciego vs ileon distal.

### RESULTADOS

Se amplía estudio TC-TAP, se observa proceso neoplásico del mesenterio o epiplón con metástasis hepáticas. Se realiza biopsia de la lesión con aguja gruesa guiada por ecografía, con diagnóstico definitivo de GIST (positivo DOG1, C-kit, Ki67 6% y 1 mitosis por 5mm<sup>2</sup>).

Se comenta en comité multidisciplinar y ante GIST metastásico, se decide derivación a Oncología Médica. Actualmente en 1a línea de tratamiento con inhibidor de la tirosin quinasa-TKI (Imatinib).

### CONCLUSIONES

En este caso destacan condiciones muy poco frecuentes de los GIST, lesión localizada en colon y con metástasis hepáticas y omentales al diagnóstico.

En estas lesiones se recomienda para el estudio de extensión TC-TAP. El estudio por biopsia está indicado en caso de dudas diagnósticas radiológicas o en lesiones localmente avanzadas.

En la mayoría de GIST el tratamiento de elección es quirúrgico, excepto en los GIST con lesión irreseccable o metastásicos, que se inicia tratamiento con TKI.

### 38. ILEITIS TERMINAL DE ETIOLOGÍA NO FILIADA

M.R. Blasco Igual, W.X. Ladino Romero, G. Ladrón Villanueva, L. Gimeno Pitarch, L. Abad Martínez, M. Cambralla Martínez, P. Lombart Comesa, R. Monzó Castellet, R. Dosdá Domingo, P. Almela Notari

Hospital General Universitario de Castellón

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos gastrointestinales eosinofílicos son condiciones raras caracterizadas por la infiltración del tracto gastrointestinal (TGI) por eosinófilos, en ausencia de causas conocidas de eosinofilia. Aunque son de naturaleza idiopática, se ha descrito un mecanismo alérgico en pacientes con antecedentes de alergias alimentarias, asma y trastornos atópicos. Esta infiltración eosinofílica puede ocurrir en cualquier área del TGI y en las diferentes capas del TGI: mucosa (la más frecuente), muscular o serosa, determinando en función de ello la presentación clínica. La confirmación histológica de la infiltración eosinofílica es necesaria para el diagnóstico.

### OBJETIVOS

Revisión y presentación de un caso clínico de una paciente de 47 años fumadora, sin antecedentes a destacar a la que se le realiza un estudio para descartar causas de ileitis.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Mujer de 47 años que acude a Urgencias por dolor abdominal focalizado en flanco izquierdo y fiebre de 7 días de evolución. Hábito deposicional con 7-8 deposiciones diarreicas sin productos

patológicos. No ambiente epidemiológico, ni antibioterapia. Analíticamente leucocitosis ( $16,70 \times 10^3/L\mu$ ) con desviación izquierda, PCR 131 mg/Kg y calprotectina 303,7 mg/Kg. En ecografía abdominal ileitis terminal con afectación de válvula ileo-cecal de características inespecíficas. Pérdida de 30 kg en 1 año.

## RESULTADOS

Se solicita estudio microbiológico negativo, enteroRM y TC describiendo ileitis terminal junto con adenopatías necróticas/abscesificadas en mesenterio y retroperitoneo, sugestivos de tuberculosis gastrointestinal vs Enfermedad de Crohn. En ileocolonoscopia mucosa congestiva en empedrado en íleon distal informadas en AP como ileitis inespecífica de predominio polimorfonucleares y eosinófilos. Se amplía estudio de tuberculosis sobre biopsia de íleon que resulta negativo. Finalmente se inicia budesonida 9 mg al día con buena respuesta. Presenta buena evolución y se decide seguimiento ambulatorio.

## CONCLUSIONES

La ileitis terminal supone un desafío médico. Es importante tener en cuenta otras causas de ileitis menos frecuentes además de enfermedad de Crohn. El diagnóstico de dicha entidad requiere una correcta anamnesis así como una interpretación adecuada de las exploraciones complementarias teniendo en cuenta la situación clínica del paciente.

## 39. ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO BÁSICO AMBULATORIO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL CRÓNICA (EII). ANÁLISIS PRELIMINAR

M. Muñoz Vicente, P. Almela Notari, M. Cambralla Martínez, L. Abad Martínez, W.X. Ladino Romero, M.R. Blasco Igual

Hospital General Universitario de Castellón

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes con EII son un grupo de población de alto riesgo para malnutrición. La obesidad es una enfermedad crónica definida por el aumento de masa grasa corporal (GC), de incidencia creciente en la población general; en pacientes con EII se postula como un factor proinflamatorio, asociando peor evolución y respuesta al tratamiento médico, mayor riesgo quirúrgico y de ingresos hospitalarios.

## OBJETIVOS

Descripción antropométrica de una cohorte de pacientes empleando medidas ampliamente disponibles: IMC y el índice CUN-BAE.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes que han acudido a consulta monográfica de EII del Hospital desde diciembre de 2023 hasta agosto de 2024. Se han incluido los pacientes con peso y talla registrados.



EL IMC emplea el peso y la talla para clasificar en normopeso, sobrepeso o bajo peso.

El índice CUN-BAE (Clínica Universidad de Navarra-Estimador de Adiposidad Corporal), permite determinar el porcentaje de grasa corporal (relacionado con riesgo cardiovascular) de forma más precisa que el IMC al tener en cuenta las diferencias relacionadas con la edad y el sexo en la adiposidad.

### RESULTADOS

Se han incluido 410 pacientes, 189 hombres y 221 mujeres, edad media: (desviación estándar) 49, 9 (16,2) años.

EL IMC promedio fue de 26 Kg/m<sup>2</sup> en ambos géneros. La estimación de GC según CUN-BAE expresada en media (desviación estándar): 37.82% (7.7) en mujeres y 26.9% (6.9) en hombres.

El 22% de los pacientes presentaban obesidad (IMC>30 Kg/m<sup>2</sup>), 23% hombres y 20% de mujeres. En cambio, el sobrepeso (IMC>25 Kg/m<sup>2</sup>) fue más frecuente en hombres (43% vs 28% en mujeres).

Empleando la estimación CUN-BAE los resultados fueron: obesidad en hombres 65% (GC>25%), 60% en mujeres (GC>35%), de los cuales obesidad de alto riesgo (GC>45%) 17% en mujeres y 0% en hombres.

### CONCLUSIONES

El sobrepeso y la obesidad están presentes en más de la mitad de los pacientes atendidos en nuestra consulta.

Empleando el índice CUN-BAE destaca el aumento de pacientes con EIC (especialmente mujeres) que requieren mayor vigilancia respecto al desarrollo de enfermedades metabólicas y evolución de su patología digestiva.

## 40. EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE RISANKIZUMAB EN EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD DE CROHN

J. Sáez Fuster, A. Gurbillón Hirano, R. Pardo Robles, L. Saorín López, S. Lao Cegarra, V. Segarra Alcañiz, L. Catalá López, N. Jiménez García, 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 moderada-grave.

### OBJETIVO

Presentar las características de los pacientes tratados en nuestro centro con Risankizumab y la respuesta al tratamiento en vida real

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo con el objetivo de evaluar la remisión clínica, bioquímica y endoscópica en semana 12, 36 y 52 de los pacientes con enfermedad de Crohn tratados con Risankizumab en nuestro centro. Se define remisión clínica como HBI menor de 5, respuesta bioquímica como PCR<5 mg/L o CF<200 mg/g y remisión endoscópica como SES-CD menor de 3.

## RESULTADOS

Se ha iniciado tratamiento con Risankizumab en 8 pacientes con EC en nuestro centro. La mediana de edad es de 50 años. 62,5% fueron mujeres y 37,5% hombres. La mediana de duración de la enfermedad fue de 16 años. Además, 37,5% habían presentado una resección intestinal previa, 25% enfermedad perianal y 25% manifestaciones extraintestinales. 62,5% habían presentado fallo a 2 biológicos y 37,5% a 3 (100% antiTNF, 100% ustekinumab y 25% vedolizumab).

En cuanto a la respuesta al tratamiento, en la semana 12, se evaluó a 7 de los 8 pacientes. 71,4% presentaron remisión clínica y 85,7% presentaron remisión bioquímica. En la semana 36 se evaluó a 3 pacientes: 2 presentaron remisión clínica y bioquímica. Además, se evaluó endoscópicamente a 2 pacientes, presentando 1 de ellos respuesta endoscópica. Solo se ha realizado seguimiento a 1 año en uno de los pacientes, presentando tanto respuesta clínica como endoscópica.

## CONCLUSIONES

Se trata de una experiencia preliminar en práctica clínica de uso de risankizumab en enfermedad de Crohn en paciente refractarios a al menos 2 biológicos con buenos resultados. No hubo efectos adversos en ninguno de los pacientes.

## 41. EFICACIA DEL SISTEMA X-TACK COMO TÉCNICA DE SUTURAS TRAS RESECCIÓN MUCOSA ENDOSCÓPICA DE LESIONES COLORRECTALES NO PEDICULADAS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Sáez Fuster, A. Brotons Brotons, A. Gurbillón Hirano, L. Saorín López, R. Pardo Robles, V. Cegarra Alcañiz, S. Lao Segarra, M. Roger Ibáñez, M.F. García Sepulcre, F.J. Sola-Vera Sánchez  
Hospital General Universitario de Elche

El sistema x-tack es un dispositivo de sutura diseñado para la aproximación de tejidos blandos en procedimientos endoscópicos. Se presentan varios casos de colocación de este sistema:

### 1<sup>er</sup> caso

Morfología LST-G mixto con nódulo grande (0-IIa+Is); tamaño: 40 mm; Localización: colon ascendente; Diagnóstico óptico: NICE tipo 2, JNET2A. Tratamiento: RME fragmentada previa inyección submucosa con solución con índigo Carmín, adrenalina y SF.



Cierre de la escara con dos sistemas x-tack por el gran tamaño de la escara.

### 2º caso

Morfología: sésil (0-ls); tamaño: 25 mm; Diagnóstico óptico: NICE tipo 2, JNET2A; Localización: colon sigmoide. Tratamiento: RME en un solo fragmento previa inyección submucosa con solución con índigo Carmín, adrenalina y SF. Cierre de la escara con sistema x-tack y colocación de 1 hemoclip.

### 3º caso

Morfología: sésil (0-ls); tamaño: 19 mm; Diagnóstico óptico NICE tipo 2, JNET2A; Localización: colon ascendente; Tratamiento: RME en un solo fragmento previa inyección submucosa con solución con índigo Carmín, adrenalina y SF. Cierre de escara con sistema x-tack.

### DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Se coloca un Tack precargado en el tejido sano adyacente al defecto mucoso. Se repite el mismo proceso colocando en total cuatro tacks. Por último, se coloca el suture cinch que facilita la tensión final y corta el exceso de la sutura. En los tres casos realizados en nuestro hospital no ha habido complicaciones, ni resangrado. El tiempo medio fue de 5 minutos.

### CONCLUSIÓN

El sistema x-tack ha demostrado ser una opción segura, rápida y mínimamente invasiva en el cierre de escaras tras realización de resecciones endoscópicas.

## 42. EFICACIA DE LA TERAPIA INCISIONAL ENDOSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ESOFÁGICA POSTQUIRÚRGICA

J. Sáez Fuster, A. Gurbillón Hirano, R. Pardo Robles, L. Saorín López, S. Lao Segarra, V. Cegarra Alcañiz, M. Roger Ibáñez, A. Brotons Brotons, M.F. García Sepulcre, F.J. Sola-Vera Sánchez

Hospital General Universitario de Elche

Paciente mujer de 79 años con antecedentes de neoplasia de esófago intervenida con estenosis de la anastomosis esofagogástrica refractaria a tratamiento endoscópico. Tras recidiva de la estenosis a múltiples dilataciones con balón sucesivas y colocación de varias prótesis metálicas recubiertas se decide terapia incisional con IT-Knife 2.

### DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Mediante gastroscopia se observó a 35 cm de arcada dentaria estenosis de la anastomosis esofagogástrica no franqueable, corta, menor de 5 mm y de aspecto fibrótico. Se realizó electroincisión con IT-Knife-2 con 4 cortes radiales en la circunferencia de la estenosis. Posteriormente, se completa resecano todo el anillo fibrótico que permite el paso con el gastroscopio. La paciente fue de alta el mismo día sin presentar complicaciones y presentó resolución de la disfagia que se ha mantenido en el tiempo.

## CONCLUSIONES

La prevalencia de la estenosis de la anastomosis esofágica tras resección tumoral oscila entre un 5 a un 45%. En las estenosis cortas refractarias al tratamiento convencional con dilatación o prótesis, una opción sería el uso del IT-Knife 2 que, como se muestra en este caso, tiene una elevada tasa de éxito y una baja tasa de complicaciones. El IT-Knife-2 tiene una esfera de cerámica localizada en la punta de un bisturí convencional con el fin de minimizar el riesgo de perforación por lo que puede ayudar a realizar incisiones en este contexto.

## 43. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS ERRADICADORES EMPÍRICOS DE SEGUNDA LÍNEA EN 12 AÑOS (2013-2024): RESULTADOS DE LOS PACIENTES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA DEL REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI-HP-EUREG

P. Jarque <sup>1</sup>, J. Gutiérrez <sup>1</sup>, M. Gil <sup>1</sup>, I. Ortiz <sup>2</sup>, L. Gimeno <sup>3</sup>, A. Pozo <sup>4</sup>, R. Antón <sup>5</sup>, N. Gimeno <sup>6</sup>, L. Larrey <sup>7</sup>, G. Ladrón <sup>3</sup>, P. Suárez <sup>1</sup>, C. Torres <sup>1</sup>, M. Mora <sup>6</sup>, A. Cano-Català <sup>8</sup>, P. Parra <sup>9</sup>, L. Moreira <sup>10</sup>, O. P. Nyssen <sup>9</sup>, J. P. Gisbert <sup>9</sup>, J.M. Huguet <sup>1</sup>

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 Hospital de Manises, 7 Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, 8 Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, 9 Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, 10 Hospital Clínic de Barcelona

## INTRODUCCIÓN

Tras un fracaso erradicador de *H. pylori*, la elección del tratamiento de rescate supone un reto, debido al aumento de resistencias antibióticas.

## OBJETIVOS

Evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos empíricos de segunda línea en la Comunidad Valenciana.

## MÉTODOS

Registro sistemático, prospectivo (Hp-EuReg) de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos sobre el manejo de la infección por *H. pylori* y su tratamiento. Los datos se registraron en un e-CRD en AEG-REDCap. Se extrajeron y se analizaron todos los casos de la Comunidad Valenciana tras un fracaso erradicador hasta junio de 2024. Se realizaron análisis por intención de tratar modificada. Los datos se sometieron a revisión de calidad.

## RESULTADOS

Se analizaron 307 tratamientos de segunda línea (70% mujeres, edad media 52 años, 37% dispepsia con endoscopia normal, con un 96% de adherencia).



TRATAMIENTOS ERRADICADORES <i>H.PYLORI</i> EMPÍRICOS DE SEGUNDA LÍNEA COMUNIDAD VALENCIANA													
Esquema tratamiento	AÑO DE VISITA												Total
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Triple C-M	0%	0%	2%	0%	2.1%	0%	2.7%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Triple C-L	0%	2.9%	2%	2%	2.1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	1.7%
Triple A-Mx	67%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3.6%
Triple A-L	27%	50%	49%	32%	12%	7.1%	3%	0%	0%	7%	0%	0%	23.5%
Cuádruple M-L-B	0%	3%	4%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Cuádruple M-D-B	0%	0%	4.1%	4%	6.3%	0%	0%	0%	0%	14.3%	0%	0%	3%
Cuádruple C-L-B	0%	0%	2%	0%	0%	0%	2.7%	0%	0%	0%	11.1%	0%	1%
Cuádruple C-A-M	6.7%	17.6%	6.1%	6%	2.1%	17.9%	27%	25%	0%	28.6%	0%	0%	11.9%
Cuádruple A-L-B	0%	20.6%	28.6%	4%	0%	0%	5.4%	0%	0%	14.3%	11.1%	0%	9.3%
Pylera®	0%	2.9%	2%	52%	75%	75%	59.5%	75%	100%	35.7%	77.8%	66.7%	44%

C:Claritromicina; M: Metronidazol; L: Levofloxacino; A: Amoxicilina; Mx: Moxifloxacino; B: Bismuto; D: Doxiciclina; Pylera®: Cuádruple Bismuto en una única capsula.

De media se utilizó IBP a dosis bajas en el 79% de los pacientes y alta en el 19%. Las terapias de 7 días se utilizaron en el 14% de los pacientes en el año 2013, desapareciendo en los años posteriores.

Los 3 tratamientos más frecuentes fueron: cuádruple con bismuto en cápsula única con metronidazol-tetraciclina-bismuto en 133 pacientes (44%), triple con amoxicilina-levofloxacino en 71 pacientes (23%) y cuádruple con claritrominica-amoxicilina-metronidazol (concomitante) en 36 pacientes (12%) (ver tabla). Las tasas de erradicación para los tres tratamientos más prescritos fueron: triple terapia 70%, cuádruple concomitante 77% y cuádruple con bismuto en cápsula única 85%. La incidencia de al menos un efecto adverso fue del 29%, la mayoría leves (astenia, diarrea, náusea y dispepsia), siendo la cuádruple con bismuto la que se asocia a un mayor número de eventos adversos (43%). El 3.3% del total de pacientes suspendió el tratamiento debido a algún evento adverso.

### CONCLUSIONES

1. Los tratamientos de segunda línea más utilizados han sido la cuádruple con bismuto en cápsula única con metronidazol-tetraciclina-bismuto y la triple con amoxicilina y levofloxacino.
2. En segunda línea solo la terapia cuádruple con bismuto se acerca a la tasa de erradicación óptima deseable del 90%.
3. Todos los tratamientos se asocian con frecuencia a efectos secundarios (aunque leves), siendo la cuádruple con bismuto la que los presenta más frecuentemente.

#### **44. EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR CON LA TERAPIA CUÁDRUPLE CON BISMUTO EN CÁPSULA ÚNICA EN LOS PACIENTES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA: REGISTRO EUROPEO SOBRE EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR H. PYLORI (HP- EUREG)**

M. Beceiro <sup>1</sup>, M. Gil <sup>1</sup>, J. Gutiérrez <sup>1</sup>, I. Ortíz <sup>2</sup>, L. Gimeno <sup>3</sup>, A. Pozo <sup>4</sup>, R. Antón <sup>5</sup>, N. Gimeno <sup>6</sup>, L. Larrey <sup>7</sup>, G. Ladrón <sup>3</sup>, C. Torres <sup>1</sup>, P. Suárez <sup>1</sup>, M. Mora <sup>6</sup>, A. Cano-Català <sup>8</sup>, P. Parra <sup>9</sup>, L. Moreira <sup>10</sup>, O. P. Nyssen <sup>9</sup>, J. P. Gisbert <sup>9</sup>, J.M. Huguet <sup>11</sup>

1 Hospital General Universitario de Valencia, 2 Hospital Universitari i Politècnic la Fe de Valencia, 3 Hospital General Universitario de Castellón, 4 Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, 5 Hospital Clínico Universitario de Valencia, 6 Hospital de Manises, 7 Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, 8 Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, 9 Hospital Universitario de La Princesa, 10 Hospital Clínic de Barcelona, 11 Hospital General Universitario de Valencia

#### **INTRODUCCIÓN**

El tratamiento cuádruple con bismuto, tetraciclina y metronidazol en cápsula única es cada vez más utilizado en la práctica clínica.

#### **OBJETIVOS**

Evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento cuádruple con bismuto en cápsula única con metronidazol-tetraciclina-bismuto en los pacientes de la Comunidad Valenciana en base al Registro Europeo de H. pylori (Hp-EuReg).

#### **MÉTODOS**

Registro sistemático, prospectivo de la práctica clínica de los gastroenterólogos europeos sobre el manejo de la infección por H. pylori. Todos los adultos tratados con Pylera® según ficha técnica (3 cápsulas/6 h) o según prescripción alternativa de tres veces al día (4 cápsulas/8 h), en ambos casos durante 10 días, se registraron en un e-CRD en AEG- REDCap hasta junio 2024. Se realizaron análisis por intención de tratar modificada (miTT). Los datos se sometieron a una revisión de calidad.

#### **RESULTADOS**

Del total de 1.914 pacientes del Hp-EuReg en la Comunidad Valenciana, 688 (36%) fueron tratados con terapia cuádruple con bismuto en cápsula única con metronidazol-tetraciclina-bismuto (64% mujeres, edad media 54 años, 38% dispepsia con endoscopia normal), mayoritariamente en 1ª línea (73%). Globalmente se logró una efectividad óptima en el análisis miTT (91%) y fue mayor cuando se empleó como tratamiento de primera línea (94%), aunque también tuvo una efectividad cercana al 90% en segunda línea (85%) y mostró resultados prometedores en líneas posteriores (82-62%) (tabla). El 96% de los casos completaron correctamente (>90%) el tratamiento, siendo el cumplimiento el factor más estrechamente asociado con la efectividad del mismo. Al menos 1 evento adversos se produjo en el 28% de los casos, y fueron generalmente de leves a moderados y transitorios (náusea el más frecuente). Del total de pacientes, el tratamiento se interrumpió en el 2,5 % de ellos por algún evento adverso. Ningún paciente sufrió un efecto adverso grave.



## CONCLUSIONES

1. En la práctica clínica de la Comunidad Valenciana, el tratamiento con terapia cuádruple con bismuto en cápsula única durante 10 días logra la erradicación de *H. pylori* en más del 90% de los casos en primera línea y alcanza resultados prometedores en segunda línea, así como en sucesivas líneas de tratamiento.
2. La terapia cuádruple con bismuto en cápsula única presenta un buen cumplimiento y un perfil de seguridad favorable.

## 45. LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES ILEO-COLÓNICO ASOCIADO A VEB EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL CON DIARREA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

U. Fernández de Lapeña Echavarría <sup>1</sup>, M.C. Brosel Martínez <sup>1</sup>, A. Iñigo Arce <sup>1</sup>, J.M. Varela Fernández <sup>1</sup>, P.R. Navarro Cortés <sup>1</sup>, C. Abril García <sup>2</sup>, C. Gálvez Castillo <sup>1</sup>, M. Benito Serrano <sup>1</sup>, I. Pascual Moreno <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Clínico Universitario de Valencia, <sup>2</sup> Hospital Manises

## INTRODUCCIÓN

Los linfomas colónicos, a diferencia de los de intestino delgado, son un hallazgo infrecuente, siendo el Linfoma B Difuso de Células Grandes (LBDCG) el subtipo más común. La asociación del LBDCG y VEB se caracteriza por su agresividad y excepcionalidad, existiendo pocos casos recogidos en la literatura.

## CASO CLÍNICO

Varón de 64 años con antecedente de cistoprostatectomía con Bricker por carcinoma vesical en 2018 y trasplante renal por ERC en 01/2024, en tratamiento con Tacrólimus. En 04/2024 presenta amigdalitis por VEB, tratado con Aciclovir.

En 05/2024 ingresa por diarrea sanguinolenta, dolor abdominal, febrícula y pérdida de 5kg de un mes de evolución, destacando PCR 200, neutropenia y anemia, así como un engrosamiento difuso submucoso de colon transversal en TC. Los coprocultivos y serologías son negativas, salvo positivo para VEB (CV 41.958UI/mL), iniciándose Aciclovir. Se realiza colonoscopia objetivando, desde 10cm de margen anal hasta ciego, múltiples lesiones protruyentes de 8-30mm, pseudopolipoideas, ulceradas y con mucosa normal entre ellas. Las biopsias muestran positividad para VEB (CV 531.207UI/mL). Dada la inmunosupresión, VEB y bicitopenia, se sospecha de proceso linfoproliferativo, realizándose PET-TC que muestra hipermetabolismo en intestino delgado-colon y múltiples adenopatías mesentéricas. Ante refractariedad a Aciclovir, se inicia Rituximab y se suspende Tacrólimus.

Durante el ingreso presenta varios episodios de hematoquecia y cuadro de abdomen agudo secundario a perforación intestinal con implantes ileo-colónicos estenosantes, realizándose resección ileal. Finalmente, las biopsias endoscópicas y pieza quirúrgica son compatibles

con LBDCG VEB positivo. Actualmente, se encuentra con terapia celular por persistencia de enfermedad a nivel intestinal.

### CONCLUSIÓN

El LBDCG colónico representa el 0.5% de las neoplasias colorrectales, con predominancia en pacientes inmunocomprometidos. Puede manifestarse con clínica inespecífica (diarrea, dolor abdominal, fiebre, hemorragia digestiva) y los hallazgos endoscópicos pueden variar desde mucosa normal hasta tumoraciones de gran tamaño. Su curso agresivo empeora marcadamente en caso de infección por VEB (<5% de casos). Dada su baja incidencia y la inespecificidad de su presentación, el retraso diagnóstico suele ser habitual, por lo que es relevante mantener una alta sospecha diagnóstica.

### 46. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POR VARICES GÁSTRICAS COMO COMPLICACIÓN DE CAVERNOMATOSIS PORTAL EN CONTEXTO DE POLICITEMIA VERA

S. González Padilla, J. Guijarro Rosaleny, V. Merino, V. Sanchiz, P. Lluch García, R. Villagrasa Manzano, J. Tosca Cuquerella, C. Gálvez Castillo, A. Peña Aldea, I. Pascual Ramos

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

La trombosis portal (TVP) no cirrótica es una entidad poco frecuente que puede presentarse como cavernomatosis portal con complicaciones de hipertensión portal, asociada en un 60% a enfermedades protrombóticas. La hemorragia digestiva por varices esofagogástricas es la complicación más común. En el caso de varices gástricas, el tratamiento puede ser endoscópico con cianocrilato o endovascular (TIPS o BRTO), ya que la mayoría (60-85%) presentan un shunt gastrorenal.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 47 años con hipertensión portal prehepática, varices esofágicas grandes y gástricas (GOV2 e IGV1), con cavernomatosis portal secundaria a policitemia vera, anticoagulada con edoxabán y esplenomegalia de 11 cm. Ingresa por hematemesis, anemia (Hb 7.6 g/dl) y repercusión hemodinámica. Tratamiento con perfusión de somatostatina, omeprazol y soporte transfusional. Angio-TC urgente muestra TVP completa con circulación colateral sin sangrado activo (Fig. 1 y 2). En la gastroscopia se observan 4 varices esofágicas y un conglomerado de varices fúndicas y subcardiales, una con pezón de hematina. Se colocan 7 bandas en varices esofágicas y se inyectan 7 ml de cianocrilato diluido en lipiodol® (1:1) (Fig. 3). Mediante abordaje femoral, se ocluye el shunt gastrorenal con cateterización selectiva (Fig. 4) e inyección de embolizante líquido (Fig. 5 y 6) hasta varices gástricas, sin fuga de contraste a circulación sistémica o pulmonar (Fig. 7 y 8). A los cuatro días, presenta resangrado de la variz gástrica, tratado con nueva inyección de cianocrilato endoscópico. Como complicaciones,



desarrolló derrame pleural bilateral y ascitis, con buen control mediante diuréticos y reinicio de anticoagulación sin nuevos sangrados.

### DISCUSIÓN

Las guías actuales para el manejo de hemorragia por varices esofagogástricas en TVP se basan en estudios de pacientes cirróticos. En este caso, debido a la cavernomatosis portal y trombosis parcial esplénica, se optó por tratamiento guiado por control radiológico con cianocrilato endoscópico y oclusión del shunt gastrorenal mediante técnica modificada de BRTO, utilizando un tapón vascular (Amplatzer) para evitar la fuga de cianocrilato a la circulación sistémica. Aunque hay pocos casos descritos en la literatura, es necesario individualizar las decisiones y, en casos complejos, remitir a centros con experiencia en procedimientos intervencionistas.

### 47. DILATACIÓN DE ACALASIA, RESECCIÓN DE ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO PT1B SOBRE BARRETT Y RE-MUCOMIOTOMÍA DE DIVERTÍCULO DE ZENKER EN UN MISMO PROCEDIMIENTO

J.M. Varela Fernández, M. Benito Serrano, P. Poyatos García, S. González Padilla, M.C. Brosel Martínez, R. Villagrasa Manzano, M. Ponce Romero, V. Sanchiz Soler, A. Peña Aldea, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

La acalasia condiciona mayor incidencia de cáncer esofágico. La asociación con el divertículo de Zenker es excepcional.

### ENDOSCOPIA

Paciente de 80 años con acalasia, miotomía de Heller hace 50 años y divertículo de Zenker (DZ) remitido por disfagia alta y baja.

Inicialmente, se realizaron 5 dilataciones (Rigiflex II®, Boston Scientific) en un esófago muy dilatado y una mucomiomotomía del DZ de 4cm de tamaño (pinza SB Knife Jr®, Sumitomo; diverticuloscoPIO®, Cook) en distintas sesiones. En última dilatación, se objetivó un esófago de Barrett (lengüeta de 2cm) con una lesión irregular elevada de 10 mm con diagnóstico anatomopatológico de displasia de alto grado (DAG) y un DZ sintomático de 15mm.

Ante la recidiva de la disfagia y la DAG, dada la dificultad de vaciar el esófago y la comorbilidad del paciente, se decide realizar el tratamiento de las tres patologías en un solo procedimiento con anestesia general.

Inicialmente, se realiza una dilatación con balón de 40 mm con pequeño desgarro mucoso. En segundo lugar, se practica RME con sistema multibandas Duette® (Cook) en tres fragmentos con sangrado leve que cede con un clip. Finalmente se realiza re-mucomiomotomía con pinza SB Jr®, SNG y capuchón con clip en la base sin complicaciones.

El diagnóstico anatomopatológico es adenocarcinoma pT1b sobre esófago de Barrett. No recidiva en la gastroscopia de control.

#### COMENTARIOS

El carcinoma esofágico suele presentarse en acalasia con más de 20 años de evolución, más frecuentemente el escamoso. La asociación de DZ y acalasia es muy rara.

#### 48. GASTRITIS FLEMONOSA EN PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA EN TRATAMIENTO CON MESALAZINA

M. Marín Hermosa, I. Martí Lluch, J.L. Ontaneda Cueva, A. Garrido Marín, V. Argumánez Tello, P. Nos Mateu

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

#### INTRODUCCIÓN

La gastritis flemonosa es una infección rara caracterizada por una inflamación purulenta de la pared gástrica. Se trata de un cuadro rápidamente progresivo que presenta una elevada mortalidad de hasta el 40%. Entre los factores de riesgo destacan la diabetes mellitus, la inmunodepresión o los procedimientos endoscópicos invasivos. Sin embargo, en el 50% de los casos no se identifican factores predisponentes. Aproximadamente el 70% de los casos son infecciones monomicrobianas causadas por *Streptococcus* spp. En cuanto al tratamiento, se recomienda instaurar antibioterapia de amplio espectro incluyendo cocos gram positivos de forma precoz y reservar la cirugía para casos complicados o refractarios.

#### OBJETIVO

Describir un caso de gastritis flemonosa en un paciente sin aparentes factores de riesgo.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción del caso y revisión de la literatura.

#### RESULTADOS

Varón de 20 años que acude a urgencias por clínica de 48 horas de evolución de fiebre, vómitos y epigastralgia. Como único antecedente destaca diagnóstico de colitis ulcerosa dos meses antes en tratamiento con mesalazina oral y tópica. Se completa estudio con tomografía computarizada (TC) que identifica signos de gastritis aguda de probable origen flemonoso sin complicaciones. Por cuadro de hematemesis durante su estancia en urgencias se realiza gastroscopia que evidencia marcado engrosamiento de pliegues gástricos con mucosa edematizada y un punteado blanquecino de probable origen purulento. Se decide ingreso y manejo conservador con antibioterapia intravenosa con meropenem y daptomicina. Evolución radiológica favorable en control de TC a la semana. Se repite gastroscopia, esta vez con toma de biopsias, aislándose *Enterobacter cloacae*. El paciente es dado de alta a domicilio tras completar 14 días de tratamiento.



## CONCLUSIONES

La gastritis flemonosa, aunque infrecuente, asocia una elevada tasa tanto de mortalidad como de complicaciones y debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. El tratamiento antibiótico de amplio espectro instaurado de manera precoz reduce la morbimortalidad y permite reservar la cirugía para casos refractarios.

### 49. HIPERTRANSAMINASEMIA PERSISTENTE SECUNDARIA A FIEBRE Q

P. Jiménez Martínez, A.M. Antolí Miró, Cr. García Ródenas, L. Pretel Vicea, M. Ríos Peset, S. Benlloch Pérez

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

## INTRODUCCIÓN

La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial producida por *Coxiella Burnetti* cuya presentación y evolución dependen de factores del huésped como el estado inmunitario. Existen dos presentaciones: infección aguda (antígenos de fase II) en la que predominan neumonía y hepatitis aguda; e infección crónica (antígenos de fase I) en la que es más característica la endocarditis.

## OBJETIVOS

Describir un caso de hipertransaminasemia persistente tras tratamiento con inmunoterapia resuelta al detectar y tratar infección por *Coxiella Burnetti*.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 53 años con antecedentes de macroglobulinemia de Waldstrom que remiten para estudio de hipertransaminasemia asintomática (GOT 180, GPT 466, GGT 89, FA 157) al finalizar un tratamiento con Bendamustina y Rituximab durante 6 meses.

## RESULTADOS

Se realiza estudio habitual de hepatitis aguda siendo negativo (VHA, VHB, VHE, VRS, CMV, VEB, sífilis, VIH, autoinmunidad incluyendo celiacía, alfa1 anti-tripsina, ceruloplasmina) con ecografía normal, orientando el caso como hepatitis inmunomediada, descartando otros tóxicos. Durante el seguimiento persisten transaminasas elevadas por lo que se inicia prednisona 40mg apreciando un empeoramiento analítico, se retira y se realiza biopsia hepática que informa de hepatitis crónica con actividad necroinflamatoria compatible con hepatitis tóxica/autoinmune. Las transaminasas oscilan con picos máximos de GOT 569 y GPT 705. Se amplían serologías de *Borrelia*, *Coxiella*, *Brucella*, TBC y *Toxoplasma*. Tras 1 año de hipertransaminasemia persistente presenta fiebre, tos seca y un eritema leve en torso y extremidades por lo que consulta en Urgencias donde visualizan serología positiva para *Coxiella Burnetti* IgM e IgG contra antígenos de fase II, compatible con Fiebre Q aguda, y por lo que instauran tratamiento con doxiciclina. La

clínica respiratoria mejora y a los 2 meses de finalizar el tratamiento se corrobora seroconversión y se normalizan las transaminasas.

### CONCLUSIONES

La fiebre Q es una enfermedad endémica en nuestro medio con gran heterogeneidad clínica, altamente infradiagnosticada, con una prevalencia probablemente más alta de la observada.

Ante toda hipertransaminasemia hemos de realizar un diagnóstico exhaustivo y no dejar de buscar otras etiologías a pesar de tener un diagnóstico de presunción probable.

### 50. HEPATOCARCINOMA MULTICÉNTRICO E INVASIÓN VASCULAR HASTA AURÍCULA DERECHA TRATADO CON INMUNOTERAPIA

I. Lorca Antón, M.C. Broseil Martínez, U. Fernández de la Peña, J.M. Varela, M. Escrig Veses, M. Bravo Buitron, A. Íñigo, P. Navarro Cortés, P. Lluch García, I. Pascual Moreno

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

El carcinoma hepatocelular constituye el 75-90% de los tumores primarios hepáticos y una de las principales causas de muerte relacionada con el cáncer en todo el mundo.

Tras su diagnóstico, distintas variables establecen su estadificación, pronóstico y posibilidades de tratamiento.

Atendiendo a la clasificación BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) la presencia de trombosis tumoral implica un estadio avanzado (BCLC-C) y es un dato de muy mal pronóstico. Actualmente el tratamiento de elección en estos pacientes es la inmunoterapia.

### CASO CLÍNICO

Hombre de 65 años. Hepatopatía crónica secundaria a VHC tratado con respuesta viral sostenida (2021), pérdida de seguimiento posterior. Tras acudir a Urgencias por dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, se realiza ecografía abdominal donde se identifican hallazgos sugerentes de hepatocarcinoma. Se completa estudio con RM hepática donde se describen múltiples lesiones en lóbulo hepático derecho que conforman una lesión de 115 mm, así como otra lesión en lóbulo hepático izquierdo de 28 mm. Asocia trombosis portal derecha con extensión a vena cava superior y aurícula derecha, todo ello compatible con hepatocarcinoma multicéntrico en estadio avanzado (BCLC-C). Analíticamente: función hepática normal y AFP 117.000 ng/ml.

Dada la función hepática conservada y el buen estado funcional del paciente (PS-1) se inicia tratamiento sistémico con atezolizumab-bevacizumab. Tras 5 sesiones de inmunoterapia, se realiza TAC AP de control donde se objetiva disminución significativa de las lesiones confluentes en lóbulo hepático derecho (75 mm), disminución de la lesión en lóbulo hepático izquierdo (13mm) y desaparición de trombosis portal tumoral con ausencia de infiltración de aurícula derecha. Analíticamente: AFP 62 ng/ml.



## CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de un paciente con hepatocarcinoma multicéntrico e invasión vascular hasta aurícula derecha donde se objetivó desaparición completa de trombosis tumoral y reducción drástica de los niveles de AFP y del tamaño tumoral tras 5 sesiones de inmunoterapia (atezolizumab-bevacizumab).

La irrupción de la inmunoterapia ha supuesto un cambio decisivo en el pronóstico de pacientes con hepatocarcinoma en estadio avanzado, permitiendo la oportunidad de reestadificación y la consideración de tratamientos posteriores con intención curativa.

## 51. ENFERMEDAD DE CROHN CON ESTENOSIS DUODENO-YEYUNALES

A.M. Antolí Miró, P. Jiménez Martínez, C. García Ródenas, L. Pretel Vicea, V. García Herreros, C. Amorós García, A. Escudero Sanchís, S. Benlloch Pérez

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia

### INTRODUCCION

La estenosis es una de las complicaciones más frecuentes en pacientes con Enfermedad de Crohn y precisa habitualmente un abordaje combinado de tratamiento médico, quirúrgico y/o endoscópico. Se considera clínicamente relevante cuando se produce un estrechamiento persistente de la luz intestinal con dilatación pre-estenótica pero sobre todo ante la presencia de síntomas obstructivos.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de estenosis duodeno-yeyunales en paciente con Enfermedad de Crohn.

### MATERIAL Y METODOS

Mujer de 63 años sin antecedentes de interés que consulta por clínica de dolor y distensión abdominal postprandial con sensación nauseosa y vómitos frecuentes tras la ingesta. Pérdida de 10 Kg en el último año. Además, cambios de ritmo defecatorio con alternancia estreñimiento-diarrea sin productos patológicos pero con calprotectina fecal levada (1218 µg/g).

### RESULTADOS

Se realiza enteroRM donde se aprecia cambio de calibre en tercera porción duodenal asociado a lo que parece ser un área estenótica. Se solicita también gastroscopia donde se visualiza una estenosis puntiforme a nivel de tercera porción duodenal sugestiva de Enfermedad de Crohn, siendo el resultado anatomopatológico compatible con EI.

Se inicia tratamiento corticoideo, no obstante, en gastroscopias de control se objetiva aparición de nuevas estenosis a nivel de duodeno y yeyuno proximal inflamatorias y fibróticas. Se realiza sobre ellas dilatación endoscópica con balón. Se decide entonces iniciar tratamiento con Adalimumab y posteriormente con Vedolizumab ante ausencia de mejoría. En gastroscopia

solicitada por reaparición de clínica suboclusiva se visualiza varias estenosis duodenales con actividad endoscópica grave, por lo que se decide cambio de tratamiento a Risankizumab.

## CONCLUSIONES

Las diferentes opciones terapéuticas deberían ser consideradas en función del grado de inflamación y fibrosis. A pesar de que una estenosis en la Enfermedad de Crohn no es puramente inflamatoria ni fibrótica, cuando existe un componente inflamatorio importante el tratamiento médico es la primera opción terapéutica.

El tratamiento endoscópico es una buena alternativa a la cirugía en estenosis fibróticas, el cual presenta una tasa similar de eficacia, pero con menos complicaciones asociadas.

## 52. ASCITIS QUILOSA COMO COMPLICACIÓN DE LA RESECCIÓN DE UN TUMOR RETROPERITONEAL

M Bravo Buitrón, I Pascual, P Lluch, M Escrig, A Iñigo, I Lorca, M Brosel

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

Ascitis quillosa es la presencia de un líquido peritoneal con apariencia lechosa y rico en triglicéridos. Puede complicar la cirugía biliopancreática en un 1.1–16.3% de casos, usualmente causado por lesión de los vasos linfáticos o cisterna del quilo.

### CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años con diagnóstico de tumoración retroperitoneal, se realiza intervención quirúrgica con resección de masa peritoneal que infiltra cabeza y cuerpo de páncreas y VMS, mediante esplenopancreatectomía total y resección de VMS con reconstrucción sobre injerto de vena renal derecha y safena.

Tras el alta hospitalaria presenta distensión abdominal progresiva acompañada de malestar general y saciedad precoz con vómitos persistentes y anorexia, hasta que a los 2 meses de la intervención se observa ascitis a tensión y se decide ingreso hospitalario.

A la exploración destaca abdomen distendido, timpanismo central, no doloroso, ascitis grado 3. Se realiza paracentesis diagnóstica con extracción de líquido amarillento-blanquecino espeso. Al estudio analítico presenta niveles de triglicéridos 894, proteínas totales altas y presencia de linfocitos, hallazgos compatibles con ascitis quillosa.

Se realiza drenaje con colocación de catéter intraperitoneal y salida inicial de 6 litros de líquido de aspecto quilloso, con mejoría de la clínica abdominal. Se inicia tratamiento médico con una dieta rica en proteínas y baja en grasas con suplementos de triglicéridos de cadena media y octreotide.

A los dos días el líquido que sale por el drenaje se torna seroso hasta llegar a ser amarillento claro y se decide cerrar el drenaje y observar evolución. Persiste la mejoría clínica en los



siguientes días, sin aumento del perímetro abdominal por lo que se considera resuelta la fistula quillosa y se retira drenaje peritoneal.

### CONCLUSIÓN

La ascitis quillosa es una complicación infrecuente tras resección de tumores retroperitoneales, que en su mayoría se resuelve mediante tratamiento conservador y sin necesidad de reintervención quirúrgica.

### 53. MANEJO ENDOSCÓPICO DE DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA CERVICAL POST-ESOFAGUECTOMÍA MCKEOWN: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Sánchez Serrano, M.C. Broseil Martínez, T. García Ballester, M. Ponce Romero, I. Pascual Moreno, A. Peña Aldea, V. Sanchiz Soler

Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma avanzado de esófago presenta un desafío significativo. La esofaguectomía McKeown, común tras quimioterapia neoadyuvante, puede asociarse a complicaciones como la dehiscencia anastomótica.

### CASO CLÍNICO

Varón de 75 años. Adenocarcinoma de esófago T2N2M0 sobre esófago de Barrett, sometido a esofaguectomía McKeown.

En el postoperatorio presenta dehiscencia de la anastomosis cervical. La gastroscopia revela estenosis anastomótica que se logra franquear con gastroscopio pediátrico, accediendo a cavidad abierta. En TC se identifica colección aérea adyacente a la anastomosis, con fistulización cutánea y relleno con contraste oral.

Se coloca VacStent, quedando tras ello pequeña fistula esófago-cervical que se trata con OVESCO + Tissucol desde el exterior sin éxito, dado que el orificio fistuloso quedaba en el remanente del asa y el VacStent no podía acceder al fondo de saco donde estaba situada la fistula.

Ideamos el siguiente procedimiento para resolver esta situación: a través de la piel cervical se introduce guía de 0,025, comprobando paso a estómago remanente. Se trata la zona fistulosa con argón y extrae la guía por boca. Se adapta Endosponge recortada a la mitad y se coloca hilo de sutura para fijarla al orificio fistuloso mediante tracción a través de la fistula cervical. Se pasa Endosponge mediante tracción del hilo de sutura a través del orificio fistuloso y apoyo con empuje del endoscopio comprobando buena colocación y finalmente logrando su resolución.

## CONCLUSIÓN

La dehiscencia anastomótica cervical puede requerir enfoques endoscópicos avanzados, siendo el Endosponge una técnica efectiva para resolver fístulas complejas incluso en localizaciones difíciles.

## 54. ABORDAJE COMBINADO PARA EL TRATAMIENTO MEDIANTE ESCLEROSIS CON CIANOCRILATO DE LAS VARICES GÁSTRICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Sánchez Serrano, J.M. Varela Fernández, I. Lorca Antón, J. Guijarro Rosaleny, C. Gálvez Castillo, I. Pascual Moreno, A. Peña Aldea, V. Sanchiz Soler

Hospital Clínico Universitario de Valencia

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia por varices gástricas es una de las complicaciones más graves de la hipertensión portal. Existen varias opciones de tratamiento para las varices gástricas (TIPS, BRTO, endoscópico), siendo la esclerosis con cianocrilato uno de los más extendidos. El embolismo sistémico es una de las complicaciones más temidas del tratamiento.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 62 años. Cirrosis hepática de origen alcohólico con hipertensión portal e intolerancia a betabloqueantes.

Una gastroscopia para cribado de varices revela gran variz fúndica de aproximadamente 3 cm (IGV1). Se realiza TC que revela abundante circulación colateral en ligamento gastrohepático, esplenorrenal, varices gástricas y repermeabilización de la vena umbilical.

Mediante abordaje de la vena femoral común izquierda se procede a cateterización de shunt esplenorrenal y a colocación de dispositivo de oclusión vascular y microcoils, obstruyendo el retorno venoso de las varices gástricas.

Mediante ecoendoscopia, se observan abundantes varices en fundus gástrico, tanto intra-gástricas, como peri-gástricas. Se punciona variz intragástrica mediante aguja de 19G y se inyectan 4 mg de Glubran? + 8 mg de Lipiodol? mediante control endoscópico y radiológico, observando el relleno de la variz y la variz perforante hasta el shunt espleno renal previamente taponado por vía radiológica, objetivando en todo momento la ausencia de fuga de la solución embolizante y su persistencia en la variz.

## CONCLUSIÓN

Un abordaje conjunto, endoscópico y vascular, permite un tratamiento más efectivo de las varices gástricas, pudiendo aumentar la cantidad de cianocrilato inyectada, consiguiendo una mejor esclerosis de la variz y disminuyendo la posibilidad de embolismos sistémicos.



37  
CONGRESO  
SVPD

VALENCIA  
21/22  
NOVIEMBRE  
2024

ORGANIZA:



PATROCINADORES:

abbvie

Lilly

COLABORADORES:



[www.svpd2024.com](http://www.svpd2024.com)

Secretaría Técnica:  congresos XXI

T. 94 427 88 55 | [info@congresosxxi.com](mailto:info@congresosxxi.com) | [www.congresosxxi.com](http://www.congresosxxi.com)